



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

ERIKA RODRIGUES DE ALMEIDA

A GÊNESE DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

SALVADOR

2016

ERIKA RODRIGUES DE ALMEIDA

A GÊNESE DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Saúde Pública, área de concentração em Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Guadalupe Medina

Salvador

2016



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ERIKA RODRIGUES DE ALMEIDA

A Gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 30 de junho de 2016.

Banca Examinadora:

Maria Guadalupe Medina

Profa. Maria Guadalupe Medina - Orientadora - ISC/UFBA

Ligia Maria Vieira da Silva

Profa. Ligia Maria Vieira da Silva – ISC/UFBA

Carmen Fontes Teixeira

Profa. Carmen Fontes de Souza Teixeira – IHAC/UFBA

Eleonor Minho Conill

Profa. Eleonor Minho Conill - UFSC

Patty Fidelis de Almeida

Profa. Patty Fidelis de Almeida - CCM/UFF

Salvador
2016

A todas e todos que lutam para que nenhum passo atrás seja dado na história da construção do SUS.

Agradecimentos

A Deus, pelo dom da vida, pelo cuidado ininterrupto e pela renovação das forças e da fé, especialmente quando tudo parecia mais difícil.

À minha família, meu tesouro mais precioso. A eles minha gratidão pelo amor incondicional, pelo cuidado sem fronteiras, pela confiança, torcida e apoio em todas as minhas decisões, especialmente naquela que nos distanciou um pouco mais de 900km.

Ao “Meu Mário”, pelo companheirismo, parceria, cuidado e amor em todos os meus dias. Pela companhia (e preocupações) e motivações nas noites em claro, fins de semana e feriados de “intensivão” na reta final do Doutorado.

À Guadalupe, por ter me acolhido desde o momento que para mim o Doutorado no ISC era apenas um e-mail de convite para orientação. Obrigada pela confiança, pelas portas abertas, pelas valiosas orientações e iluminações na realização deste trabalho. Obrigada pela amizade, parceria e pelas oportunidades de troca e construção.

A todas e todos que constroem o GRAB, em especial à Ana Luiza, Rosana Aquino, Cristiane Abdon, Valéria e Well, pelos momentos de troca e crescimento profissional.

A todas e todos os colegas docentes e técnicos do ISC. Gratidão pela oportunidade de fazer de um sonho a mais bela, rica e inesquecível realização pessoal e profissional. Minha especial gratidão a dois grandes mestres: Jairnilson e Carmen. Obrigada pelas provocações, pelos questionamentos, pelas contribuições a este trabalho e à minha formação enquanto pesquisadora e educadora, pela amizade e pelo carinho de sempre. A vocês, minha profunda admiração, respeito, gratidão e afeto.

A todos os colegas discentes do ISC, especialmente às amigas e aos amigos que carregarei por toda a minha vida: Felipe, Priscila, Lívia, Laíse, Enny, Laio, Lúcio, George, Ítalo, Mariana, Luara e Kleydson. Obrigada por terem sido minha família em Salvador e pela manutenção dos laços. Gratidão por tudo!

À minha tia Marlene, pela acolhida cheia de amor, cuidado e amizade.

Às amigas e aos amigos que Deus me presenteou nessa vida. Obrigada pela torcida e amor emanados na minha ausência de João Pessoa. Obrigada pela acolhida e partilha de sorrisos e aventuras em Salvador.

À minha eterna “Teacher” (Alice Teles), pela amizade e motivação. Da iniciação científica para a Bahia!

Aos colegas e amigos do MEC distribuídos por todo esse Brasil. Gratidão pela possibilidade de compartilhar sorrisos, lágrimas, dias e noites de trabalho e de militância. Anderson, Carlos (Silvan) e Aline, gratidão pelas diversas formas de cuidado e amor. Adriano e Jackie, gratidão pela partilha da vida.

Aos trabalhadores, trabalhadoras, usuários e usuárias do SUS. A vocês meu respeito, admiração e força. A vocês minha gratidão pela inspiração deste trabalho. A vocês minha luta cotidiana pela manutenção da saúde pública como direito. Nenhum passo atrás!

*“(...) E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho
Por mais que a gente pense estar. (...)”*

Caminhos do coração, de Gonzaguinha.

ALMEIDA, Erika Rodrigues. **A GÊNESE DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram instituídos em 2008 como um arranjo organizacional constituído por equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, voltadas à concessão de apoio técnico-pedagógico e/ou clínico-terapêutico às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Por meio do compartilhamento de práticas em saúde nos territórios cobertos pela ESF, e com atividades focadas no cuidado integral à saúde dos usuários da rede, o objetivo destes núcleos é ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Primária à Saúde (APS), com vistas ao aumento da resolubilidade neste nível de atenção. Apesar de ampla capilaridade e adesão ao NASF, poucos estudos acerca do tema são encontrados na literatura científica, estando muitos deles restritos ao debate acerca da inserção de determinados núcleos profissionais no âmbito da APS. Com o objetivo de melhor compreender as condições históricas de possibilidade para a emergência do NASF, buscando superar a "amnésia da gênese", e fundamentado na teoria do social de Pierre Bourdieu e no estudo das trajetórias dos principais agentes envolvidos com sua formulação e implementação, o presente estudo analisou a sociogênese do NASF. Foram utilizadas como fontes de informação documentos técnicos e normativos, além de entrevistas em profundidade com agentes envolvidos na concepção do NASF, utilizando-se roteiro de entrevista semiestruturada. A análise dos resultados obteve evidenciou quatro momentos distintos na trajetória de construção do NASF, definidos pelo conjunto de disputas travadas e pelos agentes e posições ocupadas por estes no espaço da APS. O primeiro momento, compreendido entre 2000 e 2002, caracterizou-se pelas primeiras articulações em torno da necessidade de construção de uma proposta de ampliação das equipes de APS; o segundo momento, correspondente ao período de 2003 a 2005, apresentou como produto final o Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), cujo desenho era centrado em ações de caráter curativo e individual, com foco na integralidade da atenção, e desenvolvido por equipes com composição previamente definida; o terceiro momento, de 2005 a 2006, foi caracterizado pela revogação da portaria que instituiu o NAISF e por um "vácuo" no debate acerca da ampliação das equipes de APS; e o quarto momento, compreendido entre 2007 e 2008, resultou no NASF, cuja proposta centraria suas ações no apoio às equipes de Saúde da Família, numa perspectiva de matriciamento de saberes e práticas. Além disso, categorias médicas, em especial aquelas relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares, foram incorporadas nesta segunda proposta. A análise do desenho de ambas as propostas sinaliza que o NAISF-NASF, enquanto parte da política de APS no Brasil, contribui ora para a implantação de propostas alternativas ou de modelos contra-hegemônicos de atenção à saúde, que rompem com o modelo médico-sanitarista, hegemônico na história de organização do sistema de saúde brasileiro, ora fortalecem este modelo hegemônico, com o diferencial de que o cuidado deixa de ser centrado exclusivamente na figura do médico, e passa a ser centrado na figura dos profissionais do NASF. Estes achados não apenas se mostram oportunos para elucidar importantes lacunas do conhecimento científico, como servem para subsidiar debates em torno de possíveis reformulações do NASF, de modo que esta iniciativa seja implementada para potencializar a mudança do modelo de atenção à saúde, visando o fortalecimento da APS e a consolidação do SUS.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Modelos de Atenção à Saúde; Sociogênese.

ALMEIDA, Erika Rodrigues. **THE GENESIS OF FAMILY HEALTH SUPPORT CENTERS.** Thesis (Doctorate in Public Health). Institute of Collective Health. Federal University of Bahia. Salvador, 2016.

ABSTRACT

The Family Health Support Centers (NASF) were established in 2008 as an organizational arrangement made by team of professionals from different areas of knowledge, focused on the provision of technical-educational and / or clinical-therapeutic support to the Family Health Strategy (ESF). Through health practices sharing in the territories covered by the ESF, and activities focused on the comprehensive health care of network users, the goal of these centers is to expand the breadth and scope of the actions of Primary Health Care (PHC) with a view to increasing solvability in this level of attention. Despite widespread capillarity and adhesion to NASF, few studies on the subject are found in the scientific literature, with many of them restricted to the debate about the inclusion of certain professional nuclei within the PHC. In order to better understand the historical conditions of possibility for the emergence of NASF, seeking to overcome the "genesis amnesia", and based on social theory of Pierre Bourdieu and the study of the trajectories of the main agents involved in its formulation and implementation, the present study analyzed the NASF sociogenesis. Were used as sources of information technical and normative documents, besides depth interviews with agents involved in the NASF design, using scripts semi-structured interviews. The analysis of the results revealed four distinct phases in the construction of NASF, defined by the number of disputes waged by the agents and positions occupied by them in the APS space. The first, between 2000 and 2002, characterized by the first joints around the need for construction of a proposed expansion of PHC teams; the second time, covering the period 2003-2005, presented as a final product the Integral Care Center for Family Health (NAISF), whose design was focused on healing and individual character of actions, focusing on comprehensive care, and developed by teams with previously defined composition; the third phase, from 2005 to 2006, characterized by the repeal of the ordinance that established the NAISF and a "vacuum" in the debate about the expansion of PHC teams; and the fourth time, between 2007 and 2008, resulted in NASF, whose proposal would concentrate its actions in support of Family Health teams, in a matricial perspective of knowledge and practices. In addition, medical categories, especially those related to Integrative and Complementary Practices, have been incorporated in this second proposal. The design of the analysis of both proposals indicates that the NAISF-NASF, as part of PHC policy in Brazil, contribute both to the implementation of alternative proposals or counterhegemonic models of health care, that break with the medical-sanitarist model, hegemonic in the history of the organization of the Brazilian health system, as strengthen this hegemonic model, with the difference that care is no longer focused solely on the doctor, and becomes centered in the figure of NASF professionals. These findings not only show opportune to elucidate important gaps in scientific knowledge, as they serve to subsidize debates surrounding possible restatements of NASF, so that this initiative be implemented to enhance the change in the health care model, aimed at strengthening the PHC and the consolidation of SUS.

Keywords: Family Health Support Center; Family Health Strategy; Primary Health Care; Health Care Models; Sociogenesis.

Lista de Quadros

Quadro 1.	Lista de documentos analisados. <i>A gênese do NASF</i> . Brasil, 2016.	25
Quadro 2.	Critérios de análise da composição dos diferentes tipos de capital dos agentes no período da gênese do NASF (2000 a 2008). <i>A gênese do NASF</i> . Brasil, 2016.*	27
Quadro 3.	Volume dos diferentes tipos de capital e posições ocupadas no subespaço da APS pelos agentes na gênese do NAISF-NASF. <i>A gênese do NASF</i> . Brasil, 2016.	74
Quadro 4.	Atividades propostas para o NSI-NAISF, por áreas/modalidades de ação. <i>A gênese do NASF</i> . Brasil, 2016.	87
Quadro 5.	Atividades propostas para o NASF, por áreas/modalidades de ação. <i>A gênese do NASF</i> . Brasil, 2016.	90
Quadro 6.	Elementos das propostas NAISF-NASF e a relação com as diversas proposições de modelos de atenção*. <i>A gênese do NASF</i> . Brasil, 2016.	94

Lista de Figuras

- Figura 1. Notícia sobre mobilização contra o Ato Médico em Salvador/BA, veiculada no *Jornal A Tarde* no ano de 2004. 37
- Figura 2. Notícia sobre mobilização contra o Ato Médico em Brasília/DF, veiculada no *Jornal de Brasília* de 19 de setembro de 2004. 37
- Figura 3. Notícia sobre mobilização contra o Ato Médico em João Pessoa/PB, veiculada no *Jornal O Norte* de 30 de setembro de 2004. 38
- Figura 4. Notícia sobre mobilização contra o Ato Médico em Santa Catarina, veiculada no *Jornal de Santa Catarina* em 15 de março de 2010. 38
- Figura 5. Linha do tempo da construção do NASF, de 2000 a 2008, e respectivos dirigentes nacionais. *A gênese do NASF*. Brasil, 2016. 61
- Figura 6. Agentes que participaram dos momentos de formulação das propostas NAISF-NASF. *A gênese do NASF*. Brasil, 2016. 74
- Figura 7. Interrelação dos agentes participantes do processo de gênese do NAISF-NASF. *A gênese do NASF*. Brasil, 2016. 83

Lista de siglas e abreviaturas

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCFAS	Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde
FENTAS	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
MEC	Ministério da Educação
NAISF	Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NSI	Núcleo de Saúde Integral
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PLS	Projeto de Lei do Senado
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. Introdução.....	15
2. Objetivos.....	18
2.1. Objetivo geral.....	18
2.2. Objetivos específicos.....	18
3. Aspectos teórico-metodológicos	19
3.1 Referencial teórico	19
3.2. Produção dos dados	23
3.2.1. Fontes de informação, procedimentos e técnicas de produção de dados	23
3.2.2. Análise dos dados.....	25
3.3. Aspectos éticos	29
4. A gênese do NASF – do Núcleo de Saúde Integral ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família: iniciativas precursoras, experiências prévias e processo de construção da proposta	30
4.1. 2000 a 2002: a APS no Brasil e os primeiros movimentos para ampliação da equipe da Estratégia Saúde da Família.....	30
4.2. 2003 a 2005: primeiros anos do Governo Lula e a estruturação da primeira proposta do NASF	39
4.3. 2005 a 2006: a reforma ministerial e o “vácuo” do debate sobre o NASF.....	57
4.4. 2007 a 2008: a retomada do debate sobre o NASF e a gênese da política	59
5. O NASF e seus agentes: a influência da trajetória dos agentes na construção social do NASF.....	73
6. A emergência do NASF e o direcionamento da política de atenção básica: uma análise de modelos de atenção à saúde no Brasil	85
6.1. O Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família: o foco na integralidade	85
6.2. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o foco (e o desafio) de ser apoio	89
7. Considerações finais	95
8. Referências bibliográficas	100
9. Financiamento	110
Apêndices	111
Apêndice A – Entrevistas realizadas.	111
Apêndice B – Roteiro de entrevista semiestruturada com agentes do campo burocrático .	113

Apêndice C – Roteiro de entrevista semiestruturada com agentes representantes das entidades profissionais	116
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	119
Apêndice E – Matriz de sistematização dos conteúdos das entrevistas com os agentes	120
Apêndice F – Matriz de sistematização dos documentos normativos e técnicos do NASF (minutas e portarias NSI, NAISF e NASF)	121
Apêndice G – Resumo das trajetórias dos agentes entrevistados	122
Apêndice H – Matriz e síntese da análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde que abordaram a temática de recursos humanos em saúde	138
Apêndice I – Matriz e síntese da análise dos documentos produzidos nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde (2000 a 2008)	149
Apêndice J – Quadro síntese da análise documental (minutas e portarias NSI, NAISF e NASF).....	160
Anexos.....	182
ANEXO A – EXCERTO NA ÍNTEGRA DO DEBATE ACERCA DO NAISF REALIZADO NA 155ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – 08 E 09 DE JUNHO DE 2005	183
ANEXO B – EXCERTO NA ÍNTEGRA DO DEBATE ACERCA DO NAISF REALIZADO NA 176ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – 08 E 09 DE AGOSTO DE 2007	190
ANEXO C – EXCERTO NA ÍNTEGRA DO DEBATE ACERCA DO NASF REALIZADO NA 184ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – 16 E 17 DE ABRIL DE 2008	198

1. Introdução

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram instituídos em 2008, por meio da Portaria nº 154 (BRASIL, 2008a), como um arranjo organizacional constituído por equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, voltadas à concessão de apoio técnico-pedagógico e/ou clínico-terapêutico às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Por meio do compartilhamento de práticas em saúde nos territórios cobertos pela ESF, e com atividades focadas no cuidado integral à saúde dos usuários da rede, o objetivo destes núcleos era ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Primária à Saúde (APS), com vistas ao aumento da resolubilidade neste nível de atenção (BRASIL, 2008a; 2013).

O NASF insere-se no oitavo ciclo de desenvolvimento da APS no Brasil (MENDES, 2012), junto com outras iniciativas governamentais para a consolidação da ESF como política do Sistema Único de Saúde (SUS), as quais têm sido implementadas desde a década de 90, e compreendem o aumento da cobertura dos serviços de APS, bem como a implementação de políticas, programas e outras ações voltadas à qualificação do cuidado ofertado à população neste nível de atenção.

Por meio do NASF devem ser desenvolvidas atividades voltadas ao fortalecimento da articulação da rede de cuidados e serviços de saúde e ao apoio com especialistas às equipes da APS, na perspectiva da integralidade (BRASIL, 2008a; 2009; 2010; 2011b).

Nesta mesma perspectiva, outros países têm utilizado o apoio de especialistas para aperfeiçoar as ações desenvolvidas na APS. Vale aqui destacar as experiências desenvolvidas em Portugal, a partir da reforma do Sistema Nacional de Saúde iniciada em 2005, onde diversos profissionais (assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, dentre outros) foram incorporados em Unidades de Cuidado na Comunidade e em Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, sendo ofertados serviços de consultoria e apoio técnico-assistencial a outras unidades funcionais, bem como prestados cuidados de saúde e apoio psicológico e social à população no âmbito domiciliar e comunitário (SANTOS et al., 2015).

Experiências de ampliação da atenção à saúde ofertada no nível primário também são reportadas na Colômbia, onde uma equipe multidisciplinar de profissionais e técnicos (psicólogos, fisioterapeutas, higienista oral, técnicos de saneamento, nutricionista, enfermeira, epidemiologista e engenheiro ambiental) desenvolve intervenções na saúde familiar e comunitária (MOSQUERA et al., 2011; LÉON FRANCO; RAMIREZ CANO; URIBE RIVERA, 2007).

Países como a Noruega, o Canadá, a França, o Reino Unido e a Holanda também têm experimentado a ampliação das equipes da APS, tendo sido observados importantes resultados no que diz respeito à melhoria do cuidado ofertado à população, com redução do tempo e dos custos de tratamento, por meio de uma prática colaborativa, onde os profissionais devem compartilhar suas competências visando, sobretudo, os interesses dos pacientes (FREDHEIM et al., 2011; MINOLETTI; ROJAS; HORVITZ-LENNON, 2012).

Cuba e alguns países da América Latina também têm experimentado a agregação de outros profissionais nos serviços de cuidados primários, afora médicos e enfermeiros, com papel de destaque destes profissionais na melhoria do cuidado prestado à população. Entretanto, as diversas experiências ainda se deparam com expressivos desafios, dentre os quais a alta rotatividade dos profissionais, em virtude dos vínculos precários a que estão submetidos, e a persistência do paradigma biomédico tradicional no sistema educativo, centrado no paciente individual, não tendo transcendido para o enfoque familiar e populacional que facilite a consideração de intervenções integrais e o trabalho conjunto em equipes multidisciplinares e intersetoriais (REY GAMERO; ACOSTA-RAMIREZ, 2013).

No Brasil, apesar de ampla capilaridade e adesão ao NASF, poucos estudos acerca do tema são encontrados na literatura científica, estando muitos deles restritos ao debate acerca da inserção de determinados núcleos profissionais no âmbito da APS (BARBOSA et al., 2010; SUNDFELD, 2010; MOLINI-ALVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010; AVEIRO et al., 2011; LANCMAN; BARROS, 2011; SOUZA; LOCH, 2011; BARROS; FARIAS JUNIOR, 2012; CERVATO-MANCUSO et al., 2012; FORMIGA; RIBEIRO, 2012; SANTOS; BENEDETTI, 2012; AZEVEDO; KIND, 2013; FERNANDES; NASCIMENTO; SOUSA, 2013; SILVA; CARDOSO, 2013; ANDRADE et al., 2014; GOMES et al., 2014; MOLINI-ALVEJONAS et al., 2014; SILVA et al., 2014; CELA; OLIVEIRA, 2015; RIBEIRO; FLORES-SOARES, 2015; SANTOS et al., 2015; SOLEMAN; MARTINS, 2015; SOUSA; OLIVEIRA; COSTA, 2015; NAKAMURA; LEITE, 2016).

Os estudos têm analisado as práticas das equipes NASF, sendo predominantemente relatadas práticas clínicas, assistencialistas e individuais (BARBOSA et al., 2010; REZENDE et al., 2009; SOUZA; LOCH, 2011; OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012; AZEVEDO; KIND, 2013; COSTA et al., 2013; COSTA et al., 2014; HORI; NASCIMENTO, 2014; CELA; OLIVEIRA, 2015). Também têm discutido a pouca clareza acerca das atribuições dos profissionais do NASF na APS, visto serem novas profissões inseridas na rotina das equipes da ESF (BARBOSA et al., 2010; NEVES; ACIOLE, 2011; ARAUJO; GALIMBERTTI,

2013; ANDRADE et al., 2012; ARIOLI, 2012; VANUCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012; PEREIRA, 2011; BARROS et al., 2015; PATROCÍNIO; MACHADO; FASUTO, 2015; NAKAMURA; LEITE, 2016).

Uma dos problemas identificados nestas experiências reside na necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde, de forma a contemplar o desenvolvimento de competências e habilidades para atuação no NASF, tendo em vista a complexidade do SUS e da situação de saúde da população, e a necessidade de aliar boa qualidade técnica e capacidade de análise e intervenção frente à realidade social do país, numa perspectiva de compromisso social com a saúde como direito de cidadania (FLORINDO, 2009; MOREIRA; MOTA, 2009; REZENDE et al., 2009; MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; NEVES; ACIOLE, 2011; AVEIRO et al., 2011; SOUZA; LOCH, 2011; SANTOS; BENEDETTI, 2012; PEDROSA; LEAL, 2012; SILVA et al., 2012; ANJOS et al., 2013; ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; FALCI; BELISÁRIO, 2013; LANCMAN et al., 2013; GONÇALVES et al., 2015; REIS et al., 2016).

Em que pese a importância dos estudos supracitados, ainda não se aprofundou o debate sobre o processo de construção do NASF, quais as motivações para a sua formulação e para a escolha do desenho proposto, quais os agentes envolvidos e como estes se articularam para induzir a inserção desta pauta na agenda da saúde. Há que se investigar, ainda, como a proposta do NASF se confronta com as diversas proposições de modelos de atenção e de organização da APS e do SUS. Elucidar tais questões parece oportuno tanto para o meio científico quanto para o mundo do trabalho, pois pode auxiliar na compreensão e reflexão crítica do NASF a partir dos elementos presentes na história de sua construção.

Neste sentido, o presente trabalho buscou responder as seguintes perguntas de investigação: Quem foram os agentes responsáveis pela formulação do NASF? Como se deu a articulação desses agentes para viabilizar a proposta do NASF? Quais as motivações, conflitos, interesses e questões disputadas na formulação desta política? Quais prevaleceram e por que prevaleceram? Quais as relações com o campo do poder? Qual o contexto político-organizacional de criação do NASF? Em que medida os NASF, enquanto parte da política de APS no Brasil, podem contribuir para a implantação de propostas alternativas ou de modelos contra- hegemônicos de atenção à saúde, vale dizer, que rompem com o modelo médico-sanitarista, hegemônico na história de organização do sistema de saúde brasileiro?

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Analisar a sociogênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar os agentes envolvidos no processo de formulação da proposta do NASF;
- Analisar a origem e a trajetória social dos agentes envolvidos com a formulação da proposta do NASF;
- Analisar as posições e tomadas de posição dos agentes envolvidos com a formulação da proposta do NASF;
- Analisar os processos político-institucionais que resultaram na proposição dos NASF;
- Discutir a relação entre a proposta organizacional do NASF e os modelos de atenção à saúde em disputa no Brasil.

3. Aspectos teórico-metodológicos

3.1 Referencial teórico

O presente estudo foi desenvolvido a partir da **teoria do social de Pierre Bourdieu** (BOURDIEU, 1984; 2011; 2013b), de forma a melhor compreender as condições históricas de possibilidade para a emergência do NASF, buscando superar a “amnésia da gênese” (BOURDIEU, 2014; LENOIR, 1998). Trata-se de um **estudo da sociogênese do NASF**, a qual se baseia essencialmente no estudo das trajetórias dos principais agentes envolvidos com a formulação e implementação de uma determinada política, situando-os em relação às posições ocupadas no espaço social e no campo específico do qual fazem parte (PINELL, 2011).

Pinell, baseado na sociologia de Pierre Bourdieu enquanto um ‘*habitus* científico incorporado’, propõe que a compreensão da formulação das políticas se dê a partir da análise das lutas desenvolvidas entre os agentes no interior de diferentes polos de determinado espaço social, através da elucidação das principais questões em jogo neste espaço (VIEIRA-DA-SILVA, 2011; PINELL, 2011; BOURDIEU, 2014), às quais culminaram no processo de produção social dos problemas de saúde e, conseqüentemente, das políticas a eles direcionados. O estudo histórico da gênese dos campos e espaços sociais é capaz de revelar conflitos e disputas que existiam na origem de determinado campo e que podem ter sido esquecidos (VIEIRA-DA-SILVA; PINELL, 2014).

Segundo Bourdieu (2013b), o **espaço social** pode ser entendido como um “conjunto de posições distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras por sua *exterioridade mútua* e por relações de proximidade, de vizinhança ou de distanciamento e, também, por relações de ordem”. É construído a partir da posição dos agentes (individuais ou coletivos), à qual se dá em função dos diferentes volumes de capitais que acumulam, em especial o capital cultural e o capital econômico.

No espaço social podem ser identificados subespaços compostos por redes de relações entre agentes e instituições com leis próprias, autonomia relativa e disposições (*habitus*) comuns, onde existem disputas específicas que interessam aos seus integrantes, ao que Bourdieu denomina **campo**. O campo pode ser considerado tanto um ‘campo de forças’, pois constrange os agentes ali inseridos, quanto um ‘campo de lutas’, no qual os agentes atuam conforme suas posições, mantendo ou modificando sua estrutura (BOURDIEU, 2013b).

Cada agente ocupa determinada posição a partir das disposições (*habitus*) produzidas por suas capacidades geradoras (BOURDIEU, 2011; 2013a;b). O *habitus* corresponde às disposições dos agentes, seus esquemas de percepção, produzidos pela história coletiva, modificados pela história individual de cada um, e incorporados de forma inconsciente, ao longo de sua trajetória de vida. A **trajetória** corresponde à análise da série de posições sucessivamente ocupadas pelo agente em um determinado espaço, posições estas determinadas pelo volume global dos diferentes capitais (BOURDIEU, 2011; 2013b).

Bourdieu (2013a) ressalta que os agentes se deslocam no espaço social ora porque estão submetidos às forças que conferem sua estrutura a esse espaço, ora porque suas propriedades, cuja existência pode ocorrer no estado incorporado (por meio das disposições) ou no estado objetivado (por meio de bens, títulos, etc.), opõem-se às forças do campo.

Para Bourdieu (BOURDIEU, 1984; 2013b; CHAMPAGNE; CHRISTINI, 2012; PINTO, 1998), o **capital** é uma energia social acumulada, um elemento que permite ao seu portador jogar, disputar, lutar em um dado espaço social. A obtenção de determinado capital pressupõe investimento e disposição pessoal do agente para obtê-lo (SOUZA, 2013). É a partir do acúmulo de diferentes capitais que os agentes se posicionam em determinado espaço social.

No que concerne aos capitais, Bourdieu define diferentes tipos de capitais: cultural, político, social, simbólico, econômico, burocrático e militante. Para este estudo, considerando o objeto em análise e os agentes constituintes do espaço social onde se deu a emergência do NASF, na análise da trajetória considerou-se, além do *habitus*, os capitais político, social, científico, simbólico, burocrático e militante de cada um dos agentes. Estas escolhas se deram pelo fato da gênese do NASF ser resultante das disputas travadas no espaço da Atenção Primária, por agentes posicionados no campo burocrático (estrutura do Ministério da Saúde, principalmente no Departamento de Atenção Básica) e no campo político (em espaços como o Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde – FCFAS, o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde – FENTAS, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, e o Conselho Nacional de Saúde – CNS).

O **capital político** está relacionado à capacidade de mobilização de um agente, é uma espécie de capital social e simbólico, obtido a título pessoal, resultado de um capital pessoal de notoriedade e popularidade (ser conhecido e reconhecido), ou por delegação de uma organização detentora desse tipo de capital, como partidos ou sindicatos. A objetivação do

capital político é realizada a partir do acesso a posições na política tradicional, ou seja, em postos no seio de um partido e nos organismos de poder e em toda a rede de empresas em simbiose com esses organismos, bem como na participação em cargos eletivos (BOURDIEU, 1988; 2001; 2013a; MATONTI; POUPEAU, 2004; BARROS, 2013).

O **capital social** é um capital de relações que podem fornecer “apoios” úteis (BOURDIEU, 2013a). É um conjunto de recursos atuais ou potenciais que são ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de pertencimento a um grupo. O capital social tende a ser uma espécie de multiplicador de seus poderes por um efeito de agregação simbólica (BOURDIEU, 1980; 2011a;b).

O **capital cultural**, que abrange as habilidades, as informações e o conhecimento, corresponde ao conjunto de qualificações intelectuais produzidas e transmitidas pela família e pelas instituições escolares. Pode se apresentar sob três formas: o estado incorporado, como disposição durável do corpo (por exemplo, a forma de se apresentar em público); o estado objetivado, como a posse de bens culturais (por exemplo, a posse de obras de arte); e o estado institucionalizado, sancionado pelas instituições, como os títulos acadêmicos, diplomas e a aprovação em concursos, os quais são resultado de um trabalho contínuo de aprendizagem, acumulação e objetivação do reconhecimento de competências pelo Estado (BOURDIEU, 1979; 1986; 2013a). O capital cultural pode se subdividir em dois tipos de capital: o científico e o simbólico. O **capital científico** decorre das competências práticas de fazer ciência e permite saber ter e ser uma autoridade científica legítima.

Há expressiva propensão do capital cultural a funcionar como capital simbólico, tendo em vista ser considerado um dom natural. Agentes que possuem elevado capital cultural como inteligência, eloquência ou ciência são naturalmente percebidos como autoridades legítimas. Assim, dirigentes que detêm alguma autoridade relacionada à ciência ou à cultura são geralmente reconhecidos como dignos do exercício do poder em nome de competências legitimadas como naturais, como virtude ou como mérito (BOURDIEU, 2013a; 2014).

O **capital simbólico** corresponde ao conjunto de rituais de reconhecimento social, compreende o prestígio, a honra etc., e pode ser entendido como uma síntese dos demais capitais (cultural, econômico e social) (BOURDIEU, 1986).

O **capital burocrático** é aquele delegado pelo Estado, que permite ao agente representá-lo, falar em seu nome e deter o poder sobre os outros tipos de capital (BOURDIEU, 2013b; 2014).

O **capital militante** é um capital de reconhecimento e corresponde a um conjunto de saberes e práticas mobilizadas durante as ações coletivas, as lutas inter ou intrapartidárias. É incorporado sob a forma de técnicas, de disposições de agir, intervir ou simplesmente obedecer. Este capital é passível de ser convertido em outros universos, podendo facilitar certas reconversões capazes de manter ou transformar a posição de um indivíduo ou de um grupo na estrutura social (MATONTI; POUPEAU, 2004; BARROS, 2013; SOUZA, 2013).

O uso dos capitais enquanto categoria analítica foi fundamental para a análise da trajetória dos agentes e, por consequente, das posições ocupadas por estes no processo de tomada de decisão quanto à formulação e implementação da política que instituiu o NASF.

As trajetórias e o *habitus* dos agentes foram analisados de forma a compreender a dinâmica social que culminou com a emergência do NASF (BOURDIEU, 2004; 2013); as disputas conduzidas no decorrer da história e os diferentes capitais dos agentes envolvidos (BOURDIEU, 1979; 1984; 1988; 1997; 2000; 2001; 2011; 2013a;b; 2014; CHAMPAGNE; CHRISTINI, 2012; PINTO, 1998; MATONTI; POUPEAU, 2004).

A fim de analisar a relação entre a proposta organizacional do NASF e as diversas proposições de modelos de atenção à saúde em disputa no Brasil, foram utilizadas as concepções de modelos assistenciais sistematizadas por Paim (2012) e Teixeira e Vilasbôas (2014).

Paim (2012) e Teixeira e Vilasbôas (2014) apresentam diversas concepções de **modelos de atenção** presentes na literatura: como formas de organização das unidades de prestação de serviços de saúde; como formas de organização do processo de prestação de serviços; como formas de organização das práticas de saúde dirigidas ao atendimento às necessidades e aos problemas de saúde individual e coletiva; e como modelo tecnoassistencial em defesa da vida. Paim (2012) define modelo de atenção como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde, e como modos de organizar a ação e dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre problemas e necessidades de saúde que podem ser diversos, tendo em conta as realidades distintas.

Teixeira e Vilasbôas (2014) apresentam uma concepção que contempla desde o nível “micro” das práticas de saúde realizadas nas diversas linhas de ação do sistema, passando pelo nível “meso” da articulação dos serviços e estabelecimentos de saúde em redes, até o nível “macro” que contempla a estruturação de sistemas que envolvem, além das práticas e serviços

de saúde, as ações político-gerenciais que conferem organicidade e sustentabilidade ao processo de prestação de serviços à população.

A partir destes referenciais buscou-se problematizar a proposta organizacional do NASF, ou seja, o conteúdo sistematizado em forma de portarias e documentos técnicos, e sua relação com os modelos de atenção à saúde em disputa no Brasil, analisando as características presentes na proposta e seu potencial em contribuir para a manutenção do modelo hegemônico vigente no país ou para fortalecer o processo de reorganização do SUS e, assim, da transformação do modelo de atenção.

3.2. Produção dos dados

3.2.1. Fontes de informação, procedimentos e técnicas de produção de dados

As fontes de informação que originaram os dados do presente estudo foram entrevistas em profundidade com agentes envolvidos na emergência e gênese do NASF, e análise de documentos que apresentassem elementos elucidativos do processo de formulação do NASF.

Para a identificação dos agentes entrevistados, inicialmente procedeu-se à leitura dos documentos técnicos e normativos acerca do NASF, divulgados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. Buscou-se, neste primeiro momento, selecionar agentes ocupantes de cargos de Direção e/ou Coordenação no âmbito do Ministério da Saúde, em especial lotados no Departamento de Atenção Básica (DAB), tendo em vista ser este o espaço onde está localizada a gestão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Considerando a publicação da portaria que instituiu o NASF – Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, os primeiros entrevistados foram a diretora do DAB no ano de 2008, a médica Claunara Schilling Mendonça, e a coordenadora técnica geral responsável por gerenciar o processo de implantação do NASF, a psicóloga Rosani Pagani. Nestas entrevistas foram identificados e recrutados os demais agentes envolvidos no processo de gênese do NASF, conforme amostragem por cadeias de referência, ou seja, utilizando-se a técnica metodológica “bola de neve” ou *snowball* (*snowball sampling*) (BIERNACKI; WALDORF, 1981; PENROD et al., 2003).

Além do grupo de agentes do campo burocrático entrevistados, também participaram do estudo agentes do campo político, como representantes dos conselhos das profissões da área da saúde, representantes do FCFAS e do FENTAS, e representante do CONASS.

O contato com os agentes entrevistados se deu por meio eletrônico (e-mail e/ou redes sociais, como Facebook®), onde foram apresentados os objetivos do estudo e solicitada confirmação do envolvimento do agente com o processo de criação do NASF. Quando confirmado, foi agendado encontro presencial ou virtual para fins de realização da entrevista. Todos os agentes entrevistados (n=16), bem como as datas, locais onde as entrevistas foram realizadas, a modalidade e duração destas, além do código de identificação de cada entrevista estão dispostos no Apêndice A.

Além destes agentes, houve tentativa de realização de entrevistas com outros¹ agentes envolvidos na formulação do NASF, porém, por questões de disponibilidade e/ou interesse em participar da pesquisa, não foi possível incluí-los no estudo.

Todas as entrevistas foram realizadas pela autora e o tamanho da amostra foi demarcado pela saturação de informações. As entrevistas foram realizadas utilizando-se de roteiros semi-estruturados elaborados para a pesquisa, sendo um voltado aos agentes do campo burocrático (APÊNDICE B) e o outro aos agentes representantes das entidades profissionais (APÊNDICE C). Os instrumentos continham seções que versavam sobre a gênese do NASF, a percepção dos agentes sobre o NASF, sobre o envolvimento/participação das entidades profissionais na gênese/emergência do NASF, e sobre a trajetória de vida dos agentes. Todas as entrevistas foram gravadas, utilizando-se de gravador digital, a partir do consentimento dos participantes (APÊNDICE D).

Além das entrevistas, foi realizada análise de diversos documentos normativos e técnicos acerca do NASF, bem como de documentos fornecidos pelos entrevistados, os quais pudessem auxiliar na compreensão do processo de formulação dos Núcleos. O conjunto de documentos analisados está disposto no quadro abaixo.

¹ Representantes dos Conselhos Federais de Psicologia e Medicina retornaram os contatos, porém julgaram que possuíam poucas contribuições ao estudo. Ambos sugeriram contatar o representante do FCFAS e do FENTAS. Os representantes dos demais conselhos não retornaram as três tentativas de contato. O representante do CONASEMS aceitou ser entrevistado, porém no terceiro agendamento de entrevista não retornou mais os contatos. Dois agentes do campo burocrático que participaram como técnicos do DAB nos dois momentos de publicação das portarias do NAISF e do NASF desistiram das entrevistas agendadas, não mais retornando os contatos. Um dos agentes do campo burocrático e político não retornou às cinco tentativas de contato. Uma agente do campo burocrático e científico não retornou às três tentativas de contato.

Quadro 1. Lista de documentos analisados. A gênese do NASF. Brasil, 2016.

Tipo do documento	Quantidade de documentos	Quantidade de documentos que continham conteúdo relacionado ao NASF
Pautas, atas, resumos, deliberações e moções produzidas nas Reuniões do Conselho Nacional de Saúde (de 2000 a 2008)	388	66 (relacionados diretamente ao NASF) 19 (relacionados às mudanças na formação em saúde)
Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e outros documentos complementares	14	09
Relatórios das reuniões do FCFAS	32	07
Normativas referentes ao NASF (portarias publicadas, minutas de portaria, notas técnicas de portarias, projetos de lei e pareceres técnicos)	28	28
Documentos técnicos relativos ao NASF	03	03
Outros documentos (políticas*, discursos de ministros da saúde, planos nacionais de saúde)	10	02
TOTAL	475	134

*Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS)

3.2.2. Análise dos dados

As gravações das entrevistas com os agentes foram transcritas na íntegra. Foi realizada leitura sistemática do material empírico coletado, o qual foi organizado e classificado, construindo-se um quadro com o levantamento das evidências por categoria de análise. A matriz elaborada para a sistematização das informações está disposta no Apêndice E.

No tocante à formação e trajetória profissional, analisou-se se o agente tinha formação na área da saúde ou não, e se tinha trajetória profissional na assistência, na gestão, na docência/pesquisa e/ou em movimentos sociais relacionados à saúde. No âmbito da gestão, analisou-se se as experiências profissionais haviam se dado no âmbito de instituições municipais, estaduais e/ou federais. Também se buscou mapear as posições ocupadas em cada espaço, na tentativa de elucidar as diversas tomadas de posição de cada agente. Para a análise das trajetórias dos agentes recorreu-se, ainda, à plataforma *Lattes*.

As relações, posições e disposições dos agentes foram analisadas a partir dos seguintes elementos:

- Posição no campo das profissões (por meio da trajetória profissional);
- Posição no espaço social da Atenção Primária à Saúde (aferida através da trajetória profissional, ocupação de postos no SUS);
- Disposições políticas (filiação ou voto em partido político, participação em movimentos profissionais e sociais, militância e participação em partidos, participação em movimentos relacionados às residências em saúde);
- Disposições sobre a organização da APS no Brasil (concepção sobre os modelos de APS, concepções sobre o NASF).

A classificação dos agentes de acordo com a inserção nos campos e espaços sociais foi realizada com base na composição das diferentes espécies de capital e foi elaborada a partir dos estudos desenvolvidos por Vieira-da-Silva e Pinell (2014), Souza (2013) e Barros (2013) (Quadro 2), sendo considerados na análise:

- Indicadores de capital científico: títulos e publicações na área;
- Indicadores de capital simbólico: premiações e reconhecimento (notoriedade) na área;
- Indicadores de capital burocrático: cargos ocupados no campo burocrático e recursos mobilizados;
- Indicadores de capital político: participação em cargos de indicação política e/ou em partidos políticos;
- Indicadores de capital militante: participação em sindicatos e/ou conselhos profissionais; movimentos sociais – movimento estudantil, movimento sanitário, movimento pela renovação da APS, movimento nacional de residências em saúde, movimentos pela saúde;
- Indicadores de capital social: pertencimento a um ou mais grupos ao interior do espaço, atribuído a partir de relação prévia entre os agentes e das posições e tomadas de posição semelhantes ou divergentes entre eles.

Quadro 2. Critérios de análise da composição dos diferentes tipos de capital dos agentes no período da gênese do NASF (2000 a 2008). A gênese do NASF. Brasil, 2016.*

Volume do capital Tipos de Capital	Muito alto (AA)	Alto (A)	Médio (M)	Pequeno (P)
Simbólico	Reconhecimento nacional Prêmios Internacionais	Reconhecimento local Prêmios Nacionais	- Prêmios locais	-
Científico	Doutorado Produção científica na área de Saúde Coletiva – mais de 10 artigos em periódicos A ou B nos últimos 5 anos	Mestrado Produção científica na área de Saúde Coletiva – de 5 a 10 artigos em periódicos A ou B nos últimos 5 anos	Especialização Produção científica na área de Saúde Coletiva – menos de 5 artigos em periódicos A, B ou C nos últimos 5 anos	Graduação Produção científica na área de Saúde Coletiva – em periódicos não indexados nos últimos 3 anos
Burocrático Ocupação de cargos técnicos e administrativos	Cargos em organismos Internacionais (OMS, OPAS, BIRD, Kaiser Family Foundation, etc.) Cargos de direção/coordenação no Ministério da Saúde Direção de processos relacionados à gênese do NASF	Cargos em organismos nacionais (SBMFC, CNRM, CNRMS, etc.) Cargos de direção/coordenação em Secretarias Estaduais de Saúde Coordenação de processos relacionados à gênese do NASF	- Cargos de direção/coordenação em Secretarias Municipais de Saúde Participação técnica em processos relacionados à gênese do NASF	- Assessoria/ Consultoria técnica em órgão da saúde -
Político Participação em cargos de indicação política ou em partidos políticos	Ministro da Saúde, Presidentes de Agências Dirigente nacional de partido	Secretários Estaduais de Saúde Dirigente estadual de partido	Secretários Municipais de Saúde Dirigente municipal de	Cargos técnicos nomeados politicamente Filiado a partido político

			partido	
Militante Lideranças profissionais e populares	Dirigente nacional de comissão, conselho ou associação nacional	Dirigente estadual ou participante em comissão, conselho ou associação nacional	Dirigente municipal ou participante em comissão, conselho ou associação regional/estadual	Participante em comissão, conselho ou associação municipal/ Local
Social Pertencimento a grupos ao interior do espaço; Relação entre agentes	Pertencimento ao grupo com maior influência sobre a definição da política.	Pertencimento ao grupo com influência moderada sobre a definição da política.	-	-

*Adaptado das classificações usadas por Vieira-da-Silva e Pinell (2014), Souza (2013) e Barros (2013).

BIRD: Banco Interamericano de Desenvolvimento; SBMFC: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; CNRM: Comissão Nacional de Residência Médica; CNRMS: Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Outro eixo de sistematização dos dados dizia respeito aos fatos históricos relacionados à formulação do NASF. Foram extraídas das entrevistas excertos que continham elementos elucidativos da linha cronológica de acontecimentos que culminaram na construção do NASF, desde os fatos que motivaram a formulação da proposta até os conflitos, interesses e pactuações realizadas para que a proposta fosse viabilizada.

A partir das entrevistas também se construiu a rede de relações entre os agentes envolvidos na gênese do NASF. Por meio de um sociograma foi analisada a existência de vínculos/laços de influência entre os agentes, objetivos comuns, relações de afinidade, bem como a existência de grupos e/ou subgrupos no espaço onde se deu a emergência e gênese do NASF.

Por fim, estruturou-se eixo de análise contendo os pontos de vista dos agentes acerca da relação da proposta do NASF com as diversas proposições de modelos de atenção à saúde, tendo sido classificados: a) proposta potencializa modelos hegemônicos; b) proposta potencializa modelos alternativos; c) proposta pode contribuir tanto para fortalecer modelos hegemônicos como contra-hegemônicos.

No tocante aos documentos analisados, considerou-se pertinente à análise os documentos que apresentassem conteúdos diretamente relacionados ao NASF, como registros de reuniões acerca da pauta, bem como documentos que versavam sobre discussões acerca da ampliação dos saberes na Atenção Básica, como a inserção de outras categorias profissionais que não as componentes da equipe mínima (medicina e enfermagem), e conteúdos acerca das mudanças (quantitativas e/ou qualitativas) na formação em saúde.

A partir dos documentos técnicos e normativos foram analisadas as características da proposta do NASF, sendo sumarizadas: a definição dos Núcleos, seu(s) objetivo(s) / finalidade(s) / propósito(s), sua(s) diretriz(es), o público-alvo da proposta, o desenho organizacional e o processo de trabalho proposto para as equipes e/ou profissionais, as atividades e atribuições das equipes e da gestão (municipal, estadual e federal), elementos relacionados ao processo de implantação (metas, modalidades, etc.), aspectos financeiros, relação com a equipe de Saúde da Família/Atenção Básica e com os profissionais e serviços dos demais níveis assistenciais, relação com outras políticas públicas e a relação com o setor privado (Apêndice F). Este material também auxiliou na análise da relação da proposta do NASF com os modelos de atenção. Nesta análise foram identificados o(s) sujeito(s), o(s) objeto(s), a(s) atividade(s), o(s) instrumento(s) de trabalho e as relações técnicas e sociais, elementos que em seguida foram analisados a partir das características dos diversos modelos de atenção e/ou elementos constitutivos de propostas alternativas de organização das práticas, serviços e sistemas de saúde.

Por meio dos relatórios das conferências nacionais de saúde, das atas do Conselho Nacional de Saúde, das reuniões do FCFAS e dos demais documentos analisados buscou-se identificar elementos elucidativos da linha cronológica de acontecimentos que culminaram na construção do NASF, na perspectiva de cotejar tais informações com o conteúdo das entrevistas, de modo a triangular dados e fontes e, assim, assegurar a consistência das evidências levantadas.

3.3. Aspectos éticos

Durante a pesquisa os participantes foram informados dos objetivos da mesma e do fato da inclusão opcional destes no estudo, sem prejuízos, previsíveis, para os mesmos. Foram solicitadas autorizações para registro de áudio por meio de gravador de voz. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) foram dirimidas as dúvidas e solicitado aos participantes a assinatura do termo. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob o protocolo 962.083.

4. A gênese do NASF – do Núcleo de Saúde Integral ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família: iniciativas precursoras, experiências prévias e processo de construção da proposta

Os dados produzidos no presente estudo permitiram reconstituir a linha do tempo da emergência e gênese do NASF. Nesta linha foram percebidos quatro momentos, aqui apresentados em recortes cronológicos, considerando elementos do contexto político-organizacional do Sistema Único de Saúde, bem como o cenário político do Brasil. Neste capítulo estão dispostos os fatos históricos ocorridos em cada momento, bem como identificados os agentes que participaram dos diversos movimentos que culminaram na formulação da proposta do NASF.

4.1. 2000 a 2002: a APS no Brasil e os primeiros movimentos para ampliação da equipe da Estratégia Saúde da Família

Em que pese o fato de a criação do PACS e do PSF ser considerada um importante marco para o fortalecimento da APS no Brasil, e dos benefícios comprovados com o advento de ambos os programas, no início dos anos 2000 ainda não era percebido expressivo impacto na melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira, cujo perfil epidemiológico era caracterizado pela tripla carga de doenças: crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e elevadas taxas de mortalidade por causas externas convivendo com a permanência de doenças infecto-parasitárias.

Diante desse quadro, diversos representantes de secretarias municipais de saúde questionaram o Ministério da Saúde, à época ainda sob o comando do então ministro José Serra, sobre a composição da equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde e sobre a insuficiência da rede de apoio e retaguarda a esses serviços, tendo em vista, sobretudo, a incapacidade de médicos e enfermeiros em suprir todas as necessidades de saúde da população.

Dessa forma, defendiam-se cuidados na APS capazes de ofertar uma atenção integral à saúde da população, viabilizada por meio de equipes multiprofissionais, inicialmente numa perspectiva de clínicas de apoio para referência e contra-referência. O objetivo central era

fomentar mudanças qualitativas nos indicadores básicos de saúde, por meio da ampliação dos serviços ofertados à população na APS.

O relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, destacou a ausência de uma política de formação de profissionais de saúde voltada para o SUS, bem como a necessidade de readequação dos currículos a partir da leitura das necessidades sociais em saúde. A conferência, que contou com a participação de cerca de 2.500 delegados, enfatizou a necessidade de uma política de Recursos Humanos para o SUS, com contratação por meio de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário. Ao discutir a organização da Atenção Básica, uma das proposições apresentadas foi afirmar a Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde como uma das estratégias adotadas para a estruturação de sistemas municipais de saúde, de modo que funcionasse como principal porta de entrada do sistema, articulada com os demais níveis de atenção. Recomendou-se, ainda, a garantia de atuação de outros profissionais de saúde como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, odontólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros, de modo a proporcionar uma atenção multiprofissional de acordo com a realidade de cada município (BRASIL, 2001a) (APÊNDICE H).

Em paralelo, muitos municípios já desenvolviam experiências de ampliação das equipes de Atenção Básica, com atuação de nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas junto aos profissionais da equipe mínima. No entanto, como o Ministério da Saúde não dispunha, à época, de recursos para atender a este tipo de demanda, os municípios iniciaram um movimento de pressão no sentido de exigir do Ministério algum apoio financeiro para a manutenção destas experiências, conforme ilustrado nos excertos de entrevistas que seguem:

“Essa discussão já estava acontecendo nos municípios. Primeiro tinha uma discussão do porque a equipe mínima tinha que ser de médico e enfermeiro. (...) Então essa discussão já vem desde essa época, do início dos anos 2000. (...) Tinha uma demanda efetiva, uma necessidade de saúde da população, de cuidados na atenção primária que as equipes não davam conta de resolver, e que precisavam ser acompanhadas. (...) Não era uma demanda promocional, exclusivamente. Porque essa foi uma demanda muito forte também.” (E9)

“A maioria desses profissionais já tinha na rede de alguma forma, claro que não na quantidade que tem hoje, e a organização era das mais diversas possíveis e não tinha financiamento do governo federal.” (E4)

As reivindicações chegaram ao Ministério não apenas de forma direta e individual, através dos secretários municipais e estaduais de saúde, mas por meio de movimentos organizados desses gestores via CONASEMS e CONASS.

Também nessa época o Ministério da Saúde foi alvo de pressão de diversas categorias profissionais, por meio de suas entidades corporativas, para a ampliação do mercado de trabalho para as profissões da área da saúde. Dentre os espaços cobiçados, tinham lugar privilegiado os serviços de atenção básica, em especial as unidades de Saúde da Família, tendo em vista seu vasto potencial de expansão.

Durante três reuniões ordinárias do CNS, no ano 2000, foram debatidos aspectos relacionados à ampliação da equipe mínima de Saúde da Família. Duas destas reuniões (96^a e 104^a) tiveram, dentre seus conteúdos, a inserção da Odontologia na Atenção Básica. Na outra reunião (101^a), durante exposição da equipe do Ministério da Saúde sobre as metas da Secretaria de Políticas de Saúde, houve questionamento acerca da solicitação efetuada por profissionais de determinadas categorias de inserção no Programa de Saúde da Família, sendo sugerido agendamento de audiência com esses trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a; b; c) (APÊNDICE I).

Compondo este cenário, desde o final da década de 90 um conjugado de reformulações na educação superior brasileira foi operado, sendo observada uma expressiva expansão do acesso ao ensino superior. Essa ampliação baseou-se no conjunto de fatores demográficos, no aumento das exigências do mercado de trabalho, bem como das políticas de melhoria do ensino médio.

Vale ressaltar que estas transformações sofreram influência de diversas políticas do Banco Mundial, as quais foram centradas em dois eixos: a diversificação das instituições e dos cursos de ensino superior e a diversificação das suas fontes de financiamento, com forte recomendação de expansão do setor privado (LIMA, 2011; CHAVES; LIMA; MEDEIROS, 2008).

Como resposta do Governo, em 2001 foi aprovado e publicado o Plano Nacional de Educação, instituído por meio da Lei 10.172, de 09 de janeiro de 2001, cujos objetivos eram a elevação global do nível de escolaridade da população, bem como a melhoria da qualidade do ensino em todos os níveis. Nesse âmbito, uma das prioridades foi a ampliação do acesso à educação superior, dentre os quais os cursos na área da saúde (BRASIL, 2001b).

Em consonância com o Banco Mundial, o Plano sinalizou que a expansão do setor privado deveria continuar, desde que garantida a qualidade, e que a qualificação dos docentes destas instituições fosse de responsabilidade das instituições públicas (BRASIL, 2001b). A partir daí observou-se uma crescente ampliação do acesso à educação superior, com consequente aumento na “produção” de novos profissionais em um curto espaço de tempo.

No âmbito do Ministério da Saúde, neste mesmo período ocorreu o primeiro censo nacional para monitoramento da implantação e avaliação do funcionamento do Saúde da Família, com avaliação de 13.500 equipes, por meio do qual ratificou-se a necessidade de ampliação das equipes e das ações desenvolvidas no âmbito da APS. Neste censo foram identificadas necessidades quantitativas, relacionadas à cobertura assistencial da população, bem como fragilidades qualitativas nas equipes existentes. Confirmava-se a insuficiência do cuidado na APS restrito à Medicina e à Enfermagem, bem como a necessidade de outros saberes, na perspectiva de qualificar o cuidado aos usuários do SUS e ampliar a resolubilidade do primeiro nível assistencial.

“Fizemos uma primeira grande avaliação do Saúde da Família, em 2001, uma avaliação censitária mesmo. Eram 13.500 equipes, foram visitadas todas! (...) E se começou a pensar que outros passos nós tínhamos que dar pra qualificar esse modelo de atenção e qualificar a atenção básica em saúde. (...) E aí começa a se ver o seguinte: essa equipe mínima precisa ser ampliada. (...) Em 2002 vem uma inquietação, uma reivindicação de começar a pensar que equipe seria necessária pra aumentar essa resolubilidade dessas equipes. Então começam a surgir demandas, começam a surgir necessidades de incorporação de outras áreas de organização, de profissionais, de saberes, pra questão da melhoria da atenção básica.” (E3)

Baseado nos relatórios produzidos no Censo, em 2002 o Ministério delineou estratégias para expandir o número de unidades e equipes de Atenção Básica, preferencialmente nos moldes da Estratégia Saúde da Família. Foi lançado o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), o qual contribuiu com significativa ampliação da cobertura da atenção básica em todo o País. No que tange à ampliação dos núcleos de saberes e práticas, foi neste período que ocorreu a incorporação de profissionais da saúde bucal (odontólogos e auxiliares de consultório odontológico) nas equipes de Saúde da Família, já numa perspectiva de atuação voltada ao tratamento e cura dos problemas relacionados à saúde bucal.

Esta incorporação foi resultado de importante movimento de pressão, junto à coordenação de saúde bucal do Ministério da Saúde, por parte de odontólogos sanitaristas, liderados por agentes de expressivo volume de capital militante, político, cultural e social, como Paulo Capel e Dr. Djalma, os quais tiveram importância fundamental na articulação com o então secretário de políticas, Dr. Cláudio Duarte.

“Porque odontologia foi o primeiro apoio? A gente tentou convencer muito na época o ministro Barjas Negri. (...) A gente tentou muito implantar, naquele período, a questão da saúde bucal, porque a gente achava que era importante! Então havia uma visão diferente na questão da saúde bucal. (...) Então a gente decidiu que a saúde bucal era muito específica: eu precisava de dentistas e dentes.” (E15)

Em que pesem as comemorações e congratulações quanto às conquistas alcançadas pela Odontologia, os representantes das demais profissões questionaram a movimentação isolada da saúde bucal, e indagaram o Ministério da Saúde sobre o diferencial dado a esta categoria.

Neste sentido, com o processo de expansão do Saúde da Família a todo vapor, e com o precedente da inserção dos profissionais da Odontologia na APS, as demais entidades profissionais voltaram a pressionar o Ministério para inserção nestes serviços das outras profissões até então não integrantes das equipes de atenção básica. As reivindicações chegavam ao Ministério das mais diversas formas, seja por meio de intervenções diretas dos representantes das entidades junto à Alta Gestão do Ministério, seja por intervenções indiretas, via Legislativo.

Entretanto, as reivindicações das categorias não foram suficientes para subsidiar o processo decisório do Ministério, seja por carecerem de elementos relacionados ao impacto financeiro das propostas, seja pelo fato de que a maioria das propostas representava apenas os interesses corporativos (e isolados) de cada profissão. Ou seja, não foi apresentada uma proposta de equipe multiprofissional que atendesse às necessidades ampliadas de saúde da população e do próprio SUS – elemento central que permeava o debate interno no Ministério da Saúde –, mas sim propostas isoladas de inserção de um ou outro núcleo profissional, as quais estavam fundamentadas no quantitativo de profissionais de saúde disponíveis no mercado (“mão de obra ociosa”) e/ou na carência de postos de trabalho. Uma das fortes categorias que pressionou intensivamente o Ministério à época foi a classe de médicos

pediatras, por meio da Sociedade Brasileira de Pediatria. No entanto, as propostas foram sucessivamente recusadas pela equipe gestora do Ministério da Saúde.

“A gente nunca foi muito convencido do por que da Odontologia ter que estar no básico [na Atenção Básica]. E a gente só entendia que a Odontologia estava ali porque realmente ela tinha muito mais participação na Câmara Legislativa, no Senado Federal e nos cargos políticos do Ministério da Saúde! Isso era uma verdade e é uma verdade até hoje!” (E13)

“Quando a saúde bucal entrou, os outros profissionais começaram a pressionar as categorias. (...) Chegava por meio de ofício dos conselhos, do Conselho Regional de Psicologia, do Conselho Regional de Nutricionistas, projeto de lei da Câmara, do Senado.” (E11)

Vale destacar que esta defesa “encarcerada” de cada categoria perpassava os espaços de diálogo entre as profissões, mesmo que de forma acobertada, como no FCFAS e no FENTAS:

“Ninguém diz assim: *‘eu sou muito mais importante do que você’*, mas quando pega a palavra, o discurso é *‘olha, nós somos importantes por isso e isso’*. Cada fala é mais veemente, então fica na base do discurso mesmo. (...) É uma coisa muito velada, talvez até dissimulada, mas não era de nenhuma forma pacífica, *‘se tiver que ter lá é você, eu abro mão e tal’*. Isso não existe nos fóruns, assim como não existe em nenhum espaço. Até a disputa pela vaga naquele fórum é uma coisa acirradíssima! Parece que é uma vaga para presidente da república! (...) É claro que a gente concorda no atacado, no princípio de que saúde é direito de todos, com as atenções todas. No varejo, sem dúvida cada um defende o seu. A gente ainda não chegou nesse nível de evolução, de condescendência em relação à ocupação de espaço, até porque eu acho que todos os representantes ali sabem que têm milhares de olhinhos atrás dele pra saber o que ele defendeu e o que ele não defendeu.” (E13)

No âmbito desta discussão, é importante ressaltar que data deste período o início do debate em torno do Ato Médico, quando foi apresentado no Senado Federal, em 27 de fevereiro de 2002, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 25, de autoria do médico e então senador da República Geraldo César Althoff (PFL-SC), bem como o PLS nº 268, de autoria

do então senador Benício Parente de Sampaio (PPB-PI), apresentado em 12 de dezembro de 2002^{2,3}.

A discussão em torno do Ato Médico figurou (e ainda figura) um importante paradigma aristotélico, denominado por Bourdieu como campo disciplinar, o qual delimita a distinção entre aqueles que pertencem ao campo e, assim, são autorizados a exercer as especialidades do campo, e aqueles desautorizados a pertencer, conseqüentemente excluídos da possibilidade de exercer a disciplina do campo (BOURDIEU, 2001).

Diversos autores têm criticado o caráter corporativo e de reserva de mercado da Medicina através do Ato Médico, considerando-o um retrocesso frente aos avanços conquistados com a emergência da Saúde Coletiva, representados especialmente pelas práticas multi/transdisciplinares e pela redefinição do conceito de saúde a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (BARROS DE MELO; BRANT, 2005; GUIMARÃES; REGO, 2005; ACIOLE, 2006; NICARETTA, 2010).

Com a aprovação do PLS no Senado, por volta de 2006, diversos movimentos contra o Ato Médico foram disparados em todo o País (Figuras 1, 2 e 3), coordenados, sobretudo, pelos conselhos de classe, sindicatos e associações profissionais. Em contraposição ao Projeto de Lei, diversas categorias profissionais se mobilizaram fortemente, e travaram uma luta corporativa que perdura até os dias atuais (Figura 4).

² Os dois Projetos de Lei do Senado nº 25 e nº 268 foram tramitados em conjunto por conterem ementas semelhantes. O PLS 268/2002 originou o PL 7.703/2006, conhecido como o Projeto do Ato Médico, o qual foi transformado na Lei Ordinária 12.842/2013, cuja aprovação **com vetos da presidenta Dilma Rousseff** foi publicada em **10 de julho de 2013** (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm; <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/49554>; <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=339409>; <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/53750>; <http://legis.senado.leg.br/diarios/BuscaDiario?tipDiario=1&datDiario=12/12/2002&paginaDireta=25485>).

³ O PLS do Ato Médico foi apresentado, também, na última Reunião Ordinária do CNS de 2002 (126ª Reunião).



“Estudantes e profissionais de saúde que não são médicos fazem passeata em Salvador, no Dia Nacional de Mobilização contra o Ato Médico, Projeto no Senado que estabelece que são atos privatistas de médico a formulação de diagnóstico médico e a prescrição terapêutica das doenças.”

Figura 1. Notícia sobre mobilização contra o Ato Médico em Salvador/BA, veiculada no Jornal A Tarde no ano de 2004.



“Cerca de mil estudantes e representantes de 17 conselhos da área de saúde protestaram ontem diante do Congresso, contra o projeto conhecido como Lei do Ato Médico, que restringe a atuação de enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais.”

Figura 2. Notícia sobre mobilização contra o Ato Médico em Brasília/DF, veiculada no Jornal de Brasília de 19 de setembro de 2004.



Figura 3. Notícia sobre mobilização contra o Ato Médico em João Pessoa/PB, veiculada no *Jornal O Norte* de 30 de setembro de 2004.



Figura 4. Notícia sobre mobilização contra o Ato Médico em Santa Catarina, veiculada no *Jornal de Santa Catarina* em 15 de março de 2010.

Aliado a este fato, na época o Ministério da Saúde não dispunha de verba suficiente para a contratação de profissionais de todas as categorias da área da saúde, e orientava os municípios que eles tinham autonomia para comporem suas equipes da forma que lhes fosse mais conveniente e viável, porém sem auxílio financeiro do Governo Federal. A mesma resposta fora transmitida aos representantes do Legislativo que buscaram o Ministério com a mesma demanda:

“A nossa resposta inicial era que o município podia inserir que profissionais ele quisesse. Só que, justamente por questões financeiras, a gente não tinha como inserir. Essa era a questão, era dinheiro mesmo! (...) Geraldo Resende⁴ era o campeão de botar projetos de lei pra inserção dos profissionais.” (E11)

Assim, até o final de 2002, quando o Ministério da Saúde esteve sob a gestão do ex-ministro Barjas Negri, não foi estruturada proposta institucional para viabilizar a ampliação qualitativa das equipes de Atenção Básica. Entretanto, se configurou um cenário de forte pressão de municípios e entidades profissionais para que o Ministério incluísse tal pauta na agenda da saúde.

4.2. 2003 a 2005: primeiros anos do Governo Lula e a estruturação da primeira proposta do NASF

De 2002 para 2003 importantes mudanças no cenário político nacional foram implementadas, com a eleição do novo presidente da República, Luis Inácio “Lula” da Silva, do Partido dos Trabalhadores – PT. Essa mudança veio acompanhada da expectativa de muitos agentes do campo burocrático de melhorias nos processos de gestão e decisão, em especial no setor saúde.

Com a chegada do presidente Lula ao poder, um importante movimento de transição no Ministério da Saúde foi realizado, pois muitos agentes do movimento sanitário, de expressivo capital social, militante e político, se incorporaram à Instituição, sobretudo em cargos da Alta Gestão. Assim, diversos processos foram “destravados” e extensas reconfigurações do Ministério foram operacionalizadas.

Uma das inovações no Ministério da Saúde que data deste período foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por meio do Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003⁵, cuja responsabilidade era de formular políticas públicas

⁴ O deputado Geraldo Resende Pereira, do Partido Popular Socialista (PPS-MS), foi um dos parlamentares mais acionados pelas entidades profissionais acerca da inserção de diversas especialidades na Atenção Básica. A Fisioterapia foi a primeira delas, tendo sido apresentado projeto de lei (PL 3.256/2004), de 30 de março de 2004, o qual versava sobre a obrigatoriedade do atendimento fisioterapêutico pelas equipes do Programa Saúde da Família e propunha a incorporação dos fisioterapeutas nestas equipes. O PL 3.256/2004 foi arquivado em 14/10/2009 por inadequação financeira e orçamentária. O texto na íntegra encontra-se disponível em: <http://www2.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=158569>.

⁵ Revogado pelo Decreto Nº 8.065, de 07 de agosto de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm. Acesso em 09 fev 2016.

orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.

“Em 2002, mudanças importantes no cenário político, mudança de gestão do Ministério. 2003 entra com uma grande expectativa no SUS, na população, que é a gestão do presidente Lula. (...) No final de 2002, na própria transição, [Jorge] Solla já participava, Ana Paula Sóter, que também vem a ser uma pessoa muito importante tanto no movimento sanitário em Pernambuco quanto no movimento sanitário nacional, e tantas outras pessoas que participaram desse processo de transição. (...) Até então não se tinha a definição de quem seria o ministro, muitas possibilidades e muitas especulações, mas nos últimos momentos mesmo, define Humberto Costa como ministro. E aí vem uma grande satisfação de Humberto ser o ministro, por toda a sua trajetória política e também profissional, como sanitarista, como uma pessoa também do movimento sanitário. (...) E aí, neste momento, o Ministério da Saúde sofreu várias mudanças. Foi criada a SGTES, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, a SAS tomou algumas outras configurações, foram criados outros departamentos que não existiam, e o DAB também sofreu algumas mudanças.” (E3)

No âmbito da Atenção Básica, diversos programas estavam sendo desenvolvidos, alguns deles, inclusive, concorrentes do orçamento disponível. Assim, percebeu-se a necessidade de elaborar uma política nacional que não apenas agrupasse as distintas iniciativas, mas revisasse muitas delas, com vistas a definir prioridades e otimizar os gastos públicos.

Para tal, em 2003 foi instituído um grupo de trabalho no Ministério da Saúde voltado à revisão do conjunto de portarias relacionadas à atenção básica, tendo como produto final – três anos depois – a elaboração da Política Nacional de Atenção Básica. Nesse grupo foram retomadas discussões em torno do papel da Estratégia Saúde da Família, da necessidade de expansão da sua cobertura e de implantação de iniciativas de qualificação da atenção.

Diante deste cenário, o Ministério reabriu o debate sobre a composição das equipes de Atenção Básica e sobre as estratégias para ampliar a resolubilidade e o escopo de ações desenvolvidas nos serviços dispostos neste nível assistencial. Este debate foi iniciado internamente, no âmbito do DAB, o qual, gradativamente, dialogou com as demais áreas técnicas do Ministério da Saúde, a fim de discutir a possível ampliação qualitativa das equipes de Atenção Básica.

“Tinha uma discussão com a saúde mental, totalmente separado. Tinha uma discussão de atividade física, que foi uma demanda do Ministério do Esporte diretamente com a Secretaria Executiva. Tinha uma discussão dentro da reabilitação, dentro da coordenação da atenção à pessoa com deficiência, pra reabilitação na atenção básica. Então a discussão era fragmentada. Na coordenação de gestão teve um momento que a gente concebeu de juntar isso e criar uma proposta de financiamento para equipes dessas três áreas que eram separadas da atenção básica.”
(E5)

Acredita-se que o diálogo com o Ministério do Esporte, mencionado na fala supracitada, tenha influenciado, de forma expressiva, a formulação de uma primeira minuta de portaria que versava sobre equipes multiprofissionais a serem incorporadas na Atenção Básica com vistas à concessão de suporte técnico às equipes mínimas, denominadas, à época, de **Núcleo de Saúde Integral (NSI)**. Estes Núcleos centrariam suas ações em três áreas específicas (saúde mental, reabilitação, e atividade física e saúde) e duas áreas interseccionais (alimentação e nutrição e serviço social), com o objetivo de avançar na consecução da Integralidade da atenção e da gestão em saúde e no aumento da Resolubilidade. O público-alvo da proposta eram municípios com 50 mil habitantes ou mais e que possuíssem pelo menos 10 equipes de saúde da família, salvo na Amazônia Legal, cujo mínimo seria de oito equipes de saúde da família.

As categorias profissionais contempladas na proposta do NSI eram: Educador Físico/Profissional de Educação Física, Monitores/facilitadores de práticas corporais, Assistente Social, Psicólogo, Psiquiatra, Fisioterapeuta, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Homeopatas e Acupunturistas, estando a cargo dos gestores municipais a definição da composição dos núcleos. A contratação destes profissionais poderia ser via administração direta (vínculo municipal) ou mediante convênios. A proporção de NSI por equipes de Saúde da Família era de uma para cada 10 a 12 ESF, e na Amazônia Legal era de uma para cada oito a 12 ESF.

No rol de atividades previstas estavam tanto ações de caráter assistencial quanto de promoção à saúde, ambas voltadas ao coletivo (atividades em grupo) e aos indivíduos. Adicionalmente, recomendava-se a priorização de atividades voltadas à população acometida por patologias. Aos municípios que aderissem à proposta dos NSI era previsto incentivo de implantação no valor de R\$ 1.000,00 por modalidade de ação, acrescido de parcelas de custeio mensais que variavam de R\$1.200,00 a R\$6.900,00. No tocante à relação do NSI com

outras políticas públicas, era prevista articulação com a PNPS e com a Política Nacional de Humanização (PNH).

Em uma das minutas de portaria de criação dos Núcleos são percebidos diversos elementos indutores da presença da Educação Física na proposta, especialmente através da modalidade Atividade Física e Saúde⁶ e da possibilidade exclusiva de implantação desta modalidade em municípios cujo sistema de atenção não estava organizado pela Estratégia Saúde da Família (as demais modalidades só poderiam ser implantadas caso a Atenção Básica fosse nos moldes da ESF).

Em paralelo, o Ministério da Saúde discutia a constituição de equipes de apoio em saúde mental, sendo esboçado um desenho localizado entre o CAPS e o Saúde da Família. Numa reunião extraordinária (24^a) do CNS, realizada em 2003, o então ministro Humberto Costa enfatizou a necessidade de garantir que a Atenção Básica ofertasse serviços de diagnóstico e acompanhamento na área de Saúde Mental, defendendo o PSF como a “*ponta de lança*” do Sistema de Atenção à Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) (APÊNDICE I).

A construção do NSI prosseguiu, tendo sido formuladas diversas propostas e formatos, que depois foram consolidadas e renomeadas de **Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF)**.

“Na realidade a primeira coisa que eu me lembro foi uma reunião no gabinete do Gastão com um representante do Ministério dos Esportes, dizendo que queria discutir como desenvolver a relação da atividade física no SUS. (...) A concepção da proposta original nasceu de 3 lugares: existia uma discussão na coordenação de saúde mental de ter uma equipe de apoio em saúde mental na atenção básica, que era uma coisa intermediária entre o CAPS e o PSF. E teve um momento nosso lá na coordenação de gestão de envolver a coordenação de reabilitação. (...) E aí a gente chegou a uma ideia de que devia juntar essas propostas numa proposta só.” (E5)

Considerando os diversos agentes envolvidos nestas discussões, aproveitou-se a bagagem de experiências profissionais anteriores de muitos deles para a construção da proposta do NAISF.

O médico sanitário, pesquisador e professor Gastão Wagner, que atuou como secretário executivo do Ministério da Saúde no período de 2003 a 2004, emprestou à

⁶ Minuta de portaria NSI, versão de 27 de agosto de 2004. Material do acervo pessoal de um dos agentes entrevistados.

formulação do NAISF as experiências vivenciadas desde 1989, quando esteve à frente da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP.

Em Campinas, outras profissões da área da saúde foram inseridas na APS, em um modelo de “equipes temáticas”, onde especialistas como psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais atuavam como “assessores” das equipes de Atenção Básica em casos de saúde mental. Com o desenvolvimento da proposta, houve ampliação dos profissionais das “equipes temáticas” e do escopo de ações da Atenção Básica: equipes de reabilitação física compostas por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e educador físico, e equipes de apoio matricial de saúde coletiva, denominadas de núcleos de apoio de saúde coletiva, os quais eram compostos por sanitaristas que atuavam no território desenvolvendo ações de vigilância e organização do trabalho das equipes. Em síntese, a ideia central da experiência de Campinas/SP foi implantar equipes de retaguarda especializada para auxiliar os profissionais das equipes de Atenção Básica nas demandas que os sobrecarregavam.

Esta experimentação, inclusive, deu início às principais pesquisas que caracterizam a trajetória do professor Gastão. Datam dessa época seus primeiros estudos teóricos sobre o trabalho interprofissional e o trabalho em rede, os quais deram origem à metodologia do apoio matricial proposta pelo pesquisador.

“Em Campinas eu fui secretário na implantação do SUS, em 1989, 90, 1991. (...) A gente nem tinha o Programa de Saúde da Família ainda, mas tinha a ideia de rede, de sistema, e Campinas era uma das cidades do Brasil que tinha uma tradição em atenção básica anterior. (...) E nessa época aqui a gente achou que só o médico, o enfermeiro, o agente visitador – na época chamava assim –, não eram suficientes e a gente tinha que ter outros núcleos, outras profissões na atenção básica. A gente começou pelos que tinham maior demanda, os que a equipe da atenção básica tinha maior dificuldade, que foi saúde mental. Então o pré-NASF de Campinas eram equipes temáticas. (...) E a gente foi desenvolvendo essa metodologia de trabalhar no território, na atenção básica, de especialistas. Baseado nas experiências que a gente tava fazendo, eu comecei a fazer pesquisas, estudos teóricos sobre o trabalho interprofissional, o trabalho em rede, e propus essa metodologia do apoio matricial. Que era essa metodologia de personalizar as relações interprofissionais, de compartilhar o atendimento entre profissionais e entre as equipes, mas também com os usuários, ou seja, a gente tentava superar aquela burocracia do referência e contra-referência. (...) Foi um trabalho de pesquisa assinado, mas ao mesmo tempo um trabalho coletivo de experimentação.” (Gastão Wagner, em 15/09/2015)

Por questões políticas⁷, no entanto, a incorporação da experiência de Campinas na proposta do NAISF sofreu resistências ao interior do Ministério da Saúde. Na época que Gastão Wagner era secretário executivo havia disputas com alguns agentes do campo burocrático e do campo político, os quais vetaram, na primeira proposta concebida entre 2000 e 2005, quaisquer elementos que sinalizassem semelhanças com a experiência de Campinas – ou “a experiência do professor Gastão” –, dentre os quais o conceito de clínica ampliada, clínica compartilhada, a ideia de apoio matricial e/ou apoio institucional.

“Construída a proposta, a segunda etapa era negociar. Uma das coisas foi esquecer essa ideia de apoio, porque parecia a cara do Gastão. Tinham uma resistência ao Gastão, então aquela palavra apoio caiu. Eu sentia que tinha uma resistência ao Gastão e pensava em como manter a proposta, então tira o apoio pra não parecer que é dele, porque a gente quer que a coisa saia. Então a gente acabou construindo esse nome, de atenção integral. Mas não era esse o nome, era apoio mesmo! Mas foi um jeito da gente enfrentar a resistência à ideia de apoio, de apoio matricial. (...) Existia resistência porque o Gastão era o secretário executivo, e essa proposta saíria da SAS.” (E5)

Dentre as questões explicitadas pelos agentes, estava a não aceitação da proposta de colegiado gestor na relação interfederativa sugerida por Gastão para a Alta Gestão, bem como as divergências relacionadas às prioridades eleitas pelo Ministro no início da gestão. Segundo ele, o convite para assumir a Secretaria Executiva veio acompanhado de um cardápio de propostas, as quais não se mantiveram quando do início dos trabalhos:

“Eu propus a ele [ao ministro Humberto Costa] pra gente ter colegiados no Ministério, pra usar a lógica do apoio. Mas ela não foi aceita, porque ela se conflita muito com a visão estratégica. (...) O que mais me incomodou na história da minha vida foi esse episódio: eu, na campanha do Lula, nessa que ele foi vitorioso, de 2002, coordenei a área da saúde, inclusive o seminário pra definir a plataforma do Lula, a construção do projeto. (...) Quando eu fui chamado, eu fui com esse

⁷ Um dos conflitos políticos que acirrou o embate entre o professor Gastão e outros agentes do Ministério da Saúde está relacionado à chamada *Operação Vampiro*, deflagrada pela Polícia Federal no dia 19 de maio de 2004 em Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo, e que resultou no cumprimento de 17 mandados de prisão por acusações de fraude em processo de licitação de hemoderivados no Ministério da Saúde. As investigações começaram em março de 2003, a pedido do então ministro Humberto Costa, e dentre os presos na Operação estavam seis funcionários do Ministério da Saúde. (Fonte: <http://www.pf.gov.br/agencia/estatisticas/operacoes/2004-e-2003>). Gastão referiu ter feito denúncias à época, o que gerou “um mal estar interno” e a produção de relatórios e auditorias contra ele, que culminaram no seu afastamento definitivo do Ministério.

programa. Cheguei lá, o Humberto Costa disse ‘não é bem assim não’, isso é muito amplo, nós vamos definir quatro prioridades e esses vão ser nossos eixos. (...) Era Farmácia Popular, o Brasil Sorridente, o SAMU e uma coisa chamada QUALISUS. (...) Eram essas quatro[prioridades]. E o resto era o resto! Aí eu virei fera! (...) Enfim, um monte de conflito. E esses conflitos foram se acentuando até que ficou inviável. (...) Eu tava incomodado também com os padrões de gestão, muito clientelista, muito da politicagem partidária.” (Gastão Wagner, em 15/09/2015)

Considerando o expressivo volume de capital científico e de capital simbólico de Gastão, bem como sua elevada influência ao interior do Ministério da Saúde enquanto Secretário Executivo, que lhe conferiu considerável volume de capital burocrático, e tendo em vista, ainda, ser um importante agente do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e do campo militante da Saúde Coletiva, muito da teoria formulada por ele foi absorvida, anos mais tarde, na proposta final dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Muitos agentes, inclusive, referiram ter incorporado sua produção teórica na proposta do NASF (apenas em 2008) por admirarem seu trabalho, sua trajetória e, em alguns casos, por terem relação direta (no campo científico) com o pesquisador (enquanto orientandos ou membros dos grupos de pesquisa liderados por ele).

Bourdieu (2014) defende significativa propensão do capital cultural a funcionar como capital simbólico, conferindo ao agente detentor natural deste capital alguma autoridade legítima. Assim, dirigentes que detêm alguma autoridade relacionada à ciência ou à cultura são geralmente reconhecidos como dignos do exercício do poder em nome de competências legitimadas como naturais, como virtude ou como mérito.

“(...) A gente propôs isso lá, mas teve muito atrito, sabe? A equipe do DAB nessa época tinha muito atrito comigo e com o povo de Campinas. (...) Eles proibiram documentos do Ministério, do DAB, de usar o conceito de clínica ampliada, compartilhada. (...) Aí em 2008 o DAB muda, muda a gestão, aí eles põem Núcleo de Apoio e usam o conceito de apoio matricial (...) Quem influenciou mais a construção do NASF foi a equipe que trabalhava com apoio matricial em Campinas. Tô me lembrando do Gustavo Tenório, mas são várias outras pessoas. A Florianita Coelho, da saúde mental. (...) Enfim, várias pessoas daqui participaram dessas comissões. Tanto dessa época [2003-2004], que não estavam desistindo, que não jogaram a toalha, que não saíram, e depois quando é retomado na gestão seguinte.” (Gastão Wagner, em 15/09/2015)

Experiência semelhante à vivenciada em Campinas foi relatada pela médica sanitária Socorro Matos, em São Paulo. Sob a condução do sanitário David Capistrano, foram implantadas na Atenção Básica, nos primórdios do Saúde da Família, equipes de apoio em saúde mental, reabilitação e HIV-AIDS, numa perspectiva de ambulatório de especialidades.

A experiência de criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos/SP também foi relatada por Socorro Matos como uma experiência precursora do NAISF-NASF. Os NAPS eram serviços de saúde mental voltados ao cuidado de usuários e seus familiares, com ações de integração social (cooperativas) e atividades de lazer e cultura, numa perspectiva de desmanicomialização.

“Nós implantamos, por exemplo, equipe de saúde bucal, que o Ministério ainda não financiava. Não tinha nenhum serviço de saúde mental, então nós começamos a discutir equipe de saúde mental de apoio à Saúde da Família. Não tinha nenhum serviço de reabilitação. Então tínhamos um serviço de referência em reabilitação e uma equipe de apoio em reabilitação às equipes de Saúde da Família. (...) Então nós começamos a fazer um PSF com a ideia de integralidade. Tinha uma unidade bem estruturada, com pessoal administrativo, com diretor de unidade, com equipes, estruturamos um ambulatório de especialidades de referência. (...) Eles trabalhavam os casos graves, que era uma coisa que a gente trouxe pra proposta inicial do NASF. (...) Era uma proposta bem contra-hegemônica dentro da Secretaria do Estado. (...) Esse projeto começou no início de 98.” (Socorro Matos, em 25/05/2015)

A gestora do SUS e médica de família e comunidade, Tânia Walzberg, também agregou elementos de suas vivências profissionais na formulação da primeira proposta, em especial as que experimentou em Florianópolis/SC durante curso de residência multiprofissional, e em São Paulo, durante estágio optativo da Residência. Relatou, ainda, que estes elementos foram agregados ao processo de construção da proposta do NASF a pedido da equipe gestora do DAB.

“A nossa coordenadora, a Socorro [Matos], solicitou que nós, nas nossas experiências, buscássemos nos municípios geralmente maiores o que é que já havia. Por exemplo, ver lá em São Paulo se tinha alguém, além da saúde da família, fazendo alguma coisa de apoio, de matriciamento, que tivesse ajudando as equipes em algum aspecto específico. (...) Aí eu falei de Florianópolis, que foi minha experiência durante a residência. Nós tínhamos uma psicóloga, porque era uma residência multiprofissional, e uma nutricionista. Lá em São Paulo o médico de uma das equipes era psiquiatra, então ele apoiava um pouco as equipes nessa área, era

apoio mesmo, porque ele não assumia os pacientes, graças a Deus ele tinha isso bem claro.” (Tânia Walzberg, em 15/09/2015)

A pediatra e sanitarista Afra Suassuna relatou que uma importante experiência incorporada à construção do NAISF foi experimentada por Reneide Muniz no município de Camaragibe/PE.

“Reneide [Muniz] foi uma pessoa fundamental nessa discussão para a implantação do NASF. Reneide tinha sido secretária municipal de saúde de Camaragibe, que vinha com uma história de implantação da reabilitação comunitária, tinha uma estrutura muito boa de saúde mental na atenção primária, e ela foi uma pessoa chave para estar conduzindo essa discussão da implantação dos NASF.” (Afra Suassuna, em 27/11/2014)

Outra experiência agregada à construção do NAISF foi a vivenciada pelo médico e ex-diretor do Departamento de Atenção Básica, Luis Fernando Rolim Sampaio, e de seu assessor, o médico e gestor do SUS, Berardo Augusto Nunan, nos municípios de Brumadinho/MG e Contagem/MG. Nestes municípios foram montadas equipes de retaguarda especializada para dar suporte às equipes de Saúde da Família, numa perspectiva de matriciamento de saberes e práticas, em especial nas demandas de maior dificuldade clínico-assistencial das equipes.

“Lá em 94, 95, nos primórdios do Saúde da Família, as primeiras equipes de Brumadinho, que foram as primeiras equipes de Minas Gerais na época, e certamente do Brasil, já tinham profissionais que não só médico e enfermeiro. (...) Depois disso eu saí de Brumadinho e fui secretário em Ibiá e em Contagem. Em Contagem a estrutura da cidade já permitiu a gente trabalhar com uma lógica, com um desenho de matrizes. Então no distrito sanitário tinham equipes de apoio que atendiam áreas mais específicas do tipo saúde mental. Então tinha psicólogos e psiquiatras apoiando as equipes de reabilitação.” (Luis Fernando Rolim, em 16/10/2014)

“O Luis Fernando era o secretário de saúde de Contagem. (...) E a gente já tinha estruturado centros de referência em especialidades básicas, que eram os ginecologistas, pediatras, assistentes sociais, psicólogos que estavam ali. (...) E aí começou a trabalhar um pouco o matriciamento. (...) Tinha um trabalho grande de responsabilização da Saúde da Família, então os profissionais tentavam ser

resolutivos o máximo possível, encaminhar o mínimo possível. (...) Eu entendo que esta experiência foi fundamental pra proposta de implementação do NASF.” (Berardo Nunan, em 28/08/2014)

Experiência semelhante foi relatada pela enfermeira e representante do CONASS, Maria José Evangelista, vivenciada em Aracaju, onde foram contratados especialistas para treinar e apoiar as equipes de atenção básica.

Outra contribuição para a formulação do NAISF foi a experimentada em Sobral/CE, quando um importante movimento relacionado à residência multiprofissional em saúde foi implantado no município, por volta de 2001. Por acreditarem que a equipe mínima era insuficiente para atender a todas as necessidades de saúde da população, foram inseridas outras categorias profissionais da área da saúde por meio de residência multiprofissional.

Na tentativa de identificar outras experiências de inserção de categorias profissionais na Atenção Básica, o Ministério da Saúde realizou diversas oficinas e seminários em todas as regiões do País. Estas experiências compuseram a discussão em torno da emergência dos NAISF e serviram de subsídios para o esboço da primeira proposta, juntamente com os produtos das diversas reuniões envolvendo o grupo de gestão e as áreas técnicas do Ministério da Saúde, além do CONASS e do CONASEMS.

O cenário internacional, caracterizado pelos movimentos em prol da Promoção à Saúde, com destaque para a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (WHO, 2004), também influenciaram os debates em torno da construção do NAISF.

“Fomos ver quais que eram os profissionais que porventura caberiam nessa conformação das necessidades. E essas necessidades foram buscadas ouvindo, porque já tinham iniciativas. Foi uma grande consulta pras cinco regiões do País. Não foi nada de gabinete, como muita gente pensa e acha. Nós ouvimos, foram muitos seminários, encontros, apoiadores institucionais, foi um mutirão de pessoas trabalhando, na verdade, pra ajudar a desenhar o máximo do NAISF.” (E14)

“A gente fez oficinas, não pensamos em construir entre nós a proposta e depois jogar lá, porque os municípios têm experiências! Fomos identificar experiências importantes em cada área dessas, fazer oficinas, e fomos envolver os estados e municípios que já estavam desenvolvendo na construção dessa proposta. Foi isso que a gente fez.” (E5)

“Dentro do Ministério tinham outras coisas a serem discutidas, a questão da Estratégia Global, que fala da questão da alimentação saudável, atividade física. Isso tudo tava rolando dentro do Ministério. Tem a questão da saúde do idoso, saúde mental. Então a gente está aqui com um monte de coisa que dá pra fazer uma costura. (...) Então começou aquela coisa a ir se delineando, as coisas foram começando a encaixar, aí a gente começou a produzir os documentos.” (E11)

Os espaços do FCFAS e do FENTAS, que precediam as reuniões do Conselho Nacional de Saúde, também foram utilizados pela equipe técnica do Ministério da Saúde para apresentar e discutir a proposta, tendo em vista a presença de representantes dos diversos conselhos profissionais da área da saúde. Tal aproximação foi reconhecida positivamente pelos agentes de ambos os espaços, tendo sido apontada por um dos agentes que a proposta apresentada já estava bastante evoluída e que “*é um crédito que nós temos que dar pro Ministério.*” (E10)

O tema também foi conteúdo da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003. Uma das diretrizes relacionadas à Atenção Básica foi criar e assegurar incentivos técnicos e financeiros, pelas três esferas do governo, para a implantação de equipes multiprofissionais de apoio às equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades locais (ex.: nutricionista, psicólogo, assistente social, odontólogo, cirurgião dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, fonoaudiólogo, entre outros), organizadas em unidades de referência e contratadas por meio de concurso público ou da complementação salarial de profissionais concursados. Nesta Conferência foram aprovadas moções que recomendavam a inclusão do farmacêutico nas unidades básicas de saúde, bem como a implementação de equipes interprofissionais para assegurar a integralidade das ações de saúde. Além disso, foram proferidas quatro moções de repúdio ao Projeto de Lei do Ato Médico (BRASIL, 2004) (APÊNDICE H).

Tomando como base esse conjunto de experiências e o produto desses espaços de discussão, uma primeira proposta foi desenhada, porém foram feitos ajustes em virtude tanto da dotação orçamentária para a pauta quanto em virtude de importantes divergências no processo de formulação.

Perceberam-se turbulências e ponderáveis dissensos, sobretudo no que diz respeito ao foco de atuação das equipes. O “grupo de Campinas”, liderado pelo professor Gastão, e endossado por agentes como Tânia Walzberg e Socorro Matos, defendia uma perspectiva de apoio às equipes de Atenção Básica, de equipe de retaguarda especializada que atuasse

majoritariamente junto aos profissionais, numa lógica de matriciamento de saberes e práticas. Já o “grupo de Pernambuco”, conduzido pela médica Afra Suassuna, e com o aval político do então ministro da saúde (Humberto Costa) e o reforço do “grupo da Bahia”, este liderado por Jorge Solla (então secretário da SAS), advogava um modelo de cunho assistencial, voltado à atenção/cuidado direto aos usuários dos serviços, cujas necessidades de saúde não eram supridas pelos profissionais da equipe mínima.

Outro embate relatado ocorreu entre as áreas técnicas do Ministério, que se mostraram contrárias à ideia de apoio do NAISF, seja por disputa orçamentária com a nova proposta seja pelo desejo de serem protagonistas dessa inovação.

Diversos embates experimentados na formulação da proposta também se deram nos espaços da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde, onde disputas relacionadas à composição das equipes, à carga horária, à questão salarial dos profissionais e ao impacto financeiro da proposta para estados e municípios se apresentaram muito fortemente.

“Tinha uma resistência à ideia de apoio dentro do próprio departamento: como iria financiar a incorporação de outros profissionais quando a gente ainda não tinha uma cobertura boa? Aí você vai pegar parte do recurso que é destinado à expansão do Saúde da Família e vai inserir novos profissionais? A gente vai acabar dividindo. Isso não chegava a ser bem formalizado, verbalizado, mas tinha uma ideia de que Saúde da Família não era isso aí, era equipe. E tinha também uma resistência, meio velada também, da saúde mental, que como a gente apresentou a ideia de juntar tudo pra ter força, que viesse uma proposta pra juntar tudo e ampliar a integralidade da atenção do Saúde da Família, você dilui, não tem o protagonismo.” (E5)

“No Conselho, muita divergência. Porque tinha muita questão de carga horária desses profissionais dentro do núcleo. (...) E aí tinha uma forte pressão tanto dos enfermeiros quanto dos farmacêuticos pra essa discussão da carga horária. Foi bem complexo! (...) E obviamente com as diferenças salariais o incentivo era assim: *‘vai pagar quanto a quem? Vai ser quanto? Quanto que isso vai representar de impacto?’* Claro! É uma conta que tinha que ser feita pelos gestores, isso tinha que ir pro CONASS, pro CONASEMS, sem dúvida nenhuma! (...) Isso foi um grande, não digo dificultador, mas um limitador da questão temporal para a gente negociar o NAISF.” (E3)

Na perspectiva de reforçar a relevância de contemplar uma ou outra profissão no NAISF, uma prática comumente realizada por representantes das entidades profissionais foi

uma aproximação com os gestores municipais e estaduais, no intuito de “apresentar” a profissão e convencê-los sobre os benefícios de se ter esta ou outra categoria na equipe NAISF. Também se utilizou o espaço do Conselho Nacional de Saúde para “ganhar o voto” dos usuários em favor de determinada categoria.

“Tivemos muitos trabalhos em congressos do CONASEMS. A gente ia lá com o material, stand, fazia não um *lobby*, porque a palavra pode ser pejorativa, mas o *advocacy* mesmo, sensibilizando esses gestores. (...) Então tinha que ter um convencimento pessoal de por que esse profissional teria que estar mais acessível na saúde pública de uma forma geral. Então nesses espaços a gente fazia essa defesa e também com o CONASS. Onde tinha gestor municipal e estadual da área de saúde a gente se fazia presente para poder dar o recado! (...) Antes de levar para o Conselho Nacional um debate desse, a gente tentou uma harmonia com os trabalhadores nesses fóruns do FENTAS, depois tentou-se com os usuários. É óbvio que a gente não vai, numa reunião, do nada, sem ter articulado antes a posição dos usuários” (E13)

Outro ponto extensivamente debatido na CIT dizia respeito à abrangência do NAISF. Tendo em vista o modelo construído até então e apresentado neste espaço, que exigia de nove a onze equipes de Atenção Básica para cada NAISF, bem como a limitação da adesão ao NAISF aos municípios com mais de 40 mil habitantes, diversos municípios da região Norte queixaram-se deste ser um modelo excludente, visto que nem possuíam a densidade populacional nem o quantitativo de equipes de saúde exigido para aderirem ao NAISF.

Durante o ano de 2004 o Ministério da Saúde utilizou o espaço de reuniões do CNS para apresentar a proposta em construção, a qual era referida como “*equipes matriciais de apoio, visando a resolubilidade no âmbito da saúde mental, da reabilitação, atividades físicas e práticas complementares*”. Em uma das reuniões (147^a), inclusive, o ministro Humberto introduziu a ideia do NAISF: “*Estamos trabalhando uma proposta de construção de um núcleo de atenção integral à saúde da família, que seria uma espécie de referência para o Programa de Saúde da Família e envolveria outros profissionais como assistentes sociais, profissionais da área de psicologia e nutrição. Enfim, a ideia é incorporar as atividades físicas dentro deste núcleo.*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a; b) (APÊNDICE D).

Em paralelo, os agentes que representavam as categorias profissionais continuaram disputando o espaço do NAISF, exigindo a inserção de suas respectivas especialidades na

proposta. Alguns agentes destacaram que este momento foi desarmônico, tendo em vista os diversos interesses corporativos que se apresentavam fortemente no debate.

Houve significativa pressão das especialidades relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares, especialmente devido à simultaneidade das discussões (à época se discutia a formulação de uma política de práticas integrativas e complementares). Vale destacar, ainda, que parte do segmento de médicos de família apresentou posição desfavorável à criação do NAISF, apesar de muitos agentes do campo burocrático que estavam à frente do Ministério da Saúde à época, inclusive liderando a formulação do NAISF, serem médicos de família e comunidade.

“Tem as pressões de corporações. O médico homeopata não entra, aí a gente tava no momento de elaboração da política de práticas integrativas e complementares querendo ganhar força. Então isso fortalecia muito a coisa de trazer a acupuntura e a homeopatia pra dentro do NASF. (...) As corporações e as associações profissionais vêm de forma direta. Porque depois vai pro Conselho de Saúde, o nacional, e ali se pega mais pesado. (...) Eu senti isso já nas discussões, porque ali trabalham farmacêuticos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, tem pessoas de todas essas áreas. Então tinha lá médico homeopata discutindo as questões da homeopatia na política, tava lá na coordenação discutindo a política, e claro que vai também tentar inserir isso. Então as pessoas vão puxando a sardinha.” (E7)

Entretanto, em que pesem as divergências e disputas, não houve resistência ou reprovação à proposta do NAISF: *“Praticamente havia um consenso em torno da proposta como ela estava.”* (E5). No âmbito do FCFAS, inclusive, as diversas categorias profissionais comemoraram a proposta, e buscaram integrar todos os espaços de diálogo em torno da formulação do NAISF: *“Vocês não entenderam, o Ministério da Saúde vai bancar o Núcleo! Isso foi um avanço, um avanço maravilhoso!”* (E10).

No que tange ao desenho, vale destacar que a proposta final de NAISF que prevaleceu e que foi defendida pelo “grupo de Pernambuco”, se aproximou das demandas apresentadas pelos secretários municipais e estaduais de saúde, tendo em vista privilegiar uma atuação assistencial das equipes.

“Ficou bastante claro pro Ministério que nós queríamos experiências de matriciamento ou de apoio mesmo, ainda que a pressão dos municípios nem sempre fosse nesse sentido. A pressão às vezes era assim: eu preciso de psicólogo porque eu tenho muitos problemas de saúde mental. Queriam pra atender, assumir, resolver e

depois devolver a pessoa sem problema de saúde mental pra equipe, ou sem obesidade, sem desnutrição.” (E16)

“Era muito da questão da assistência mesmo, nessa perspectiva. Então se precisasse, ele ia realmente pra unidade fazer uma consulta com o profissional, se o profissional necessitasse. A perspectiva era efetivamente essa, de dar assistência, de dar um apoio maior possível ao profissional que estava na Saúde da Família.” (E12)

No ano de 2005 diversas reuniões do CNS tiveram como ponto de pauta o NAISF. Numa das reuniões (151^a), os Núcleos foram citados como iniciativa do Ministério da Saúde para a otimização da atenção integral à saúde, destacando a fase de discussão da proposta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a). Apenas na 155^a reunião, realizada nos dias 8 e 9 de junho de 2005, a proposta final foi apresentada pelo então secretário da SAS (Jorge Solla) e pela então diretora do DAB (Afra Suassuna) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b) (APÊNDICE I). Em seguida à apresentação houve questionamentos dos conselheiros, todos a título de esclarecimento, não sendo apresentada nenhuma oposição ou crítica negativa à proposta. Foram apresentadas preocupações de alguns conselheiros no que diz respeito: a) à forma de contratação dos profissionais dos Núcleos (possibilidade de precarização dos vínculos), tendo sido a principal polêmica do debate; b) à proposta não contemplar questões de melhoria da estrutura das unidades de saúde; e c) à possibilidade de sobreposição entre os Núcleos (sobretudo a modalidade Saúde Mental) e os CAPS. O relato na íntegra da apresentação desta pauta está disposto no Anexo A deste trabalho.

O desenho final da proposta foi aprovado na CIT no início de 2005 (17 de fevereiro de 2005) e na reunião do CNS supramencionada (155^a). Foram consideradas áreas imprescindíveis para a efetivação do cuidado integral em saúde na APS: Alimentação/Nutrição, Saúde Mental, Atividade Física e Reabilitação; sendo estas definidas como as modalidades assistenciais dos NAISF (VÉRAS et al., 2007). Para atuar nestas equipes foram listadas algumas categorias profissionais, consideradas como essenciais para apoiar o trabalho desenvolvido pela equipe mínima de Atenção Básica.

Os NAISF foram constituídos como um arranjo organizacional voltado à garantia de suporte técnico às equipes de atenção básica em quatro áreas específicas (alimentação/nutrição e atividade física, saúde mental, reabilitação e atividade física), com o objetivo de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde. O público-alvo da proposta eram municípios com 40 mil habitantes ou mais e que possuíssem pelo menos nove equipes de saúde da família, salvo na Amazônia Legal, cujo mínimo seria de sete equipes de

saúde da família e 30 mil habitantes. Apenas na modalidade Atividade Física era permitida a implantação em municípios com atenção básica nos moldes tradicionais (não-ESF). As categorias profissionais contempladas na proposta do NAISF eram: nutricionista, profissional de Educação Física, instrutor de práticas corporais, assistente social, psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2005b).

Para fins de financiamento, era obrigatória a presença de nutricionista, profissional de Educação Física, instrutor de práticas corporais, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta. Os municípios poderiam compor os Núcleos com os trabalhadores da rede ou a partir da contratação de novos profissionais. A proporção de NAISF por equipes de SF era de uma para cada nove a 11 ESF, e na Amazônia Legal era de uma para cada sete a nove ESF. No rol de atividades previstas estavam tanto ações de caráter assistencial quanto de promoção à saúde, ambas voltadas ao coletivo (atividades em grupo) e aos indivíduos. A população a ser priorizada era majoritariamente aquela acometida por patologias.

Aos municípios que aderissem à proposta dos NAISF era previsto incentivo de implantação no valor de R\$ 1.000,00 por modalidade de ação, acrescido de parcelas de custeio mensais que variavam de R\$1.200,00 a R\$5.400,00. No tocante à relação do NAISF com outras políticas públicas, era prevista articulação com a PNPS e a PNH.

É importante ressaltar, no entanto, que durante todo o processo de formulação do NAISF não houve discussão com o setor Educação sobre esta pauta, ou seja, não houve diálogo com o Ministério da Educação (MEC) no intuito de problematizar, no âmbito da formação, o novo espaço que estava sendo constituído para inserção dos egressos dos cursos da área da saúde. Existia aproximação com o MEC para discussões de caráter geral, em relação às necessidades do sistema e à formação dos profissionais, mas não específicos ao debate sobre o NAISF. Vale destacar, inclusive, que essa aproximação se intensificou com a criação da SGTES.

As atas das reuniões do CNS corroboram com estes achados, já que não se observa, na análise destes documentos, qualquer integração entre a discussão do NAISF e a discussão em torno das mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área de saúde, apesar de terem sido debates contemporâneos (APÊNDICE I).

Neste sentido, considerando que a proposta do NAISF tinha importante grau de inovação, e que já havia, neste período, o reconhecimento, por parte de seus formuladores, de que ainda não se dispunha de perfil profissional adequado a essa nova estrutura, teria sido minimamente apropriado ampliar o debate realizado no âmbito da saúde de forma a abarcar a

área da formação. Uma articulação da SGTES com a Secretaria de Educação Superior do MEC, por exemplo, se mostraria bastante oportuna para o aperfeiçoamento da proposta.

“Uma discussão, uma aproximação com o MEC, especificamente por conta dos NASF, não! (...) Era mais em relação à própria formação médica, que eu acho que era a que mais se distanciava das necessidades do sistema. (...) Teve uma iniciativa muito interessante dessa gestão que foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, então foi quando a gente ainda aproximou por essas duas dimensões tanto com o MEC como com o Ministério do Trabalho. (...) Porque antes não tinha nenhuma articulação, nenhuma discussão, e com a criação da secretaria essa articulação se impôs, ela teve que ser realizada!” (E12)

Em 04 de julho de 2005 a Portaria 1.065, que instituiu os NAISF, foi publicada em um evento do PROESF, juntamente com diversas outras portarias relacionadas à Atenção Básica (Brasil, 2005b). Um dos agentes ressaltou que se vivia, nessa época, uma conjuntura bastante favorável para o êxito de iniciativas voltadas ao fortalecimento da Atenção Básica, e que este cenário se devia, em muito, à equipe que conduzia as ações no âmbito do Ministério da Saúde – dos técnicos aos dirigentes –, bem como à garantia de aporte financeiro para tais iniciativas.

Na ocasião do evento foi lançado o convite para experimentação do NAISF em Sobral, tendo em vista o *know-how* do município com as residências multiprofissionais. Entretanto, no dia seguinte à publicação da portaria 1.065, o ministro Humberto Costa foi exonerado do Ministério da Saúde e a portaria, bem como diversas outras que também haviam sido publicadas à época, foi revogada⁸.

A exoneração do ministro foi uma das ações da reforma ministerial⁹ do então Presidente Luís Inácio Lula da Silva, ocorrida em virtude da crise política vivenciada no País

⁸ http://ftp.mct.gov.br/Unidades/SECUP/GAB/UPS/Eletronico/2005/7%20-%20Julho/Se%E7%E3o%202/1_DOU2_14-07-05.pdf; http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1187_13_07_2005.html; http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1269_03_08_2005.html

⁹ A Reforma Ministerial no governo Lula, em 2005, foi desencadeada pelo agravamento da crise interna do PT, ocasionada pela forte pressão dos partidos da base aliada (em especial o PMDB) para ocupar cargos do Executivo. O objetivo da reforma foi recompor a base parlamentar no Congresso e tentar retomar a iniciativa política. Com a reforma, foram cedidos os Ministérios de Minas e Energia, Ciência e Tecnologia, da Saúde, das Cidades e dos Esportes, bem como outros cargos a frente de importantes estatais e reforço de pastas já comandadas por parlamentares peemedebistas. <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/humberto-costa-libera-r-18-mi-1.318459>; http://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2005/07/050713_diegolulafn.shtml; <http://noticias.uol.com.br/ultnot/efe/2005/03/22/ult1808u36915.jhtm>; <http://www.clicrbs.com.br/especiais/jsp/default.jsp?newsID=a905994.htm&template=3847.dwt§ion=Not%EDcias&espid=23>; <http://congressoemfoco.uol.com.br/noticias/reforma-ministerial-so-em-2005/>; <http://noticias.uol.com.br/ultnot/reuters/2005/07/05/ult27u49864.jhtm>; http://www2.eletrosul.gov.br/gdi/gdi/cl_pesquisa.php?pg=cl_abre&cd=ilkhXZ1@%7DWgl

neste período, e que exigiu renegociações com a base aliada, em especial com o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), e o consequente reforço da base de apoio do governo no Congresso Nacional.

Segundo alguns agentes, a portaria 1.065 foi revogada por não dispor de orçamento que viabilizasse sua execução. No entanto, outros entrevistados afirmaram que a revogação do conjunto de portarias, incluindo a Portaria 1.065, representou a “nova era” da gestão do Ministério da Saúde, assumido pelo médico e deputado federal do PMDB-MG, Saraiva Felipe¹⁰. Segundo atas do CNS, há registro de fala de agentes do Ministério explicitando a existência de recursos no orçamento de 2005 para a implantação de equipes NAISF (Anexo A).

“No final de junho vamos assinar a portaria. E aí as condições políticas do Ministério sofreram mudanças importantíssimas, e nós fizemos um evento da Atenção Básica que envolveu o PROESF, com financiamento do Banco Mundial. (...) E nesse evento do PROESF, que se eu não me engano foi dia 04 de julho de 2005, a portaria do NAISF foi assinada pelo ministro Humberto. Ela só não, Humberto assinou nesse ato muitas portarias, muitas relacionadas ao PROESF e outras não diretamente vinculadas à Atenção Básica, mas que tinham importância nesse ato. Então se fez um evento com a presença de CONASS e CONASEMS, vários municípios, as entidades, nós convocamos, nós convidamos. E foi com muita alegria que a gente finalmente assinou essa portaria.” (E3)

“Quando eu assumi [a diretoria do DAB], foi na mudança do ministro Humberto Costa. Foram revogadas cerca de 80 portarias que tinham sido publicadas em um mês. Várias por impasse financeiro, inclusive o NAISF, que tinha uma proposta efetiva, mas não tinha orçamento. Precisou de uma reavaliação da discussão do impacto orçamentário, da capacidade dos municípios de implantarem isso.” (E9)

“Como a saída do Humberto não foi programada, foi precipitada, claro que a gente também teve que antecipar algumas questões, como é o caso do NAISF, pra depois transformar em portaria. Mas tudo que a gente fez de portaria na época de Humberto tinha recurso disponível. Se foi revogada depois, foi por decisão política do novo ministro junto com o governo. Mas todas as portarias, inclusive a do NAISF que a gente publicou, elas estavam todas respaldadas com recurso que tinha. Não tinha nenhuma que tivesse sido lançada sem ter nenhum aporte financeiro.” (E12)

¹⁰ <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2005-07-14/saraiva-felipe-suspende-58-portarias-da-saude-por-30-dias>

4.3. 2005 a 2006: a reforma ministerial e o “vácuo” do debate sobre o NASF

No âmbito do CNS, após a saída de Humberto Costa e a revogação da portaria do NAISF, três reuniões realizadas durante a segunda metade de 2005 debateram pautas relativas aos Núcleos. Os conselheiros delegaram ao GT de Atenção Básica a tarefa de analisar e homologar o texto final, disposto na Portaria nº 1.065, com os adendos debatidos e incluídos na proposta oriundos da última reunião do Conselho. O Plenário destacou o capítulo que diz respeito à contratação de pessoal, por entender que os núcleos deveriam ser implantados nos municípios que assumissem o compromisso de contratar os servidores, conforme os dispositivos legais vigentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005c; d; e) (APÊNDICE I).

Com a reforma ministerial e o processo de transição da gestão do Ministério da Saúde, extensa modificação no quadro de pessoal deste Ministério foi realizada¹¹, tendo assumido o Ministério o médico mineiro José Saraiva Felipe. Neste período, a equipe que permaneceu tinha como principal preocupação a manutenção de projetos considerados vitais para o SUS, como a construção da PNAB e de outras políticas estruturantes.

A PNAB, publicada em 28 de março de 2006, representou a revisão de diversas normativas vigentes relacionadas à implantação e operacionalização da Atenção Básica, tendo sido revogadas 28 portarias. Também em 2006 foram publicadas a Política Nacional de Promoção da Saúde, em 30 de março de 2006, e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em 03 de maio de 2006.

“Apesar de manter dentro do governo do presidente Lula, houve uma mudança importante: o PT perde o Ministério da Saúde, o PMDB assume o Ministério da Saúde, cheio de vontade! E a primeira grande ideia foi ‘é hora de termos uma grande política nacional pra atenção básica’. (...) 2006 foi um ano muito profícuo, nós editamos três políticas irmãs mesmo, a PNAB, a PNPIC e a política de promoção da saúde. (...) E foi muito interessante porque a gente conseguiu construir três políticas centrais pro SUS, harmônicas, elas não eram esquizofrênicas entre si, à época. (...) A PNAB é um grande divisor de águas, um marco pra esse país, e inabalável!” (E14)

¹¹ <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2005-07-26/ex-ministro-de-sarney-e-novo-presidente-da-fundacao-nacional-de-saude>; <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/36/sumula/novo-ministro-novos-secretarios>

Vale ressaltar que apesar de agentes envolvidos nos grupos de trabalho para a elaboração das três políticas supracitadas também terem sido integrantes dos grupos de debate/formulação da proposta do NAISF, nenhuma das três políticas fez menção aos Núcleos, nem sinalizou elementos relacionados à ampliação das equipes mínimas e/ou ao debate da multiprofissionalidade/multidisciplinaridade na APS. O diretor da Atenção Básica à época justificou a ausência do NAISF nestas políticas por falta de previsão orçamentária para esta iniciativa.

No âmbito do CNS, ao longo do ano de 2006 diversas tentativas de retomar a pauta do NAISF foram realizadas, sendo contidas, sobretudo, pelos representantes do Ministério da Saúde. Numa das reuniões, inclusive, houve polêmica em torno da questão da contratação dos profissionais, com falas de conselheiros defendendo regimes sólidos e criticando as alterações na redação da proposta do NAISF. Um dos conselheiros explicou que a nova redação proposta precarizava as relações de trabalho. Em resposta, o então Ministro Interino da Saúde, **José Agenor Álvares da Silva**, manifestou-se nos seguintes termos: *“Eu gostaria de manifestar posição contrária a sua (...)”*. Em outra oportunidade (168ª reunião), o mesmo proferiu discurso que sinalizou uma possível retomada do debate: *“Os núcleos integrais de atenção à saúde, nós estamos estudando isso, porque para o Ministério poder cumprir com algumas das políticas, alguns dos compromissos que nós fizemos, nós estamos ‘cortando na carne’, estamos cortando o ‘filé mignon’, não é o osso, para podermos cumprir com essas obrigações, que são obrigações e responsabilidades que nós pactuamos aqui”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a) (APÊNDICE I).

Merece nota, ainda, um debate realizado em uma das reuniões ordinárias (166ª) do CNS, quando da apresentação da PNAB neste espaço, realizada pelo então diretor-adjunto do DAB (Antônio Derci). Durante a apresentação, não foi feita qualquer alusão ao NAISF, sendo o conteúdo da Política restrito à equipe mínima. Após a apresentação, diversos conselheiros criticaram a proposta, por defenderem que a estratégia maior de mudança de modelo era a visão da atenção à saúde de forma interdisciplinar. Os conselheiros apresentaram restrições à proposta de ruptura do atual modelo, por entenderem que não se rompia com um modelo aguardando a construção de outro, e que o PSF não trabalhava na lógica da interdisciplinaridade da saúde, por restringir-se ao olhar de três profissionais da saúde. Sugeriu-se que fosse constituída comissão para analisar o mérito da Portaria e adequá-la à linha de fortalecimento da atenção básica com caráter multiprofissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b) (APÊNDICE I).

No entanto, o representante do Ministério da Saúde respondeu aos questionamentos, ressaltando que a atenção básica reafirmava a necessidade de equipe profissional do SUS, mas em determinados momentos eram necessárias escolhas, acrescentando que para 2006 tinha sido priorizada a residência médica, pois, na opinião dos gestores municipais, a falta de médicos era o principal obstáculo para implantação das equipes e mudança do modelo assistencial. O debate prosseguiu com falas insistentes de conselheiros sobre a necessidade de organizar a atenção básica pensando-se na garantia de retaguarda para o PSF, tendo emergido, inclusive, questionamentos diretos sobre o andamento do projeto dos núcleos integrais de atenção à saúde, os quais foram respondidos com respostas evasivas por parte do representante do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a) (APÊNDICE I).

Assim, durante todo o período em que a pasta da Saúde esteve sob o comando dos ex-ministros Saraiva Felipe e José Agenor Álvares, o debate em torno do NAISF foi secundarizado e latente, não tendo sido observados avanços em sua formulação.

4.4. 2007 a 2008: a retomada do debate sobre o NASF e a gênese da política

Apenas em 2007, quando o Ministério já estava sob o comando do médico José Gomes Temporão, foi reativado o debate em torno dos Núcleos. Segundo um dos entrevistados, o debate ressurgiu em evento promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), onde o então ministro foi provocado pelos participantes sobre o andamento do NAISF. Em agosto de 2007 (176ª reunião ordinária) a proposta foi reapresentada em reunião do CNS, pelo então diretor do DAB (Luis Fernando Rolim) (Anexo B) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a) (APÊNDICE I).

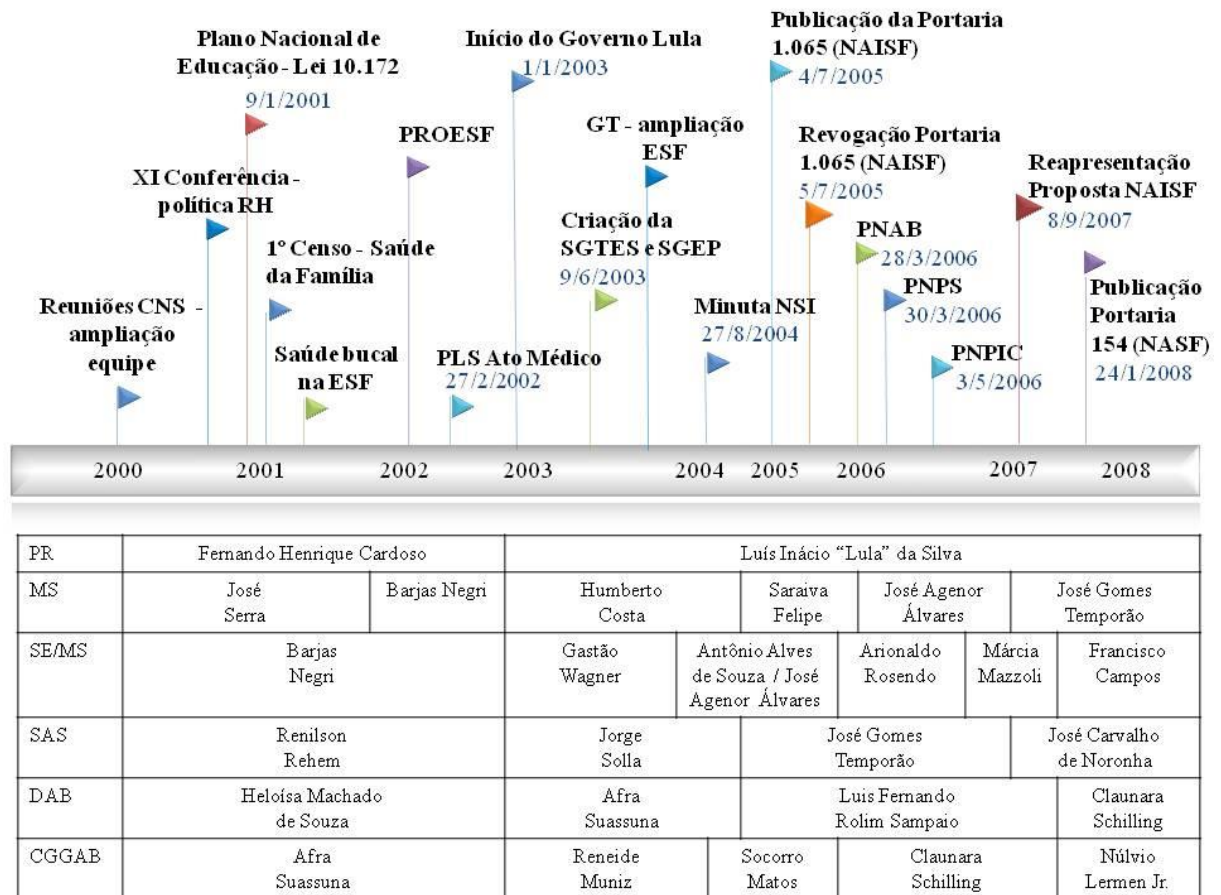
Para dar continuidade ao processo de construção, foi constituído um grupo ampliado, envolvendo representantes do Ministério, do CONASS, do CONASEMS e do CNS. Neste debate alguns elementos da proposta inicial foram perdidos, outros permaneceram e outros, ainda, estrearam. A ideia central da primeira proposta – atenção integral – foi substituída pela perspectiva de apoio/suporte às equipes, ou seja, o primogênito NAISF, renomeado agora de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, centraria suas ações no **apoio** às equipes de Saúde da Família, numa perspectiva de matriciamento de saberes e práticas, e não mais como equipe de **atenção**, com atividades assistenciais diretas aos usuários. Além disso, categorias

médicas, em especial aquelas relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares, foram incorporadas na proposta de equipes NASF.

A motivação da mudança do desenho residiu na constatação, por parte do grupo que rediscutiu a proposta, de que as demandas para as categorias inseridas na equipe mínima (médico, enfermeiro e dentista) diferiam das possíveis demandas para as demais profissões da área da saúde. Assim, entendia-se que não mais seria necessária uma ampliação de cada equipe mínima para atender a população, mas sim a conformação de equipes de referência ou retaguarda, que iriam atuar junto aos profissionais da equipe mínima numa perspectiva de apoio ao processo de trabalho e, eventualmente, em atendimentos diretos aos usuários dos serviços, a partir da própria demanda da equipe de Saúde da Família.

Neste sentido, na trajetória de construção do NAISF-NASF são claramente percebidos quatro momentos bastante distintos, nos quais se observou um conjunto de condições históricas de possibilidade para a gênese do NASF (Figura 5): um primeiro momento, compreendido entre 2000 e 2002, caracterizado pelas primeiras articulações em torno da necessidade de construção de uma proposta de ampliação das equipes de APS; um segundo momento, correspondente ao período de 2003 a 2005, que apresentou como produto final o NAISF, cujo desenho era centrado em ações de caráter curativo e individual, com foco na integralidade da atenção, e desenvolvido por equipes com composição previamente definida; um terceiro momento, de 2005 a 2006, caracterizado pela revogação da portaria que instituiu o NAISF e por um “vácuo” no debate acerca da ampliação das equipes de APS; e um quarto momento, compreendido entre 2007 e 2008, que resultou no NASF, cuja proposta centraria suas ações no apoio às equipes de Saúde da Família, numa perspectiva de matriciamento de saberes e práticas.

A figura abaixo sintetiza os principais acontecimentos ocorridos no período compreendido entre 2000 e 2008 que tiveram relação com a construção da proposta do NASF, bem como ilustra os agentes que dirigiam o País (Presidente da República) e alguns setores do Ministério da Saúde.



PR = Presidente da República; MS = Ministro da Saúde; SE = Secretário(a) Executivo(a); SAS = Secretário de Atenção à Saúde; DAB = Diretor(a) de Atenção Básica; CGGAB = Coordenador(a)-geral de Gestão da Atenção Básica.

Figura 5. Linha do tempo da construção do NASF, de 2000 a 2008, e respectivos dirigentes nacionais. A gênese do NASF. Brasil, 2016.

Entre as propostas do NAISF e do NASF é percebido importante distanciamento de desenho. Um dos agentes entrevistados, o qual participou tanto da formulação da primeira proposta quanto da segunda, destacou que a incorporação de especialidades médicas no NASF foi uma das principais mudanças percebidas a partir da proposta original. Esta incorporação foi relatada como sendo resultado tanto de demandas dos municípios, através do CONASEMS, quanto do desejo do próprio Departamento de Atenção Básica, em especial da área técnica das Práticas Integrativas e Complementares.

“Depois que Saraiva assumiu, acabou, nem se falava. Aí, mais na frente, num encontro que teve da ABRASCO, acho que já era o outro menino, o Temporão, uma colega da gente que tinha trabalhado nessa discussão estava lá no evento e teve uma pergunta sobre a questão do NASF, se ele não ia retomar a questão do NASF, e ele

fez: ‘*não, eu acho bom, entretanto, num sei o quê*’ e ela aproveitou. Aí pronto, acho que foi no governo de Temporão que retomou essa discussão e aí saiu essa coisa que saiu.” (E11)

“Do núcleo integral de atenção para o núcleo de apoio à saúde da família muda. Muda porque o NAISF tinha uma perspectiva de atenção. Então tinha uma dupla perspectiva que era não de porta aberta, mas semiaberta. Porque, claro, se você vai atender, você tem que ter agenda. E se você vai ter agenda, ou ela é uma agenda que é feita com a porta que eu abro, ou é uma agenda que é referenciada de alguém, mas é uma agenda minha, profissional, desse lugar, fazendo agenda com essa pessoa. Nós mudamos um pouco esse entendimento pra o que se tem de NASF. Não que a criatura não possa ter agenda, não é isso. Mas a última coisa que ela vai pensar na vida é ter uma agenda. No caso anterior, era a primeira coisa. Entende? Então muda completamente o conceito.” (E14)

“Se você olhar o NAISF, tá menos desenvolvida a ideia do trabalho colaborativo, do dialógico, dos diversos papéis, de educação permanente, de intervenção coletiva. Está mais presente a intervenção individual, separada (...) Essa estratégia metodológica colaborativa tá menos desenvolvida no NAISF, e com o NASF ela se desenvolveu mais. E o NASF resolveu integrar, valorizar a interdisciplinaridade.” (E1)

“Teve muita reclamação das outras profissões achando que não devia entrar os médicos. Mas foi o entendimento dos municípios que também fossem contemplados. (...) O conselho de medicina nunca veio conversar com a gente sobre isso, nunca teve nada. (...) A acupuntura e a homeopatia aparecerem como especialidades médicas foi uma opção do próprio Departamento, na área das práticas integrativas. (...) Os pediatras e os ginecologistas, é uma decisão do Departamento sim, mas é um pedido muito forte do CONASEMS.” (E4)

Segundo os documentos normativos e técnicos do NASF, este não se constituía porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes da ESF. Neste sentido, intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias poderiam ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de Saúde da Família, com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso, sendo recomendado que o atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorresse apenas em situações extremamente necessárias. Assim, a organização do processo de trabalho do NASF deveria priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades

mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, orientações e atendimento conjunto (BRASIL, 2008a; 2009; 2010) (APÊNDICE J).

A integralidade era sinalizada como a principal diretriz do NASF, sobretudo para evitar que a incorporação de novos profissionais na APS gerasse a fragmentação do cuidado e a focalização em aspectos parciais do indivíduo. Desta forma, o conceito de atenção integral poderia ser uma contribuição importante na organização do processo de trabalho do NASF, o qual deveria buscar incorporar uma abordagem do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal, com práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, além de organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2009) (APÊNDICE J).

O NASF previu a inserção de profissionais de distintas formações em saúde¹² no âmbito da APS, com vistas a apoiar as ações desenvolvidas pelas equipes da ESF. A composição das equipes NASF nos municípios pressupunha um processo de discussão, negociação e análise dos gestores juntamente com as equipes da ESF, uma vez que eram elas que conheciam as necessidades em saúde do território e poderiam identificar os temas/situações em que precisariam de apoio. O trabalho no NASF deveria contemplar ações em nove áreas estratégicas: saúde da criança/ adolescente /jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; e práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2008a; 2009) (APÊNDICE J).

A função de apoio era central no trabalho do NASF e remetia à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementava com o processo de trabalho em “equipes de referência”. No desenho do processo de trabalho do NASF, as equipes de referência seriam as equipes de Saúde da Família, responsáveis pela gestão do cuidado de determinada população. O apoio matricial do NASF visava ofertar retaguarda especializada a estas equipes de referência, com suporte assistencial (“ação clínica direta com os usuários”) e suporte técnico-pedagógico (“ação de apoio educativo com e para a equipe”) (BRASIL, 2009) (APÊNDICE J).

¹² NASF 1: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. NASF 2: mesmas categorias do NASF 1, exceto as especialidades médicas. NASF 3: acréscimo das categorias - Médico veterinário; Médico do trabalho; Sanitarista; e Educador Social.

A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial compreendia discussões de casos e temas entre as equipes NASF e ESF, o que requer a troca de conhecimentos específicos dos núcleos de formação de cada profissional, assim como os conhecimentos acerca do território e da dinâmica familiar onde o paciente estaria inserido (BRASIL, 2009). A proposta do apoio matricial seria articular atenção primária e serviço especializado, promovendo encontros de saberes que proporcionassem uma atuação mais integral e menos fragmentada (DIMENSTEIN et al., 2009).

Diferentemente do ocorrido quando da formulação da primeira proposta, os agentes defenderam que na construção do NASF houve considerável consenso: as divergências foram mínimas e, quando existiram, foram facilmente dialogadas e dissolvidas, prevalecendo um produto final consensuado pelo grupo, ou seja, não foram apresentadas contrapropostas ou propostas alternativas. O que se percebia era a preocupação, sobretudo das diversas áreas do Ministério, de se enxergarem dentro do NASF e de garantirem sua participação nas equipes.

“Era um trabalho muito interativo, dialógico. Lógico que tinha uma divergência aqui e acolá, mas o grosso, a gente criou um consenso muito grande. Tanto que saiu muito rápido, isso é raro de acontecer! Inclusive, como o Ministério não faz sozinho, o consenso com os estados e municípios. As equipes de Atenção Básica estaduais e municipais, 90% apoiou a proposta, participou da proposta, o CONASS e o CONASEMS participaram da construção da proposta.” (E1)

“Se houve alguma resistência, ela foi logo segurada pelos pares. Acho que o pessoal que tava na Câmara Técnica da Atenção Primária tinha uma visão muito parecida com o DAB.” (E16)

“Eu digo que dentro da coordenação era muito pouca a discrepância de opinião, não foi difícil de chegar a um meio termo dentro do que era esperado pra política. (...) Acho que a grande disputa foi dentro das outras áreas do Ministério. A gente fala principalmente das áreas programáticas do Ministério, porque essas áreas, queira ou não queira, tinham muito a necessidade de defender a área deles, e daí eles queriam enxergar dentro da política do NASF onde é que as áreas deles iriam estar contempladas.” (E4)

Até mesmo agentes representantes do CONASS e do CONASEMS não apresentaram objeções à proposta do NASF. Foi relatado, inclusive, que houve maior diálogo com o CONASS, visto que na proposta do NAISF houve um descontentamento dos estados com

relação à forma de credenciamento das equipes, a qual marginalizava o papel dos estados. Entretanto, vale destacar uma fala de um dos agentes entrevistados, que reconheceu que o Ministério sempre teve uma posição muito segura e firme quanto ao desenho da proposta, tanto na formulação do NAISF quanto do NASF.

“Para o CONASS a discussão na época [do NAISF] tinha um problema do fluxo de cadastramento dessas equipes. Nessa portaria original [Nº 1.065] o cadastramento era feito direto do município para o Ministério, isso foi motivo de celeuma também. Porque na realidade o Ministério abria um cadastramento de equipes diretamente, sem autorização dos estados. Foi uma das coisas que a gente usou na negociação com os estados. Na realidade eles têm que coordenar esse processo, porque tem muitos municípios que não têm condição de organizar sozinhos o NASF. (...) Então essa ideia da discussão regional também passou nessa época, nesse tema, do fluxo de cadastramento das equipes, de como é que seria feito.” (E9)

“Enquanto gestão estadual, que é um pouco diferente de quem está no Ministério, as discussões são diferentes. Em que pese serem os mesmos objetivos, mas nos grupos tripartite cada um tem que defender os interesses da instituição em que você está trabalhando. E nessa ocasião, os estados tiveram um papel muito difícil, nessa época aí que eu estou falando, que foi 2002 a 2005, porque tinha municipalizado tudo, a atenção primária ficou só de responsabilidade do município e os estados não tinham nenhuma resposta.” (E2)

“Sempre acrescentava alguma coisa, às vezes era coisa completamente louca. Mas a gente só ouvia. Porque a gente sabia o que queria, então ‘o pau cantava’, o pessoal brigava. A mesma coisa aconteceu depois [referindo-se ao segundo momento] porque o pessoal sabia o que queria e aí seguiu.” (E11)

As discussões que se seguiram giravam em torno da revisão do fluxo de cadastramento das equipes e do orçamento para a sua implantação. Neste cenário, muitos estados e municípios queixaram-se do NASF trazer mais uma “caixinha” para o financiamento do SUS, e defendiam que os recursos deveriam ser repassados para eles, com total autonomia para o seu uso.

Outra questão disputada na formulação da proposta foi a inserção dos médicos veterinários. Era consenso por parte da equipe (dirigente e técnica) do Ministério da Saúde, e também dos representantes do CONASS e CONASEMS, que o NASF não necessitaria de veterinários, tendo em vista, sobretudo, que o cuidado era voltado à população. Assim, o

clamor dos veterinários não foi atendido neste primeiro momento, e apenas em 2011, com a universalização do NASF e a publicação da nova PNAB (BRASIL, 2011b), o veterinário foi incorporado no NASF. Vale destacar que esta incorporação ocorreu por pressão política dentro do Ministério, além de também ter sido ponto de pauta em reuniões do CNS¹³ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b) (APÊNDICE I).

“Tinha a eterna disputa do ‘ah, vai criar mais um pacote, mais uma caixinha, mais um recurso específico? Por que é que não aumenta?’. Porque nessa época, que culminou na 204¹⁴, dos blocos de financiamento, de tentar liberar os recursos, deixar de amarrar, esse era o tensionamento! *‘Nós estamos discutindo a liberação, vocês criando mais caixinhas!’* Esse foi o cenário de discussão mesmo. (...) *‘A gente quer que venha e a gente faz o que quer com o que veio’.* E aí o Ministério fala *‘não, se deixar fazer o que quer não vai montar, a gente tem que ser indutor’.*” (E7)

“Teve uma disputa que eu nunca concordei também, que tivesse veterinário. (...) Eu soube que os veterinários foram um problema político que alguém do Ministério fez um acordo com alguma categoria e que botou pra atender algum interesse e tal, isso você sabe que sempre tem.” (E2)

Após alguns ajustes, a minuta da portaria nº 154 foi finalizada, porém não chegou a ser publicada devido à ausência de previsão orçamentária para a pauta no ano de 2007. Vale destacar que na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, foi proposta a intensificação da articulação do CONASS e CONASEMS para a agilização da publicação da referida portaria (BRASIL, 2008b) (APÊNDICE H).

Destarte, apenas em 2008 foi publicada a portaria de criação do NASF – Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, tendo sido republicada em 04 de março de 2008¹⁵. Vale destacar que a proposta finalizada sofreu importantes modificações em seu desenho, a

¹³ Na 180ª reunião ordinária do CNS, o Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Santa Catarina solicitou especial apoio ao movimento que se desenvolvia no País relativo à inclusão do Médico Veterinário no NASF. O Presidente da ABSPV (Associação Brasileira de Patologia Veterinária), o médico veterinário Celso Bittencourt dos Anjos, encaminhou ofício nº. 56-ABSPV, de 10 de outubro de 2007, para o diretor do DAB/MS e, nesta reunião, apresentou as justificativas para tal demanda e pediu reforço das autoridades e parlamentares do País na manifestação junto ao Ministério da Saúde.

¹⁴ Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html.

¹⁵ A republicação da 154 se deu para adequações à Portaria nº. 971/07, que institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Na 182ª reunião ordinária do CNS o ponto foi debatido e a nova proposta de redação foi aprovada por unanimidade. A versão final da portaria foi apresentada na 184ª reunião ordinária do CNS (Anexo C).

contraponto da própria equipe condutora, tendo em vista o volume de recursos disponibilizados para o financiamento do NASF. No entanto, estas modificações precisaram considerar os anseios dos municípios e das categorias profissionais, tendo sido utilizada a estratégia de deixar a cargo dos municípios a escolha das profissões componentes de suas equipes NASF.

No tocante aos demais ajustes realizados na proposta, destaca-se o quantitativo de equipes de Saúde da Família que seriam vinculadas a cada equipe NASF. Tinha-se a ideia original de poucas equipes, mas os recursos limitados acabaram por exigir um desenho menos ambicioso, onde cada equipe NASF estivesse vinculada a no mínimo oito e no máximo vinte equipes de Saúde da Família.

Outro ponto que também necessitou de ajustes, sobretudo para dar resposta aos municípios de pequeno porte, foi a possibilidade de adesão ao NASF via consórcios intermunicipais. Entretanto, esta proposta de consórcios tinha críticas dos próprios técnicos e dirigentes do Ministério, por acreditarem que a estratégia não seria muito efetiva.

No que diz respeito aos anseios e preocupações das entidades profissionais, os agentes entrevistados ressaltaram que compete aos diversos conselhos profissionais garantir a defesa de sua especialidade, e que no espaço do NASF houve forte atuação para que todas estivessem contempladas, tendo em vista o rol de ações previstas na proposta.

“Aí a gente vai pra situação que é a coisa financeira. A gente tinha um desenho bacanésimo, um desenho lindo (...), e aí nós quebramos as pernas quando vimos o que tinha de grana pra fazer o negócio. Nós tínhamos um desenho muito grande, muito ambicioso, e muito propiciador da real qualificação que a gente imaginava pra esse núcleo. Aí o financiamento dizia que não vai dar. (...) Então nós garantimos pra os municípios que eles pudessem escolher o que na verdade seria interessante pra realidade local (...), mediante as justificativas epidemiológicas, da necessidade dele.” (E14)

“A bandeira do conselho tem a visão corporativa. (...) É que não dá pra fazer atendimento de fonoaudiologia sem o fonoaudiólogo, não dá pra fazer o atendimento de nutrição sem o nutricionista, não dá pra fazer o atendimento de educação física sem o profissional de educação física.” (E10)

“A gente tinha interesse realmente em garantir que as políticas públicas da saúde pudessem assegurar ou pelo menos estar acessível à atenção nutricional nessas políticas. O que, diga-se de passagem, muitas vezes era muitíssimo confundido com

o corporativismo. É defesa de espaço, de mercado de trabalho e defesa de corporação. A gente enfrentou muito esse preconceito, de que defender a atenção nutricional à população pudesse ser confundida com a questão da defesa corporativa.” (E13)

“A gente foi obrigado a adotar uma lógica que municípios pequenos teriam que se juntar com municípios pequenos pra criar o NASF. Foi adotado como ponto de corte pra criar um consórcio. Você cria um consórcio intermunicipal e a distância entre os municípios é muito grande, não vai funcionar! Porque os profissionais vão ter que ficar se deslocando de um município pro outro.” (E4)

A portaria publicada (Brasil, 2008a) definiu o NASF como um arranjo organizacional com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Seu rol de atividades estava organizado em nove áreas estratégicas, e incluía ações de caráter assistencial e de promoção à saúde, ambas voltadas ao coletivo (atividades em grupo) e aos indivíduos. Apesar disso, os documentos de 2008 apontavam que atendimentos individuais deveriam ser evitados, devendo ser priorizadas as ações coletivas (APÊNDICE J).

O público-alvo da proposta eram municípios com 100 mil habitantes ou mais, e municípios com menos de 100 mil habitantes na região Norte, sendo permitida a implantação do NASF em municípios com equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) (APÊNDICE J).

As categorias profissionais contempladas na proposta do NASF de 2008 foram: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional (APÊNDICE J).

A proporção de NASF por equipes de SF/AB era calculada por duas modalidades: NASF 1, sendo uma equipe NASF para cada oito a vinte ESF, e NASF 2, onde uma equipe NASF seria responsável pela cobertura de três equipes da ESF. Aos municípios que aderissem à proposta do NASF era previsto incentivo de implantação no valor de R\$ 20.000,00 por NASF 1 e R\$6.000,00 por NASF 2, e parcelas de igual valor para custeio mensal (APÊNDICE J).

No tocante à relação do NASF com outras políticas públicas, era prevista articulação com diversas políticas: PNAB; PNPS; Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Política Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; PNPIC; Política Nacional de Medicamentos; Política Nacional de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social (APÊNDICE J).

Com a publicação da portaria 154, foi instituído um grupo de trabalho para discutir a atuação dos profissionais que integrariam o NASF, sendo este grupo composto por técnicos e gestores do Ministério da Saúde, por representantes de municípios com experiências em apoio matricial na Atenção Básica e por estudiosos na temática de apoio matricial. Este grupo foi responsável pela elaboração do Caderno de Atenção Básica nº 27 (CAB 27), que continha as diretrizes para o trabalho das equipes NASF (BRASIL, 2009) (APÊNDICE J).

Nesta proposta de 2008 foi bastante fortalecida a ideia do matriciamento, da discussão de casos, da construção de projetos terapêuticos singulares, retomando as ideias defendidas por Gastão Wagner anos atrás. O apoio matricial era considerado como uma estratégia potente para o conhecimento mútuo entre as profissões e os diversos profissionais, bem como para evitar que o NASF se tornasse uma policlínica da Atenção Básica.

Esta escolha teórico-metodológica atribuiu-se, sobretudo, por este ser o referencial da maioria dos agentes que integravam o espaço de debate/construção do NASF à época. Apesar disso, os agentes ressaltaram que a escolha teórica não teve o intuito de excluir outras possibilidades, e também não se tinha a intenção de ressaltar/priorizar um ou outro grupo acadêmico ou de pesquisa.

“A questão conceitual do matriciamento vinha da saúde mental, que era quem tinha a experiência anterior de fazer isso, de trabalhar com equipe multiprofissional, de ter os vários profissionais nos dispositivos, nos CAPS, de tudo que não era hospital. Então por isso que o referencial era esse. Claro que tinham as pessoas que trabalharam isso, que algumas tinham tido formação lá em Campinas, a Rosani [Pagani] é um exemplo, mas tinham outras pessoas.” (E6)

“Fizemos um grupo ampliado do Brasil que pensasse locais onde já tinha alguma experiência dentro dessa proposta, tanto do apoio matricial como de categorias na atenção básica. (...) Eu também fui aluna do Gastão, inclusive já tinha participado de momentos com o Gastão na Unicamp. Mas isso não foi uma questão minha, foi uma

questão do grupo, e opção da gestão do Ministério da Saúde de adotar esse modelo que era o modelo do apoio matricial na vertente do que foi construído por nosso professor Gastão Wagner.” (E8)

“A gente tenta que o caderno não tenha uma cara de um grupo só. Então a gente tenta que até na questão da terminologia, não fosse só uma terminologia de um grupo, que é de um lugar, e tentar que ele seja o mais amplo possível. Isso deu uma confusão na época. Coisas de atrito, de grupo, pessoas que representavam tal grupo reclamando com a diretoria do Departamento, que tão bloqueando termos, porque era de um grupo ‘x’ e não era de um grupo ‘y’. Isso teve toda uma sutura delicada, um trabalho muito delicado e político também.” (E4)

A validação do material elaborado ocorreu nos municípios de Sobral/CE e Santa Marcelina/SP, no ano de 2009, quando também foi publicado o CAB 27 (BRASIL, 2009). Após a publicação do material foram realizadas oficinas estaduais, com o intuito de propor um método formativo que focasse a qualificação do processo de trabalho das equipes NASF, denominadas de Oficinas de Qualificação do NASF (BRASIL, 2010).

Estas oficinas foram realizadas para discutir o processo de trabalho, tendo como objetivo qualificar a atuação das equipes NASF. Tiveram como pano de fundo o tema da redução da mortalidade infantil, em especial nas regiões do Nordeste e da Amazônia Legal. Para tal, um grupo de apoiadores foi contratado para a realização das oficinas em três estados cujos municípios apresentavam elevadas taxas de mortalidade infantil. Nestas oficinas foram problematizados os princípios e atributos da APS, o papel do NASF em relação às equipes de Saúde da Família e à rede de atenção à saúde locorregional, assim como discutidos os aspectos sobre gerenciamento e programação de ações, com vistas ao planejamento de intervenções que qualificassem a atenção à gestante e à criança menor de cinco anos (BRASIL, 2010).

“Tinha toda a problemática da redução da mortalidade materno-infantil, que era concentrada nos estados do Norte e do Nordeste, pra redução, pra o alcance dos objetivos do milênio. Então o que é que a gente fez? Vamos trabalhar com essa temática e aí a gente utiliza os núcleos, já faz a formação dos núcleos, junto com essa temática. E aí a gente fez um desenho, foi muito legal na época, porque a gente fez um formato de oficina que se aplicaria pra qualquer assunto, pra qualquer tema. Foram as oficinas de qualificação, depois do caderno [CAB 27], em 2009-2010.” (E6)

“Nós fizemos toda a articulação e convidamos um grupo grande. (...) O primeiro passo foi elaborar, dizer o que era o NASF, como implantar um NASF, e depois era sobre o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, que era a primeira parte. A segunda parte era sobre as ações que o NASF deveria desenvolver na atenção básica. (...) Junto a isso nós pensamos nas oficinas de qualificação dos profissionais do NASF, que fizemos um recorte na época que foi com o enfoque na redução da mortalidade infantil. (...) Depois que nós fizemos essa construção final, nós resolvemos ir pra onde tinham experiências muito próximas do NASF pra poder validar o caderno. Então nós escolhemos a região do Nordeste, que foi Sobral, que tinha o primeiro histórico de implantação do NAISF, e escolhemos São Paulo, que foi Santa Marcelina, onde a gente também tinha uma experiência muito interessante das outras categorias na atenção básica.” (E8)

Segundo os agentes, a criação do NASF teve como motivação principal o aumento da capacidade de resolubilidade da Atenção Básica, por meio de equipes multiprofissionais concebidas para atuar junto às equipes mínimas já existentes. Os agentes referiram, ainda, que o NASF foi pensado para otimizar custos e qualificar o modelo de atenção, visando a integralidade e longitudinalidade do cuidado, de modo que este reforço resultasse no fortalecimento da APS.

Desde a publicação da Portaria Nº 154, algumas mudanças foram operadas no desenho do NASF, especialmente a partir de 2012, quando a estratégia foi universalizada, sendo permitida a adesão a todos os municípios, independente do porte populacional. Com a publicação da portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, foram modificadas as proporções das modalidades 1 e 2: no **NASF 1** a proporção passou a ser de uma equipe NASF para cinco a nove equipes de Saúde da Família, e no **NASF 2** a proporção passou a ser de uma equipe NASF para três a quatro equipes de Saúde da Família, além de instituída uma terceira modalidade – **NASF 3** –, onde uma equipe NASF seria responsável por uma a duas equipes da ESF. Também foi ampliado o rol de categorias a comporem o NASF, com a inclusão de profissional com formação em arte e educação (arte educador); Médico veterinário; Médico geriatra; Médico internista (clínica médica); Médico do trabalho; e profissional de saúde sanitaria (graduação em Saúde Coletiva) (BRASIL, 2012b; 2013; 2014) (APÊNDICE J).

No tocante ao orçamento, a partir de 2012, para cada NASF 1 seriam 20 mil reais para implantação (parcela única) e para custeio mensal, para cada NASF 2 seriam 12 mil reais (implantação e custeio mensal), e para cada NASF 3 seriam 8 mil reais (implantação e custeio mensal).

Nos documentos mais recentes continua sendo recomendada a priorização do atendimento compartilhado e interdisciplinar, porém os usuários passam a ser indicados como público-alvo das ações do NASF, deixando de ser responsabilidade clínica exclusiva das equipes mínimas de Atenção Básica/Saúde da Família.

Além dos elementos trazidos neste capítulo, para a compreensão do processo histórico que culminou na emergência e gênese do NASF é fundamental conhecer as trajetórias dos diversos agentes que participaram da formulação das propostas. Estes agentes, com seus *habitus* (disposições) e posições ocupadas no espaço social, contribuíram com as escolhas de desenho e modelo constitutivos do NASF. O capítulo que segue traz uma análise das trajetórias dos agentes, de modo a compreender a influência destas na construção social do NASF.

5. O NASF e seus agentes: a influência da trajetória dos agentes na construção social do NASF

“Podem querer passar a régua como quiseram, mas não podem conseguir. Não dá pra apagar pessoas, não dá pra apagar a história da política pública de um País!” (E14)

A emergência do NASF se deu ao interior do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde como uma política (ação) de Estado voltada ao aumento da resolubilidade da Atenção Básica, a partir da ampliação do escopo de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde. Como explicitado no capítulo anterior, a cronologia dos fatos e o conjunto de condições históricas de possibilidade que culminaram com a gênese do NASF estabeleceram a origem de duas propostas semelhantes, porém com expressivas especificidades de desenho.

Participaram da formulação de ambas as propostas diversos agentes que, em sua maioria, apresentavam trajetórias em espaços relacionados à APS, tanto no campo burocrático quanto no campo político (APÊNDICE G). Estes agentes fizeram parte da equipe do DAB em determinados momentos de suas trajetórias individuais, tendo ocupado distintas posições (direção, coordenação, assessoria, técnicos, etc.) quando do momento de formulação do NASF, tendo alguns deles participado tanto do momento em que a primeira proposta (NAISF) surge quanto do segundo momento, quando o NASF foi instituído (Figura 6). Parte dos agentes tinha afinidade e/ou pertencimento ao “grupo de Pernambuco”, liderado no primeiro momento por Afra Suassuna e cuja defesa seria um modelo que priorizasse a assistência direta à população, e outra parte dos agentes possuía mais proximidade com o “grupo de Campinas”, mobilizado em torno dos constructos do professor Gastão Wagner. Vale ressaltar que a definição das posições dos agentes foi expressivamente determinada, ainda, pelo(s) tipo(s) e volume de capital que detinham à época (Quadro 3).

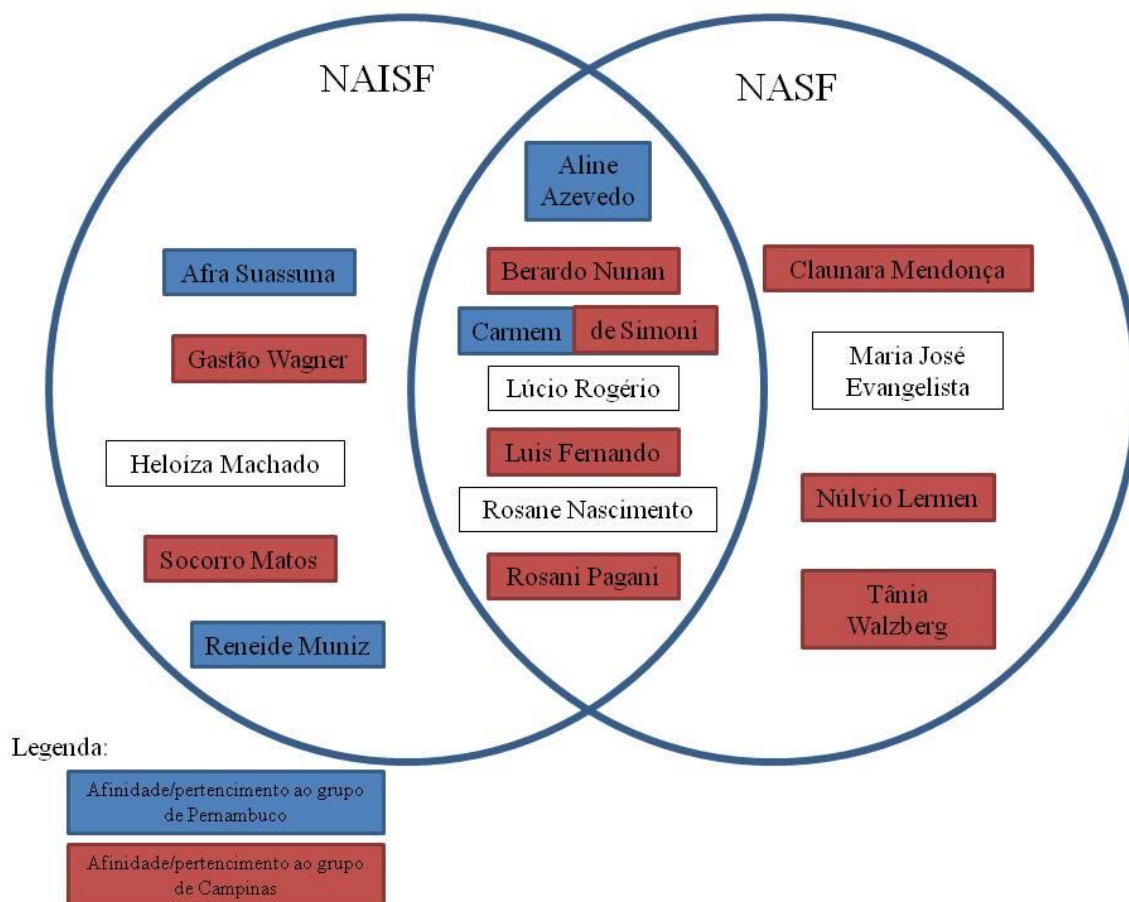


Figura 6. Agentes que participaram dos momentos de formulação das propostas NAISF-NASF. A gênese do NASF. Brasil, 2016.

Quadro 3. Volume dos diferentes tipos de capital e posições ocupadas no subespaço da APS pelos agentes na gênese do NAISF-NASF. A gênese do NASF. Brasil, 2016.

Agente	Posição(s) ocupada(s) no SE	SE	CC	CSi	CB	CP	CM	CSo
Afra Suassuna	Direção	DAB	M	A	A	P	M	AA
Aline Azevedo	Consultoria técnica	DAB	P	P	P	P	P	M
Berardo Nunan	Assessoria / Consultoria técnica	DAB	P	P	M	P	P	P
Carmem de Simoni	Consultoria técnica	DAB	M	M	M	P	M	P
Claunara Mendonça	Direção	DAB	A	M	A	P	M	M
Gastão Wagner	Secretaria Executiva	GM	AA	AA	AA	AA	AA	AA
Heloíza Machado	Direção	DAB	M	M	A	M	P	AA
Lúcio Rogério Gomes	Coordenação	FCFAS/ CONFEF	P	M	P	A	AA	AA
Luis Fernando Rolim	Direção	DAB	A	A	AA	M	P	AA
Socorro Matos	Coordenação	DAB	M	M	A	P	P	AA
Maria José Evangelista	Assessoria	CONASS	P	M	M	A	A	AA

Núlvio Lermen	Coordenação	DAB	M	M	M	M	A	M
Reneide Muniz	Assessoria	GM	M	A	AA	A	A	AA
Rosane Nascimento	Presidente	FENTAS/ CFN	P	M	M	M	AA	AA
Rosani Pagani	Consultoria técnica	DAB	M	M	M	P	P	M
Tânia Walzberg	Consultoria técnica	DAB	P	P	P	P	P	P

SE: subespaço; CC: capital científico; CSi: capital simbólico; CB: capital burocrático; CP: capital político; CM: capital militante; CSo: capital social; AA: muito alto; A: alto; M: médio; P: pequeno; GM: Gabinete do Ministro.

Percebe-se, ao analisar o quadro 3, que os agentes com maior volume de capital burocrático ocuparam cargos mais elevados na gestão pública (secretaria executiva, direção e coordenação), em contraponto àqueles com médio ou pequeno volume deste tipo de capital, os quais exerceram funções de assessoria e/ou consultoria técnica. Também se observa que os agentes ocupantes de cargos de chefia detinham maior volume de capital social quando comparado aos agentes componentes do quadro técnico.

Neste âmbito, observou-se que o capital burocrático foi adquirido pelos agentes especialmente através de experiências profissionais em secretarias municipais ou estaduais de saúde, como é o caso de Afra Suassuna, Claunara Mendonça, Gastão Wagner, Heloíza Machado, Luis Fernando, Socorro Matos e Reneide Muniz (APÊNDICE G).

No que diz respeito ao capital científico, não se observou que este, isoladamente, foi decisivo para conferir ao agente posição de destaque no campo burocrático. Em contraponto, quando aliado a outros tipos de capital, permitiu ao agente alcançar postos mais elevados, como foi o caso do professor e pesquisador Gastão Wagner, que atuou como secretário executivo do Ministério da Saúde, tanto por seu capital político (cujo peso é atribuído à sua vinculação partidária ao Partido dos Trabalhadores) quanto militante.

Com relação ao capital militante, percebe-se que os agentes que possuíam maior volume deste capital ocuparam posições importantes no campo político. Lúcio Rogério, que liderou o FCFAS por dois mandatos, possuía extensa trajetória na militância de sua categoria profissional, a Educação Física, tendo não apenas integrado o Conselho Federal de Educação Física, como militado nos primeiros movimentos em prol da regulamentação da profissão. Além do expressivo capital militante, também era detentor de elevado capital social e político, tendo sido candidato a deputado em duas eleições e atuado na Frente Parlamentar da Atividade Física para o Desenvolvimento Humano, no Congresso Nacional (onde permanece até os dias atuais).

Rosane Nascimento, agente entrevistada enquanto representante do FENTAS e do CFN, também apresentou elevado volume de três tipos de capital: político, social e militante,

haja vista sua trajetória à frente do Conselho Regional de Nutrição – 1ª região e do Conselho Federal de Nutricionistas, o qual presidiu por três mandatos. Rosane também atuou como conselheira do CNS e como representante do CFN no FCFAS.

Outra agente com expressivo volume destes capitais era a enfermeira Maria José Evangelista, que atuou (ainda atua) no CONASS, em especial nas instâncias relacionadas à APS. Antes de ingressar neste espaço, havia atuado na assistência e na gestão, em especial no estado de Sergipe, experiências por meio das quais também adquiriu algum volume de capital burocrático.

O processo de formulação da proposta do NAISF foi liderado, sobretudo, por três agentes do campo burocrático com expressivo volume de capital social e burocrático à época: Heloíza Machado, Socorro Matos e Afra Suassuna Fernandes.

A construção social do NAISF foi iniciada por forte pressão de secretários municipais e estaduais de saúde, bem como das diversas categorias profissionais da área da saúde, sobretudo por suas entidades representativas (em especial o FENTAS e o FCFAS). Os secretários exigiam do Ministério da Saúde algum aporte financeiro que pudesse viabilizar o pagamento de profissionais de saúde especialistas de diversas categorias, os quais já estavam atuando nos municípios juntamente às equipes de Atenção Básica, no intuito de qualificar o cuidado ofertado à população usuária do SUS, reduzir os encaminhamentos para o segundo e terceiro níveis assistenciais (com conseqüente redução de custos) e promover a melhora nos indicadores de saúde, sobretudo a redução das internações por condições sensíveis à APS.

As entidades profissionais, por sua vez, exigiam do Ministério a ampliação do mercado de trabalho em saúde, em virtude do expressivo aumento de egressos dos cursos de graduação da área da saúde, viabilizado pela ampliação do acesso ao ensino superior ocorrido desde o final da década de 90. Neste âmbito, ganhou especial atenção o espaço de trabalho da Atenção Básica, tendo em vista a expansão das unidades de saúde da família intensificada no início dos anos 2000.

Neste cenário, a então coordenadora de Saúde da Comunidade – coordenação responsável pela gestão do PACS e do PSF –, Heloíza Machado, liderou o início do debate interno ao Ministério da Saúde em torno da construção de uma proposta que atendesse ao clamor dos municípios e das entidades profissionais.

A enfermeira graduada na Universidade Federal de Santa Catarina, à época detentora de expressivo capital social acumulado em diversas experiências profissionais ao longo de sua trajetória, conseguiu não apenas fomentar discussões voltadas à construção de propostas

potencializadoras da Estratégia Saúde da Família, como agregar importantes agentes do movimento sanitário brasileiro na equipe da Coordenação. É mister destacar que a mesma foi convidada para atuar no Ministério da Saúde com a tarefa de acabar com o PACS, tendo em vista os escândalos envolvendo o programa^{16, 17} (MICHELOTTI, 2009). No entanto, conseguiu reverter a situação e ajuntar esforços e agentes que trabalharam intensamente na formulação de estratégias de fortalecimento das ações de Atenção Básica, dentre as quais o PACS, o PSF e, mais tarde, o NAISF, o PROESF e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).

Outra importante agente também presente neste momento foi a enfermeira pernambucana Aline Azevedo, a qual compusera o quadro técnico do DAB. Aline contribuiu fortemente no processo de formulação da proposta do NAISF, agregando conhecimentos adquiridos na sua trajetória ao interior da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. Dentre as ações que desenvolveu no DAB à época da formulação dos Núcleos, destacam-se a recepção, análise e resposta às demandas do Legislativo no que se refere à inserção de categorias profissionais da área da saúde na APS, além dos diálogos constantes com secretários municipais e estaduais de saúde, os quais procuraram o Ministério a fim de apresentar suas necessidades de ampliação das equipes de Atenção Básica.

Além de Aline, ao lado de Heloíza estava a médica pernambucana Afra Suassuna, que ao integrar a equipe do Ministério trouxe para o debate um conjunto de experiências relacionadas ao PACS, algumas delas, inclusive, precursoras do Programa. Afra também agregou à gestão federal a expertise adquirida na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), quanto atuou na Diretoria Executiva de Atenção Básica com a tarefa de implantar o recém-criado PSF. Foi através desta experiência, inclusive, que Afra e Heloíza se conheceram, e a partir dela que o convite para compor a equipe do Ministério se deu.

Neste percurso, vale destacar outros importantes agentes que também compuseram a equipe e que tiveram papel fundamental na construção e condução do PSF: Maria de Fátima

¹⁶ O escândalo, que ficou conhecido como “Escândalo das Bicicletas”, veio a público em 1992 e envolveu a suposta compra superfaturada de mochilas e bicicletas para os agentes de saúde por parte do Ministério da Saúde, à época comandado pelo deputado federal Alcení Guerra (PFL/PR). O escândalo culminou com seu afastamento do cargo, tendo em vista a forte pressão da mídia sobre o caso. Anos mais tarde o ex ministro foi totalmente inocentado.

¹⁷ DELANO, C. As bicicletas de Alcení Guerra. O Povo online. 12 de agosto de 2015. Disponível em <http://www.opovo.com.br/app/opovo/jornaldoleitor/2015/08/12/noticiasjornaldoleitor,3484935/as-bicicletas-de-alceni-guerra.shtml>. Acesso em 01.05.2016; DELBART, D. O caso do superfaturamento de bicicletas e o erro dos jornalistas. InFOCA. 07 de agosto de 2010. Disponível em: <https://deborahdelbart.wordpress.com/2010/08/07/o-caso-de-superfaturamento-de-bicicletas-e-o-erro-dos-jornalistas/>. Acesso em 01 de maio de 2016.

de Sousa, Danuza Fernandes, Eliana Dourado, Arindelita Arruda, Marilena Gentile, Iracema Benevides e Halim Girade. Muitos destes agentes, inclusive, indicaram importantes quadros que também atuaram na construção da proposta do NAISF-NASF.

Após a mudança na gestão federal ocorrida em 2003, com a eleição do presidente Luis Inácio Lula da Silva, liderança do Partido dos Trabalhadores (PT), e tendo assumido o Ministério da Saúde o médico pernambucano Humberto Costa, se vislumbrou um cenário especialmente favorável ao fortalecimento das políticas sociais, em especial aquelas relacionadas à saúde.

Tendo em vista o elevado capital burocrático de Afra, adquirido em sua trajetória ao interior de estruturas como a SES/PE, a Secretaria Municipal de Saúde do Recife e o IMIP, aliado às relações que tinha com importantes agentes do primeiro e segundo escalões do Ministério, como o próprio ministro Humberto Costa, a chefe de gabinete do ministro, a médica pernambucana Ana Paula Sóter, e o então secretário de Atenção à Saúde, o colega médico baiano Jorge Solla, a mesma assumiu a condução do Departamento de Atenção Básica (antiga COSAC) em substituição a Heloíza Machado, dando continuidade às ações de fortalecimento da Atenção Básica, dentre as quais aquelas relacionadas à formulação do NAISF.

No período em que esteve à frente do DAB, a médica conduziu as discussões em torno da formulação do NAISF, tendo tido forte apoio de agentes que foram incorporados na equipe, em especial a enfermeira Reneide Muniz, com quem tinha trabalhado em Pernambuco, e a médica sanitarista Socorro Matos. Vale salientar que os fortes laços institucionais e ideológicos, bem como as semelhantes disposições (*habitus*) existentes entre Afra, Reneide, Ana Paula Sóter, Humberto Costa e Jorge Solla, aliados à trajetória destes agentes na Atenção Básica (da formação às experiências profissionais anteriores¹⁸), foram decisivos para que a pauta do NAISF entrasse na agenda da saúde. A correspondência entre as disposições destes agentes e as posições ocupadas no campo da saúde (em especial no espaço da APS) foi fundamental para as tomadas de posição relacionadas às pautas inseridas na agenda de governo.

A escolha por um modelo de gestão participativa por parte do ministro Humberto, inclusive com a criação da Secretaria de Gestão Participativa em sua administração¹⁹,

¹⁸ Os quatro agentes possuem formação voltada à Saúde Coletiva, tinham integrado o movimento em prol da Reforma Sanitária Brasileira e desenvolveram diversas experiências profissionais no espaço da Atenção Primária à Saúde, tanto na assistência quanto na gestão.

¹⁹ <http://www.parana-online.com.br/editoria/pais/news/36471/?noticia=HUMBERTO+COSTA+ANUNCI+A+NOVA+ESTRUTURA+DA+SAUDE>

acabaram por ampliar a relação do Ministério da Saúde com os estados e municípios. Essa aproximação foi de extrema importância no processo de construção do NAISF, tendo sido realizadas diversas oficinas em todo o País, no sentido de agregar experiências que já vinham sendo desenvolvidas no que diz respeito à inserção de equipes multiprofissionais na Atenção Básica. Foi a partir destas experiências, sobretudo, que o desenho do NAISF foi sendo esboçado.

Além desses agentes, outros importantes nomes também compuseram os debates em torno da formulação da proposta neste primeiro momento. O então secretário executivo do Ministério, o professor, pesquisador e médico sanitário Gastão Wagner, somou às discussões do NAISF as experiências teórico-práticas de apoio matricial e clínica ampliada desenvolvidas em Campinas/SP, em especial quando esteve à frente da Secretaria Municipal de Saúde.

Apesar de ter tido dificuldades em integrar a pauta de forma mais orgânica, em parte por divergências teórico-epistemológicas com outros agentes do Ministério, Gastão conseguiu incorporar na equipe importantes agentes que haviam trabalhado com ele em Campinas e que, conseqüentemente, detinham acúmulo de experiências no que tange aos seus constructos. Uma destas agentes foi a médica Socorro Matos, que inicialmente atuou como técnica do DAB, tendo depois assumido a coordenação de gestão da atenção básica. As experiências vividas por ela em Santos/SP, à época em que David Capistrano era o secretário municipal de saúde, também foram incorporadas, mesmo que de forma tímida, na proposta do NAISF.

Diante de um cenário de forte pressão dos estados, municípios e das categorias profissionais, acabou-se por formular uma primeira proposta voltada à assistência à saúde da população, viabilizada mediante equipes temáticas que iriam ofertar suporte técnico às equipes de atenção básica em casos mais graves relacionados a cinco áreas prioritárias: saúde mental, reabilitação, atividade física, serviço social e alimentação e nutrição.

A proposta sistematizada foi apresentada em reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada nos dias 8 e 9 de junho de 2005 (ANEXO A). A apresentação foi conduzida pelo secretário Jorge Solla e pela diretora Afra Suassuna, que explicaram que a proposta de criação do NAISF fazia parte de um conjunto de estratégias do Ministério da Saúde para a expansão e qualificação da Atenção Básica. Além disso, destacaram que a proposta atendia à deliberação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, no Eixo temático V – A organização da Atenção à Saúde, item 15, que apontou a necessidade de criar e assegurar incentivos técnicos e financeiros, pelas três esferas de governo, para implantação na Atenção Básica de equipes

multiprofissionais de apoio às equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades locais. Na ocasião, tiveram forte apoio dos conselheiros, sobretudo do então presidente do CONASEMS, o médico mineiro Helvécio Magalhães.

Após a publicação e revogação da Portaria 1.065, e passados pouco mais de dois anos, o debate em torno dos Núcleos foi retomado, tendo sido incorporados alguns conceitos e práticas na construção do novo desenho, agora denominado Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Neste segundo momento, novos agentes se agregaram e antigos agentes retornaram à construção da pauta.

A retomada do debate e da construção foi liderada, sobretudo, por dois agentes do campo burocrático. Um dos nomes mais expressivos foi o do médico Luis Fernando Rolim Sampaio que, com a troca dos ministros (e de grande parte do 2º e 3º escalões do Ministério da Saúde), assumiu a diretoria do DAB em substituição à Afra Suassuna. Apesar de ter sido convidado pelo novo grupo político que assumiu o Ministério, a antecessora considerou que sua chegada (ou retorno) teria um caráter de continuidade do que vinha sendo construído, o que de certa forma ocorreu.

Luis Fernando havia integrado a equipe do DAB pela primeira vez em 2001, a convite de Heloíza Machado. Sua trajetória anterior havia sido majoritariamente à frente de secretarias de saúde de municípios de Minas Gerais (Brumadinho, Ibiá e Contagem), o que lhe conferiu elevado volume de capital político e social, apesar do mesmo se considerar mais um quadro técnico do que político: *“Eu nunca fui um quadro político-partidário, eu não sou uma pessoa de vinculação política-partidária. Eu sempre trabalhei com vinculação muito mais técnica-política.”*

Na época em que esteve à frente do DAB, Luis Fernando liderou, sobretudo, a publicação da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Promoção à Saúde e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, esta última por influência de sua trajetória de formação (e prática) na Homeopatia. Para auxiliá-lo nestas e em outras construções que se deram nesse período, montou equipe de assessores e técnicos com vasta experiência em Atenção Primária, como o dentista Antônio Dercy e os médicos Berardo Nunan (com quem tinha trabalhado em Contagem), Carmem de Simoni (com quem trabalhou fortemente na formulação e publicação da PNPIC), Tânia Walzberg, Newton Lemos, Núlvio Lermen Júnior e Claunara Mendonça.

Berardo Nunan, médico mineiro que se especializou em Medicina de Família e Comunidade, apresentou em sua trajetória anterior ao Ministério diversas experiências na

assistência médica (serviu no Exército Brasileiro na fronteira entre Amazonas e Colômbia, além de ter atuado na APS de vários municípios mineiros) e na gestão do SUS, sendo a mais importante delas quando atuou em Contagem/MG, na época em que Luis Fernando era secretário municipal de saúde. Nesta experiência, considerada por ele o “divisor de águas” na concepção do que era o SUS, desenvolveu várias iniciativas de ampliação das equipes de Atenção Básica, tendo acumulado significativa *expertise* para a formulação da proposta do NASF.

Carmem de Simoni, médica e militante das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), tinha sua trajetória caracterizada por diversas experiências de trabalho na APS, seja na assistência, na gestão, na militância ou na docência. Atuou em municípios como Salvador/BA, Vitória da Conquista/BA, Campinas/SP e Brasília/DF. Ao interior do Ministério da Saúde, sempre atuou em pautas relacionadas às PIC, tendo sido uma grande influência para a incorporação destas na proposta do NASF.

A médica catarinense Tânia Walzberg também compôs a equipe técnica do DAB, tendo atuado no apoio aos estados para implementação de políticas, programas e iniciativas relacionadas à Atenção Básica. Trabalhou fortemente na elaboração da PNAB, em 2006, e se aproximou da discussão técnica do NAISF-NASF no período de 2005 a 2008, tendo participado de reuniões acerca da formulação da proposta, além de compartilhado a experiência vivenciada durante a residência médica em Florianópolis, onde profissionais da área da saúde ofertavam apoio matricial às equipes de Saúde da Família.

Quando do afastamento de Luis Fernando do Ministério, em 2008, Núlvio e Claunara assumiram especial protagonismo no DAB, sobretudo no que se refere aos processos de gênese do NASF.

Claunara, médica gaúcha com trajetória na Medicina de Família e Comunidade e com forte relação com o movimento das residências em saúde, assumiu a diretoria do DAB em substituição ao Luis Fernando, tendo coordenado o processo de finalização da proposta do NASF. Anteriormente a este cargo, havia atuado na assistência médica e na gestão do SUS do Rio Grande do Sul. Também já havia trabalhado no Ministério da Saúde no início dos anos 2000, quando atuou na Secretaria de Atenção à Saúde como apoiadora institucional para a implementação da NOAS, e no Departamento de Regulação, em cargo de assessoria do então diretor. Estas experiências lhe conferiram elevado volume de capital burocrático e pesaram positivamente na sua indicação para assumir a direção do DAB.

Já Núlvio Lermen, que chegou ao Ministério em 2007 também a convite de Luis Fernando, assumiu a condução técnica da publicação da portaria que criou os Núcleos, bem como a elaboração e publicação do Caderno de Diretrizes do NASF. Antes de ingressar no Ministério havia atuado na assistência (como médico de família e comunidade) e na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, além de ter atuado em espaços de militância pela categoria – foi fundador, vice-presidente e presidente da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade. Estas experiências lhe atribuíram expressivo volume de capital burocrático e militante.

Vale ressaltar que nesse segundo momento houve expressiva incorporação de especialidades médicas na proposta, o que se deu por pressão de algumas especialidades – em especial a Pediatria (por meio da Sociedade Brasileira de Pediatria) e aquelas relacionadas às práticas integrativas e complementares. Vale destacar que todas as posições de coordenação e direção no DAB foram ocupadas por médicos (Luis Fernando, Claunara e Núlvio), ou seja, as posições sociais e disposições (*habitus*) destes agentes estavam fortemente relacionadas às tomadas de posição (escolhas) no processo de construção do NASF. Como resalta Bourdieu, “o espaço de posições sociais se retraduz em um espaço de tomadas de posição pela intermediação do espaço de disposições (ou do *habitus*)” (BOURDIEU, 2013b, p. 21).

Também é importante destacar que os constructos defendidos por Gastão Wagner quando da construção do NAISF, e que naquela época foram timidamente incorporados na proposta, neste segundo momento foram retomados, tendo sido definitivamente (e explicitamente) incorporados na proposta do NASF. Este último fato se deu, sobretudo, pela presença de agentes como Gustavo Tenório Cunha e Rosani Pagani, ambos egressos da Universidade de Campinas (UNICAMP) e de grupos de pesquisa liderados pelo Prof. Gastão. À luz da teoria bourdieusiana (BOURDIEU, 2013b), acredita-se que ao termo de um trabalho coletivo de construção inseparavelmente teórico e prático, o grupo de Campinas se mobilizou para e pela defesa de seu projeto, tendo êxito na incorporação dos constructos na proposta do NASF.

Rosani Pagani, psicóloga paulista com importante trajetória na saúde pública cearense, atuou inicialmente na gênese do NAISF, quando desenvolvia projeto de implantação das residências multiprofissionais em saúde em Sobral/CE, no período de 2001 a 2005. Anos mais tarde, em 2008, ingressou na equipe do DAB com a tarefa de coordenar a elaboração do Caderno de Diretrizes do NASF e as Oficinas de Qualificação do NASF, que ocorreram

imediatamente após a publicação da portaria 154. Foi nesta experiência que se aproximou efetivamente do debate em torno do NASF, tendo permanecido com a pauta até 2012.

Em síntese, percebe-se que a discussão em torno da formulação do NAISF –NASF emergiu em um cenário expressivamente favorável, sobretudo porque foi conduzido por equipes técnicas e gestoras com importante trajetória na Atenção Primária e no Movimento Sanitário. No âmbito do Ministério, tinha-se um grupo político relativamente coeso e que defendia a qualificação da Atenção Básica por meio de princípios e diretrizes como a integralidade, a multiprofissionalidade e a intersetorialidade. Os agentes que compunham o espaço da APS (em especial o DAB) possuíam relações prévias entre si, disposições (*habitus*) semelhantes e ocuparam importantes posições de poder no campo burocrático, o que também foi propício à emergência das propostas (Figura 7).

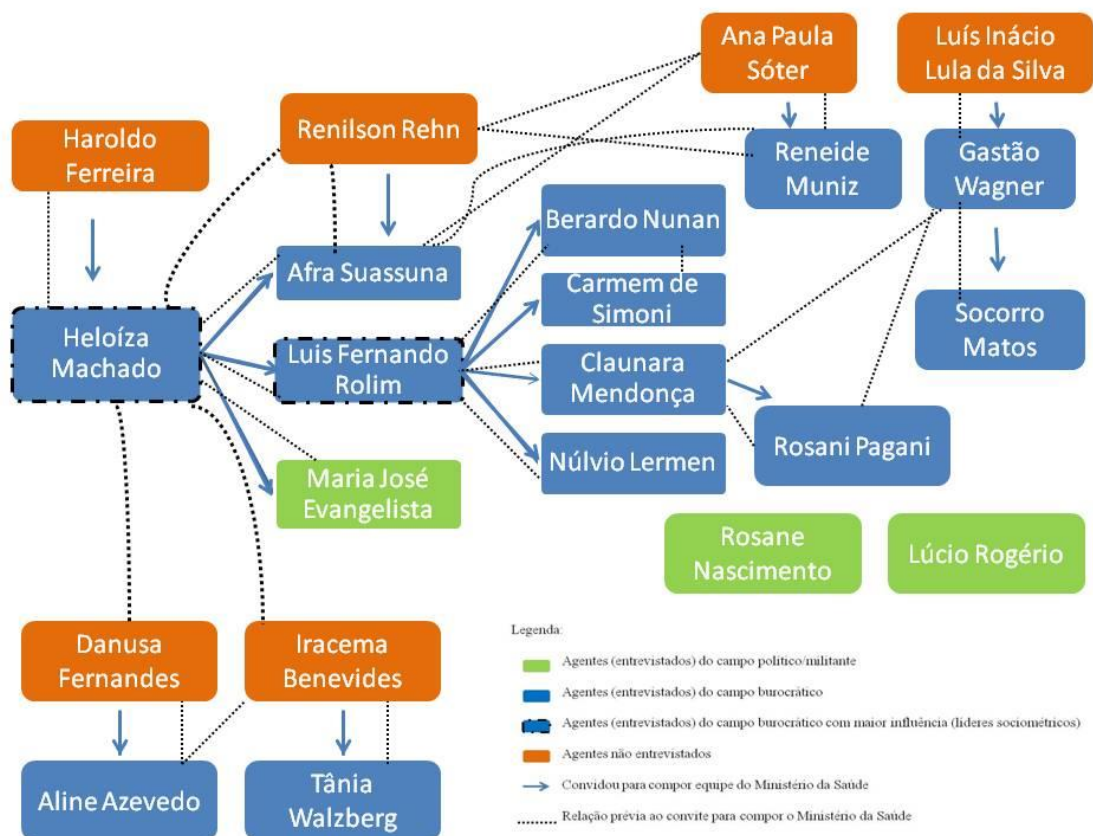


Figura 7. Interrelação dos agentes participantes do processo de gênese do NAISF-NASF. A gênese do NASF. Brasil, 2016.

No que tange ao desenho, tanto na formulação do NAISF quanto do NASF os autores eram majoritariamente médicos, com formação na Saúde Coletiva e com trajetórias relacionadas ao movimento em prol das residências em saúde. O desenho do NAISF foi

fortemente influenciado pelos apelos das secretarias municipais de saúde – configurando um modelo pautado na assistência direta aos usuários –, e no desenho do NASF houve mais protagonismo das áreas técnicas do Ministério e das entidades profissionais, além da forte influência teórica do grupo da UNICAMP, sendo constituída uma proposta pautada na Clínica Ampliada e no Apoio Matricial às equipes de Saúde da Família/Atenção Básica.

Em que pese as divergências de atuação e escopo de ações, é consenso que as propostas NAISF-NASF influenciaram (e continuam influenciando) os modos tecnológicos de intervenção em saúde (PAIM, 2009; ARREAZA;MORAES, 2010), em especial na Atenção Primária, e é sobre este ponto que trata a próxima seção, na tentativa de elucidar ou minimamente agregar pontos de vista sobre em que medida os NASF, enquanto parte da política de APS no Brasil, podem contribuir para a implantação de propostas alternativas ou de modelos contra-hegemônicos de atenção à saúde, vale dizer, que rompem com o modelo médico-sanitarista, hegemônico na história de organização do sistema de saúde brasileiro.

6. A emergência do NASF e o direcionamento da política de atenção básica: uma análise de modelos de atenção à saúde no Brasil

Este capítulo traz algumas notas crítico-analíticas das duas propostas NAISF e NASF, na tentativa de construir subsídios que permitam compreender em que medida os Núcleos, enquanto parte da política de APS no Brasil, podem contribuir para a implantação de propostas alternativas ou de modelos contra- hegemônicos de atenção à saúde, vale dizer, que rompem com o modelo médico-sanitarista, hegemônico na história de organização do sistema de saúde brasileiro.

6.1. O Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família: o foco na integralidade

O NAISF, inicialmente denominado Núcleo de Saúde Integral (NSI), foi definido como um arranjo organizacional capaz de outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. A proposta foi pensada com o objetivo de avançar na consecução da integralidade da atenção e da gestão em saúde, no aumento da resolubilidade e na ampliação do acesso às ações de saúde mental, reabilitação e de atividade física e práticas corporais, de modo a contribuir com a exclusão da lógica do encaminhamento, por meio da responsabilização compartilhada, e com a qualificação e ampliação da clínica da equipe, por meio do estímulo à transdisciplinaridade.

Em seu desenho, previu articulação com os serviços de referência existentes, como, por exemplo, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Reabilitação, Centros de Lazer e Esportes e com profissionais dos serviços especializados (BRASIL, 2005b).

As principais diretrizes do NSI-NAISF eram a integralidade, a resolubilidade, a responsabilização compartilhada (multiprofissionalidade e transdisciplinaridade), a base territorial (vínculo de responsabilização), a promoção da saúde, a humanização da atenção, a promoção do autocuidado e o fortalecimento da cidadania.

As práticas dos Núcleos estariam organizadas em quatro modalidades de ação, desenvolvidas em conjunto com a Atenção Básica, a saber: I. Alimentação/Nutrição e Atividade Física (com equipe composta por nutricionista, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais); II - Atividade Física (com equipe composta por profissional de educação física e instrutor de práticas corporais); III - Saúde Mental (com equipe composta

por psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do psicólogo ou de psiquiatra e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados); e IV – Reabilitação (com equipe composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do fisioterapeuta e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados). Além destas, ações relacionadas ao Serviço Social seriam transversais às demais áreas (BRASIL, 2005b).

De acordo com os entrevistados, a escolha destas áreas como prioritárias para as intervenções dos Núcleos se deu em virtude do envolvimento de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde nos debates em torno da formulação da proposta. Além disso, estas áreas tinham maior influência e tradição ao interior do Ministério, bem como agentes com expressivo volume de capital burocrático, militante e social.

Agentes do Ministério do Esporte, que se articularam com gestores do alto escalão do Ministério da Saúde, influenciaram fortemente a inclusão da atividade física na proposta, segundo os entrevistados. No tocante à inserção das ações de alimentação e nutrição, foi fundamental para consolidar a área como prioritária a escolha, por parte da Presidência da República, da pauta do combate à fome como prioridade de governo, por meio de políticas voltadas à garantia do Direito Humano Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional da população, bem como a participação de agentes da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (atual Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição) nos processos de construção do NAISF. Além disso, ambas as áreas tiveram como “motivação externa” os movimentos em prol do fortalecimento de ações voltadas à mudança nos hábitos de vida, em especial nos hábitos alimentares e naqueles relacionados às práticas de exercício físico, tendo em vista, sobretudo, o avanço das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Com relação às ações de saúde mental, estas foram incorporadas na proposta do NAISF em virtude especialmente do movimento de Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, caracterizado pelo redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, que perpassou a reestruturação da assistência com ações de desmanicomialização e desospitalização dos portadores de transtornos mentais. Além disso, a participação de agentes da Luta Antimanicomial que estavam inseridos no DAB, tanto na coordenação de saúde mental quanto em outras áreas, também foi decisiva para a inserção da área na proposta, conforme explicitado por diversos agentes.

Já a inserção da área de reabilitação teve forte influência de agentes da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, os quais se aproximaram da construção do NAISF

e pautaram a inclusão das ações dispostas na Portaria N° 1.060, de 5 de junho de 2002 (BRASIL, 2002b).

A população-alvo dos Núcleos seria: pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares; pessoas com deficiências e incapacidades, seus cuidadores e familiares; pessoas vítimas de violência; pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis; pessoas em situação de risco e com alto grau de vulnerabilidade; pessoas com comprometimentos ósteo-articulares; crianças com dificuldades no crescimento e desenvolvimento; adolescentes; e idosos. As principais atividades pensadas para os profissionais estão dispostas no quadro abaixo.

Quadro 4. Atividades propostas para o NSI-NAISF, por áreas/modalidades de ação. A gênese do NASF. Brasil, 2016.

Áreas/Modalidades de ação	Atividades
Ações comuns a todos os profissionais	Atuar, de forma integrada à ESF, identificando a população-alvo das ações, desenvolvendo ações intersetoriais e avaliando o impacto das ações através de indicadores.
Alimentação e nutrição	Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional, promoção da alimentação segura e saudável, ações de vigilância alimentar e nutricional, controle e prevenção aos distúrbios nutricionais, atenção nutricional, acompanhamento bolsa família.
Atividade física	Estímulo e fortalecimento de ações no campo das práticas corporais em saúde.
Saúde mental	Apoiar a ESF na atenção aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, e pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência intrafamiliar.
Reabilitação	Desenvolver ações e intervenções precoces que favoreçam o rompimento com uma percepção preconceituosa e discriminatória das pessoas com deficiência de maneira que ocorra sua inclusão social.
Serviço social	Ações de identificação, articulação e disponibilização de rede de proteção social; técnicas de educação e mobilização em saúde; identificar e abordar problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas.

Considerando que o modelo de atenção deve indicar “modos de organizar a ação e dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre problemas e necessidades de saúde que podem ser diversos, tendo em conta as realidades distintas” (PAIM, 2012), a proposta do NSI-NAISF parece limitada, visto que restringe as práticas dos profissionais dos Núcleos e a modalidade de organização de cada equipe a quatro áreas/ações específicas, com

um “elenco” de categorias profissionais (e respectivas atribuições e escopo de ações) previamente definido.

Tal arranjo organizacional, assim, poderia não ser aplicável a localidades que apresentassem, por exemplo, quadro epidemiológico não compatível com as ações selecionadas, além do fato de que estas localidades poderiam indispor de profissionais de determinada especialidade, o que resultaria na impossibilidade de compor a equipe da forma preconizada pela proposta, o que, possivelmente, inviabilizaria a adesão ao NSI-NAISF.

No que tange aos modelos de atenção, por apresentar a integralidade como princípio, a proposta do NSI-NAISF poderia apontar para modelos alternativos, visto que “modelos hegemônicos não contemplam nos seus fundamentos o princípio da integralidade” (PAIM, 2012, p. 468). Ao definir as características da demanda, contemplando as necessidades epidemiologicamente identificadas, e ao recomendar a realização de ações de promoção à saúde, de controle e prevenção de agravos e o desenvolvimento de ações intersetoriais, percebe-se que o desenho proposto para o NSI-NAISF apresenta características de ao menos três modelos alternativos: *Oferta Organizada*, *Vigilância da Saúde* e *Linhas de Cuidado*.

O modelo da *Oferta Organizada* é pautado na Epidemiologia e no planejamento, e toma como objeto de intervenção os problemas de saúde identificados na análise de situação do território. A oferta de serviços seria organizada para atender os usuários que apresentassem doenças e agravos considerados prioritários (PAIM, 2012). No caso do NSI-NAISF, os problemas prioritários elencados podem ser entendidos como aqueles visualizados através do público-alvo da proposta.

Do modelo da *Vigilância da Saúde*, a proposta do NSI-NAISF toma pra si as ações intersetoriais características deste modelo (PAIM, 2012), além da reorganização das práticas de saúde no nível local, com intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos (quadros crônicos, sobretudo), e articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas.

A proposta apresenta, ainda, fortes traços com o modelo de *Linhas de Cuidado* (PAIM, 2012), as quais são estruturadas por projetos terapêuticos, com ênfase na longitudinalidade e integralidade do cuidado, vínculo do usuário com a rede de atenção básica e articulação com os demais níveis assistenciais.

Por outro lado, ao propor ações de educação sanitária com vistas a subsidiar “comportamentos saudáveis” e intervir sobre problemas e necessidades de saúde de caráter coletivo, a proposta parece direcionar o modelo assistencial para o modelo hegemônico

sanitarista (PAIM, 2012; TEIXEIRA; VILASBOAS, 2014). Ao mesmo tempo, quando se analisa a população-alvo das intervenções dos Núcleos, a qual é caracterizada pela presença de patologias e/ou distúrbios, a proposta pode parecer apontar para o modelo hegemônico assistencial privatista (PAIM, 2012), centrado nos indivíduos, na doença (ou doente) e na clínica curativa, com a especificidade de que ao invés do médico, o agente de saúde passa a ser o profissional especialista (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta etc.).

Entretanto, há que se refletir que tanto a população quanto as equipes de Atenção Básica também apresentam necessidades de cuidado no que tange ao tratamento, reabilitação e cura de patologias. Neste sentido, o NAISF, enquanto estratégia voltada ao aumento da integralidade das ações de APS, também deveria prever ações de cuidado assistencial direto aos usuários, sobretudo porque detinham a competência da oferta de cuidados especializados, capazes de reduzir os quadros mais graves e, sobretudo, a agudização das condições crônicas prevalentes na população.

Em síntese, cabe concluir que a proposta do NSI-NAISF apresenta elementos de diversos modelos assistenciais, alguns contraditórios e concorrentes entre si. Entretanto, independentemente dos modelos que reforça, a proposta previa um conjunto de ações voltadas à integralidade do cuidado, o que demonstra coerência com o objetivo a que se propunha.

6.2. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o foco (e o desafio) de ser apoio

Os NASF foram criados como equipes multiprofissionais, compostas por agentes de diferentes profissões ou especialidades, que deveriam atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários. O objetivo destas equipes seria ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL,2008a).

Além das diretrizes pensadas para o NSI-NAISF (integralidade, território, humanização e promoção da saúde), na proposta do NASF foram incorporadas a educação

popular em saúde, a interdisciplinaridade, a participação social, a intersetorialidade e a educação permanente em saúde.

No que diz respeito às práticas de saúde, além das áreas/modalidades de ação pensadas inicialmente para a proposta do NSI-NAISF, foram adicionadas quatro áreas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde da mulher; assistência farmacêutica; e práticas integrativas e complementares, totalizando nove áreas estratégicas para intervenção das equipes NASF. Com esta ampliação, diversas categorias profissionais se somaram à nova proposta, que passou a contemplar todas as profissões da área da saúde (BRASIL, 2009). As principais atividades pensadas para os profissionais inseridos nos Núcleos estão dispostas no quadro abaixo.

Quadro 5. Atividades propostas para o NASF, por áreas/modalidades de ação. A gênese do NASF. Brasil, 2016.

Áreas/ Modalidades de ação	Atividades
Ações comuns a todos os profissionais	Atuar, de forma integrada à ESF, identificando a população-alvo das ações, desenvolvendo ações intersetoriais e avaliando o impacto das ações através de indicadores.
Atividade física e práticas corporais	Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.
Práticas Integrativas e Complementares	Ações de Acupuntura e Homeopatia que visem à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, ampliando o acesso ao sistema de saúde, proporcionando incremento de diferentes abordagens, tornando disponíveis outras opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS.
Reabilitação	Ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.
Alimentação e Nutrição	Ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis.
Saúde Mental	Atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida

	saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação.
Serviço Social	Ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado.
Saúde da Criança	Ações de atenção às crianças desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, cuja complexidade exija atenção diferenciada. Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família, que estejam inseridas num processo de educação permanente. Ações de capacitação dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde da Família e os demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.
Saúde da Mulher	Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família que estejam inseridas num processo de educação permanente; ações de capacitação em serviço dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde da Família; ações de atenção individual às mulheres, desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família; cuja complexidade do caso exija atenção diferenciada; ações diferenciadas, como pré-natal de risco não habitual, cujo acompanhamento se desenvolva de maneira compartilhada com as equipes Saúde da Família; realização de colposcopia e biópsias dirigidas, realização de cirurgias de alta frequência (CAF) e demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.
Assistência Farmacêutica	Ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, no âmbito individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

A integralidade era sinalizada como a principal diretriz a ser praticada pelas equipes NASF, sobretudo para evitar que a incorporação de novos profissionais na APS gerasse a fragmentação do cuidado e a focalização em aspectos parciais do indivíduo. Desta forma, o conceito de atenção integral era uma importante contribuição na organização do processo de trabalho do NASF, o qual deveria buscar incorporar uma abordagem do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural, e com garantia de cuidado longitudinal, com práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, além de organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2009).

Segundo os documentos normativos e técnicos do NASF, este não se constituiu porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes da ESF. Neste sentido, intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias poderiam ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de Saúde da Família, com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso, sendo recomendado que o atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorresse apenas em situações extremamente necessárias. Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF deveria priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, orientações e atendimento conjunto (BRASIL, 2009).

A função de apoio era central no trabalho do NASF e remetia à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial” (CAMPOS, 2003), que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”. No desenho do processo de trabalho do NASF, as equipes de referência seriam as equipes de Saúde da Família, responsáveis pela gestão do cuidado de determinada população. O apoio matricial do NASF visava ofertar retaguarda especializada a estas equipes de referência, com suporte assistencial (“ação clínica direta com os usuários”) e suporte técnico-pedagógico (“ação de apoio educativo com e para a equipe”) (BRASIL, 2009).

A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial compreendia discussões de casos e temas entre as equipes NASF e ESF, o que exigia a troca de conhecimentos específicos dos núcleos de formação de cada profissional, assim como os conhecimentos acerca do território e da dinâmica familiar onde o usuário estaria inserido (BRASIL, 2009). A proposta do apoio matricial é articular atenção primária e serviço especializado, promovendo encontros de saberes que proporcionem uma atuação mais integral e menos fragmentada (DIMENSTEIN et al., 2009).

O desenho proposto para o NASF, diferentemente daquele pensado para o NSI-NAISF, parece permitir maior flexibilização na composição da equipe e, conseqüentemente, na oferta dos serviços. Por admitir que o município defina a conformação da equipe do NASF, a qual deve ser baseada na situação de saúde da população, a proposta pode aceitar maior adesão, visto que cada localidade poderá organizar as equipes a partir dos profissionais que dispõe.

Considerando que o foco do NASF é o apoio matricial às equipes de Atenção Básica, com mínimas intervenções clínicas diretas aos usuários do Sistema e priorização de atividades coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças, pautadas em processos de educação em saúde, no que concerne aos modelos de atenção a proposta do NASF apresenta elementos que se aproximam de diversas propostas alternativas, como as *Linhas de Cuidado* e a *Vigilância da Saúde*, de forma semelhante ao NAISF, e a *Promoção da Saúde*, que reforça a ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais, numa perspectiva de fomentar espaços saudáveis (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; PAIM, 2012).

Além de apresentar elementos constitutivos das propostas alternativas supramencionadas, o desenho do NASF se caracteriza fortemente pelos elementos da *Clínica Ampliada*, fundamentada na constituição de “equipes de referência” (entendidas como as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família) e apoio matricial (as equipes NASF), e na construção de projetos terapêuticos singulares para indivíduos inseridos em um determinado contexto social. A proposta da Clínica Ampliada visa superar a fragmentação do cuidado e o biologicismo, além de ampliar a interrelação do sujeito e seu contexto, de modo a potencializar a capacidade de resolução dos problemas de saúde (CAMPOS, 2003; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

O quadro 6 apresenta uma síntese da análise dos principais elementos de ambas as propostas (NAISF e NASF) e a relação destas com as diversas proposições de modelos de atenção. Ressalta-se que os itens que originaram a análise foram extraídos dos documentos técnicos e normativos de ambas as propostas.

Quadro 6. Elementos das propostas NAISF-NASF e a relação com as diversas proposições de modelos de atenção*. A gênese do NASF. Brasil, 2016.

	MODELOS DE ATENÇÃO HEGEMÔNICOS	MODELO DA CLÍNICA AMPLIADA	OUTROS MODELOS ALTERNATIVOS	
			Oferta organizada / vigilância da saúde / linhas de cuidado	Vigilância da saúde / linhas de cuidado / promoção da saúde
SUJEITOS	Equipe multiprofissional / médicos especialistas / sanitaristas	Equipe de referência / equipe de apoio matricial / equipe interdisciplinar	Equipe transdisciplinar	
OBJETOS	Demanda / doença e doentes	Sujeito e sua doença / problemas de saúde		
ATIVIDADES	Atenção individual e centrada na clínica, com ênfase no biologismo e curativismo / educação sanitária / controle de vetores	Atenção individual centrada na clínica, rompendo com a lógica do atendimento médico, medicamentoso e curativista / construção de diretrizes clínicas e sanitárias / acolhimento e classificação de risco e vulnerabilidade / educação em saúde / ações no território intra e intersetoriais	Ações de controle dos determinantes / integração entre as vigilâncias / ações intersetoriais / educação em saúde / promoção da saúde / áreas e ações programáticas / fomentar consciência ecológica e sanitária	
INSTRUMENTOS		Tecnologia médica / tecnologia sanitária / tecnologias de apoio à atenção (apoio matricial, projeto terapêutico singular / interconsulta) / tecnologias leves	Epidemiologia / tecnologias médico-sanitárias integradas / tecnologias de gestão (planejamento, análise de situação) / tecnologias de apoio (projeto terapêutico) / tecnologias comunicacionais	
RELAÇÕES TÉCNICAS E SOCIAIS	Hierarquia entre membros da equipe e entre as equipes ESF e NASF	Hierarquia entre membros da equipe e entre as equipes ESF e NASF / concentração de poder no profissional de referência	Ausência de hierarquia entre os membros da equipe / poder compartilhado / gestão colegiada / compartilhamento de papéis e responsabilidades / mediação de conflitos / parceria com a população e outros setores	

*Adaptado das classificações usadas por Souza (2015).

Legenda:

	NASF
	NAISF

7. Considerações finais

A análise sócio-histórica permitiu investigar a articulação entre as composições objetivas e subjetivas que contribuíram para a emergência e gênese do NASF, bem como possibilitou compreender a relação entre a trajetória dos agentes e a tomada de posições que culminaram na formulação da política. Desta forma, apresentou-se como uma importante estratégia de ruptura com o senso comum e, sobretudo, de superação da “amnésia da gênese” (BOURDIEU, 2014).

Consideramos como possíveis limites deste estudo a impossibilidade de realização de algumas das entrevistas previstas com alguns agentes, o que pode ter ocasionado alguma ausência de detalhamento de fatos históricos aqui analisados. Entretanto, acreditamos que o cotejamento com outras fontes de informação tenha minimizado estas possíveis lacunas.

Segundo Bourdieu (2014), no percurso da história o espaço de possíveis realizáveis se encerra, tendo em vista que as decisões e escolhas são esquecidas pelos agentes, a partir de um processo de objetivação das propostas e contrapropostas que circularam quando da formulação de determinada política. Assim, o estudo da gênese é potencial em revelar as diversas proposições, incluindo aquelas que não prevaleceram ao final do processo.

Neste estudo, os elementos da teoria bourdieusiana auxiliaram a compreensão do processo de incorporação do NASF no espaço da APS e do SUS, por meio da análise das disputas travadas em torno das propostas e contrapropostas existentes em sua emergência. Além disso, à luz deste referencial teórico foi possível elucidar as motivações e condições históricas de possibilidade para a emergência do NASF enquanto resposta do Estado à necessidade de qualificação das ações de Atenção Básica.

Neste sentido, podem ser consideradas como condições decisivas para que a pauta do NASF entrasse na agenda da saúde:

- Os fortes laços institucionais e ideológicos, bem como as semelhantes disposições (*habitus*) existentes entre os diversos agentes do campo burocrático, aliados à trajetória destes agentes na Atenção Básica e à correspondência entre suas disposições e as posições ocupadas no campo burocrático;
- A movimentação das categorias profissionais da área da saúde contra o Projeto de Lei do Ato Médico. Esta movimentação permitiu, mesmo que de forma tímida, a aproximação entre as diversas entidades profissionais, o que favoreceu a unificação

de pautas comuns (como a do NASF) e a articulação das categorias em espaços como o FCFAS e o FENTAS;

- As exigências de ampliação do mercado de trabalho em saúde por parte das entidades profissionais, em virtude do expressivo aumento de egressos dos cursos de graduação da área da saúde, viabilizado pela ampliação do acesso ao ensino superior ocorrido desde o final da década de 90;
- A pressão de secretários municipais e estaduais de saúde no sentido de exigir do Ministério da Saúde alguma resposta voltada à ampliação dos saberes e profissões na Atenção Básica, de modo a qualificar o cuidado ofertado à população usuária do SUS, reduzir os encaminhamentos para o segundo e terceiro níveis assistenciais (com consequente redução de custos) e promover a melhora nos indicadores de saúde, sobretudo a redução das internações por condições sensíveis à APS;
- A escolha por um modelo de gestão participativa por parte da gestão do Ministério da Saúde quando da formulação do NAISF, o que permitiu a ampliação da relação do Ministério com os estados e municípios, de modo que estes puderam apresentar as diversas experiências de inserção de equipes multiprofissionais na Atenção Básica;
- As mudanças na Presidência da República ocorridas em 2003, por meio das quais se vislumbrou um cenário especialmente favorável ao fortalecimento das políticas sociais, em especial aquelas relacionadas à saúde.

Por meio do estudo foi possível, ainda, compreender a constituição de alianças entre grupos sociais que possuíam interesses em seu êxito e institucionalização, os momentos de negociação e ajustes para a elaboração da política que os instituiu, e a dinâmica do jogo social composto pelas disputas travadas entre os grupos de agentes interessados na implementação da política.

O estudo da sociogênese do NASF revelou o mosaico de interesses em torno da emergência de uma proposta de ampliação da oferta de serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Com base no reconhecimento da insuficiência da Estratégia Saúde da Família e/ou da Atenção Básica tradicional em atender, de forma integral, às necessidades de cuidado à saúde da população, diversos agentes, detentores das mais distintas trajetórias, se reuniram em circunstâncias históricas para a criação de um novo subespaço ao interior da APS, caracterizado pela “convergência dos interesses antes díspares de diversos grupos” (PINELL, 2011).

Durante o processo de emergência e gênese do NASF, inúmeras disputas foram travadas entre os diversos agentes. Nestas disputas, é inequívoco o quanto as disposições (*habitus*), os distintos volumes de capital e as diversas posições ocupadas por estes agentes no espaço social foram decisivos para as escolhas que prevaleceram nas propostas construídas. Também ficou claro que as oportunidades de acesso às funções de chefia/liderança foram tanto maiores quanto mais elevada a origem social dos agentes, reforçando a tese da interdependência do diploma e do cargo ocupado (BOURDIEU, 2013a).

Um ponto importante observado neste estudo foi a presença predominante de agentes do campo médico, seja em posições dominantes no campo do poder seja em funções técnico-administrativas do aparelho de Estado. Como destaca Bourdieu (2013a), “é somente no nível do campo de posições que se definem tanto os interesses genéricos associados ao fato da participação no jogo quanto os interesses específicos relacionados com as diferentes posições e, por conseguinte, a forma e o conteúdo das tomadas de posição pelas quais se exprimem esses interesses”. As posições e tomadas de posição destes agentes foram elementos decisivos na definição das propostas finais, tanto na formulação do NAISF quanto na formulação do NASF. Tais tomadas de posição tiveram forte influência da trajetória de cada agente e de seus pontos de vista sobre modelos de atenção e práticas profissionais de saúde.

Entretanto, em que pesem as definições e posições fincadas, ambas as propostas formuladas refletem as distintas expectativas dos planejadores, dos gestores e dos profissionais envolvidos na formulação no NASF. Deste modo, percebe-se ambiguidade das propostas, o que permite uma infinidade de possibilidades em sua operacionalização.

De toda forma, o NASF, ao sugerir o trabalho em equipe multiprofissional, centrado no indivíduo e sua família (e não mais na doença) e com o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, segue o caminho já traçado desde a criação do PSF, e soma esforços no sentido de modificar a atuação historicamente percebida no modelo de atenção hegemônico no país: hospitalocêntrico, biologicista, centrado na doença e no médico / profissional de saúde, os quais, em geral, desenvolvem sua prática de maneira isolada e fragmentada. Estes elementos, inclusive, ainda predominam nos processos de formação e nas diretrizes curriculares dos cursos da área de saúde.

Assim, percebe-se que as práticas de saúde recomendadas aos profissionais do NASF, por meio de seus documentos normativos e técnicos, exige um novo perfil de trabalho e de trabalhador. Isso, por sua vez, requer profundas transformações no aparelho formador, de modo que o processo de formação em saúde habilite o profissional para o trabalho articulado

e integrado, com um caráter transdisciplinar e colaborativo, capaz de contribuir plenamente com a mudança do modelo de atenção hegemônico no país.

Ante o exposto, é imperativo afirmar que o NASF, enquanto parte da política da APS, tanto pode manter o modelo de atenção à saúde hegemônico, assistencial e curativista, quanto pode contribuir com o fortalecimento de propostas alternativas de organização (e oferta) do cuidado, dos serviços e do sistema de saúde.

Não obstante as inúmeras dificuldades para a implementação do NASF, é inquestionável o potencial destas equipes para a mudança do modelo de atenção, seja por ampliar o escopo de ações e núcleos profissionais na Atenção Básica, o que parece ser uma adequada resposta (ação política) frente ao perfil epidemiológico atual, seja por prever ações voltadas ao coletivo, com articulação intra e intersetorial.

Neste sentido, é fundamental avançar na consecução da interdisciplinaridade, de forma a superar a lógica da fragmentação do cuidado e da multiprofissionalidade, com vistas ao alcance do cuidado integral à saúde da população, por meio da oferta de ações de promoção à saúde, prevenção de riscos, agravos e doenças, tratamento, reabilitação e cura.

À guisa de conclusão, há que se destacar que o NASF é uma política recente, ainda em fase de implementação e desenvolvimento, o que aponta diversas possibilidades de investigação. Os elementos aqui apresentados fornecem subsídios para a compreensão de sua emergência e gênese, além de apontar algumas notas crítico-analíticas sobre seu desenho e a relação com as diversas proposições de modelos de atenção em disputa no Brasil. Entretanto, para a elucidação aprofundada desta relação, faz-se necessário investigar as diversas experiências práticas de implementação do NASF. Parece oportuno, ainda, com o passar dos anos, investigar os efeitos relacionados à gênese do NASF, como a criação de instituições, o desenvolvimento de grupos profissionais e a emergência de novas estruturas associativas, as quais não se apresentaram até o momento de conclusão deste trabalho, mas que se mostram possíveis num futuro próximo, tendo em vista a complexidade desta intervenção.

Por fim, encerro as linhas deste trabalho com um excerto de uma das entrevistas realizadas, a qual sintetiza o potencial do NASF para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde, de modo a contribuir com o fortalecimento da APS e com a consolidação do SUS:

“Então é pensar que o usuário precisa de uma atenção integral e que uma equipe básica sozinha já não dá conta. E obviamente o impacto que isso tem no modelo de atenção, de organização. Não digo nunca de redução de custo, mas de promoção de

saúde. Porque essa história de que você vai fazer promoção e prevenção e vai diminuir custo, isso é a maior falácia do mundo! Porque você incorpora mais profissional, você incorpora mais conhecimento. Se a tecnologia é leve, é dura ou qualquer que seja ela, é mais recurso que você precisa. A equipe do NASF vai na casa das pessoas! Então hoje, por exemplo, o Ministério Público diz que tem uma idosa sendo maltratada pela família. A quem se recorre? Quem é que tá organizado? O SUS! Dentro do SUS, quem é que vai? Quem é que tem assistente social? O NASF! Quer dizer, é uma gama de atividades. E você pode dizer que um idoso que tá lá abandonado pela família, sendo maltratado por essa família, não é responsabilidade da atenção básica? É! É do NASF? É! Então a gente tem que pensar que o cuidado integral tem que ser feito não só pela saúde, mas pelo Estado. Mas no campo da saúde não tem como pensar que não é essa equipe. Então eu acho que o NASF é a integralidade, no sentido bem amplo da palavra, a qualidade no sentido bem amplo, e um forte processo de mudança de modelo.” (E3)

8. Referências bibliográficas

ACIOLE, G.G. A Lei do Ato Médico: notas sobre suas influências para a Educação Médica. **Rev. Bras. Educ. Médica**, v.30, n. 1, p.47-54, 2006.

ANDRADE, A. F.; LIMA, M. M.; MONTEIRO, N. P.; SILVA, V. L. Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife. **Audiol Commun Res.**, v.19, n.1, p.52-60, 2014.

ANDRADE, L. M. B.; QUANDT, F. L.; CAMPOS, D. A.; DELZIOVO, C. R.; COELHO, E. B. S.; MORETTI-PIRES, R. O. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde Transform. Soc.** [online]., v.3, n.1, p.18-31, 2012.

ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. O.; VILELA, A. B. A.; BOERY, R. N. S. O.; SENA, E. L. S. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, 2013.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, v.25, n.2, p.461-468, 2013.

ARIOLI, I. G. S. Práticas e estilos de pensamento em promoção da saúde no contexto da atenção básica [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto da vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.11, p. 2309-2319, 2009.

AVEIRO, M. C.; ACIOLE, G. G.; DRIUSSO, P.; OISHI, J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl., p.1467-1478, 2011.

AZEVEDO, N.S.; KIND, L. Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. **Psicologia: ciência e profissão**, v.33, n.3, p.520-535, 2013.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L.S.; FURBINO, S. A. R.; RIBEIRO, E. E. N. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento**, v.23, n.2, p.323-30, 2010.

BARROS, C. M. L.; FARIAS JÚNIOR, G. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.1, n.1, p.140-54, 2012.

BARROS, J. O.; GONÇALVES, R. M. A.; KALTNER, R. P.; 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**, v.20, n.9, p.2847-2856, 2015.

BARROS, S. G. **A política nacional de luta contra a aids e o espaço aids no Brasil**. 2013. 274f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2013.

BARROS DE MELO, M.; BRANT, L. C. Ato Médico: perda da autoridade, poder e resistência. **Psicologia, ciência e profissão**, v.25,n.1, p.14-29, 2005.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. **Sociological Methods & Research**, v.10, n.2, p.141-163, 1981.

BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. 2 ed. rev. 1. reimpr. Porto Alegre: Zouk. 2013a. 560 p.

_____. De la Maison du roi à la raison d'état. **Actes de la recherche en sciences sociales**, v.118, p.55-68, 1997.

_____. Espace social et gênese des “classes”. **Actes de la recherche en sciences sociales**, v.52-53, p.3-14, 1984.

_____. Le capital social: notes provisoires. **Actes de la recherche en sciences sociales**, v.31, p.2-3, 1980.

_____. Les trois états du capital culturel. **Actes de la recherche en sciences sociales**, v.30, p.3-6, 1979.

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2001. 322 p.

_____. **O senso prático**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 471p.

_____. **Os usos sociais da ciência**. Por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004. 86p.

_____. Penser la politique. **Actes de la recherche en sciences sociales**, v.71-72, p.2-4, 1988.

_____. **Propor sur le champ politique**. Lyon: Presse Universitaire de Lyon 2000. 111p.

_____. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. 11 ed. 2ª reimpressão. Campinas: Papyrus, 2013b. 224 p.

_____. **Sobre o Estado: cursos no Collège de France (1989-92)**. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. The forms of capital. IN: RICHARDSON, J. E. (ed.). **Handbook of Theory of Research for the sociology of education**. Greenwood Press, 1986. p.241-58.

BRASIL, A. C. O.; BRANDÃO, J. A. M; SILVA, M. O. N.; GONDIM-FILHO, V. C. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. **RBPS**, v.18, n.1, p.3-6, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde, recursos humanos para as atividades de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

_____. Ministério da Saúde. **VII Conferência Nacional de Saúde, Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde – relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde – relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final/ Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**. Conferência Sérgio Arouca. Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos. Relatório Final. Brasília/DF, 7 a 11 de dezembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154** de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 548**, de 04 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.065** de 04 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488** de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124** de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e

2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: **Diretrizes do NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 39)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 86 p. : il. (Série C. Projetos Programas e Relatórios)

_____. Presidência da República. **Lei Nº 10.172** de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2001b.

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

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, v.20, n.1, p.31-39, 2015.

CERVATO-MANCUSO, A. M.; TONACIO, L. V.; SILVA, E. R.; VIEIRA, V. L. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p.3289-3300, 2012.

CHAMPAGNE, P.; CHRISTINI, O. **Pierre Bourdieu: une invitation**. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 2012. 264p.

CHAVES, V. L. J.; LIMA, R. N.; MEDEIROS, L. M. Reforma da educação superior brasileira – de Fernando Henrique Cardoso a Luiz Inácio Lula da Silva: políticas de expansão, diversificação e privatização da educação superior brasileira. In: BITTAR, M.; OLIVEIRA, J. F.; MOROSINI, M. (orgs.) **Educação Superior no Brasil – 10 anos Pós-LDB**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2008. p. 329-48.

COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; PAULA, M. L.; BEZERRA, I. C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014.

COSTA, L. S.; ALCÂNTARA, L. M.; ALVES, R. S.; LOPES, A. M. C.; SILVA, A. O.; SÁ, L. D. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. **CoDAS** [online], v.25, n.4, p.381-387, 2013.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.415-437, 2013.

FALCI, D. M.; BELISARIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.47, p.885-899, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/a_op3913.pdf. Acesso em: 22 maio 2014.

FERNANDES, T. L.; NASCIMENTO, C. M. B.; SOUSA, F. O. S. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. **Rev. CEFAC**, v.15, n.1, p.153-159, 2013.

FLORINDO, A. A. Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.14, n.1, p.72-73, 2009.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.16, n.2, p.113-122, 2012.

FREDHEIM, T.; DANBOLT, L. J.; HAAVET, O. R.; KJØNSBERG, K.; LIEN, L. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. **Int J Ment Health Syst.**, v.5, n.1, p.1-7, 2011. Disponível em: <http://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-5-13>. Acesso em: 13 abr. 2016.

GOMES, G. A. O.; KOKUBUN, E.; MIEKE, G. I.; RAMOS, L. R.; PRATT, M.; PARRA, D. C.; SIMÕES, E.; FLORINDO, A. A.; BRACCO, M.; CRUZ, D.; MALTA, D.; LOBELO, F.; HALLAL, P. C. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.10, p.2155-2168, 2014.

GONÇALVES, R. M. A.; LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I.; CORDONE, N. G.; BARROS, J. O. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.40, n.131, p.59-74, 2015.

GUIMARÃES, R. G. M.; REGO, S. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, sup., p.7-17, 2005.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Cien Saude Colet.**, v. 19, n. 8, p.3561-3571, 2014.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v.22, n.3, p.263-269, 2011.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. A.; CORDONE, N. G.; BARROS, J. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Saúde Pública.**, v.47, n.5, p.968-75, 2013.

LENOIR, R. O objeto sociológico e o problema social. In: CHAMPAGNE, P.; LENOIR, R. et al (ed). **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis, 1998. p.59-106.

LEÓN FRANCO, M. H.; RAMÍREZ CANO, A. N.; URIBE RIBERA, L. M. Modelo de Atención basado en Atención Primaria de Salud. Experiencia en Santander. **Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander**, v.3, n.1, p.32-38, 2007. Disponível em: http://web.observatorio.co/publicaciones/revista_03-01-2007-art02.pdf. Acesso em: 13 abr. 2016.

LIMA, K. R. S. O Banco Mundial e a educação superior brasileira na primeira década do novo século. **R. Katál.**, v.14, n.1, p.86-94, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a10.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

MATONTI, F.; POUPEAU, F. Le capital militant. Essai de définition. **Actes De La Recherche en Sciences Sociales**, v.155, p.5-11, 2004.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2012.

MICHELOTTI, F. C. **Os desdobramentos da reforma sanitária no Brasil**: Estado, organizações profissionais e padrões de intermediação de interesses. Seminário Intermediário da ABCP. São Carlos-SP, 18-20 nov./2009. Disponível em: http://www.sinteseeventos.com.br/abcp/trabalho_FernandoMichelotti.pdf. Acesso em: 01 maio 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 24ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 96ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2000a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 101ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2000c.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 104ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2000b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 144ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2004a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 147ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2004b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 151ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2005a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 155ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2005b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 156ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2005c.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 159ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2005d.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 161ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2005e.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 166ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2006a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 168ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 176ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2007a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 180ª reunião ordinária do CNS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2007b.

MINOLETTI, A.; ROJAS, G.; HORVITZ-LENNON, M. Salud mental em atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. **Cad. saúde colet.**, v.20, n.4, p.440-447, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v20n4/v20n4a06.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2016.

MOLINI-ALVEJONAS, D. R.; ABOROREIRA, M. S.; COUTO, M. I. V.; SAMELLI, A. G. Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **CODAS**, v.26, n.2, p.148-154, 2014.

MOLINI-ALVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, v.15, n.3, p.465-474, 2010.

MOREIRA, M. D.; MOTA, H. B. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. **Rev. CEFAC** [online]., v.11, n.3, p.516-521, 2009.

MOSQUERA, P. A.; HERNANDEZ, J.; VEGA-ROMERO, R.; JUNCA, C. Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá (Colombia), v.10, n.21, p.124-152, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n21/v10n21a09.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2016.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Cienc. Saúde Col.**, v.21, n.5, p.1565-1572, 2016.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da Saúde**, v.34, n.1, p.92-96, 2010.

NEVES, L. M. T.; ACIOLE, G. G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.15,n.37, p.551-564, 2011.

NICARETTA, M. M. O Projeto de Lei do “ato médico” e a perspectiva dos psicólogos e de outros profissionais no campo da saúde. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, v.78, n.1, p.27-67, 2010.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. **Rev. bras. educ. med.** [online]., v.36, n.4, p.574-580, 2012.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.459-491.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.161-174.

PATROCÍNIO, S. S. S. M.; MACHADO, C. V.; FAUSTO, M. C. R. F. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p.105-119, 2015.

PEDROSA, O. P.; LEAL, A. F. A inserção do profissional de Educação Física na estratégia de saúde da família em uma capital do norte do Brasil. **Rev. Movimento**, v.18, n.2, p.235-253, 2012.

PENROD, J.; PRESTON, D. B.; CAIN, R.; STARKS, M. T. A discussion of chain referral as a method of sampling hard-to-reach populations. **Journal of Transcultural nursing**, v.4, n.2, p.100-107, 2003.

PEREIRA, K. G. Conflitos éticos no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em um município de Santa Catarina/SC [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.

PINELL, P. **Análise Sociológica das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 252p.

PINTO, L. **Pierre Bourdieu et la théorie du monde social**. Paris: Albin Michel, 1998. 263p.

REIS, M. L.; MEDEIROS, M.; PACHECO, L. R.; CAIXETA, C. C. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto Contexto Enferm.**, v.25, n.1; p.1-9; 2016.

REY GAMERO, A. C.; ACOSTA-RAMIREZ, N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá (Colombia), v.12, v.25, p.28-39,2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n25/v12n25a03.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2016.

REZENDE, M.; MOREIRA, M. R.; AMANCIO FILHO, A.; TAVARES, M. F. L. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, suppl.1, p.1403-1410, 2009.

RIBEIRO, C. D.; FLORES-SOARES, M. C. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. **Rev. salud pública.**, v.17, n.3, p.379-393, 2015.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L.; BOTELHO, H.; SOUSA, J.C. Desafios Organizacionais para Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Portugal. **Rev. bras. educ. med.**, v.39, n.3, p.359-369, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300359&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 abr. 2016.

SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v.17, n.3, p.188-194,2012.

SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R. B.; MEDEIROS, T. F.; FREITAS, C. L. R.; SOUSA, T. F.; COSTA, J. L. R. The work of physical education professionals in Family Health Support Centers (NASF): a national survey. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.**, v.17, n.6, p.693-703, 2015.

SILVA, A. T. C.; AGUIAR, M. E.; WINCK, K.; RODRIGUES, K. G. W.; SATO, M. E.; GRISI, S. J. F. E.; BRENTANI, A.; RIOS, I. C. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**, v.8, n. 11, p.2076-2084, 2012.

SILVA, M. A. P.; MENEZES, R. C. E.; OLIVEIRA, M. A. A.; LONGO-SILVA, G.; ASAKURA, L. Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 720-732, 2014.

SILVA, N. H. L. P.; CARDOSO, C. L. Contribuições da fenomenologia de Edith Stein para a atuação do psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v.16, n.2, p.246-259, 2013.

SOLEMAN, C.; MARTINS, C. L. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. **Rev. CEFAC.**, v.17, n.4, p.1241-1253, 2015.

SOUSA, D.; OLIVEIRA, I. F.; COSTA, A. L. F. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Psicologia USP**, v.26, n.3, p.474-483, 2015.

SOUZA, J. C. **A gênese do programa de incentivo fiscal à alimentação do trabalhador (PIFAT/PAT)**. 2013. 261f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2013.

SOUZA, S. C. D.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v.16, p.5-10, 2011.

SOUZA, T. S. **NASF**: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? 2015.149f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2015.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na Atenção Básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p.1079-1097, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde**: Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: Edufba, 2006. 237p.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.) **Saúde coletiva**: teoria e prática. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p.287-301.

VANNUCCHI, A. M. C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis**, v. 22, n. 3, p.963-982, 2012.

VÉRAS, M. M. S.; QUINDERÉ, P. H. D.; FERREIRA, L. P.; ARAGÃO, J. M. G. A.; COELHO, M. A. A. A. Sistema de Informação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família – SINAI. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.165-171, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/15.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Prefácio. In: PINELL, P. **Análise Sociológica das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.9-11.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PINELL, P. The genesis of collective health in Brazil. **Sociology of Health & Illness**, v.36, n.3, p.432-446, 2014.

WHO. World Health Organization. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf. Acesso em: 31 jan. 2016.

9. Financiamento

A pesquisa que originou esta tese integra o Projeto ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL (2003-2017), o qual foi aprovado na Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N ° 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde, sob coordenação do prof. Jairnilson Silva Paim. Assim, o processo de investigação contou com o financiamento parcial do MCTI/CNPq, num valor aproximado de R\$ 2.000,00. Adicionalmente, a autora desta tese foi bolsista de doutorado pelo CNPq de 2012 a 2015.



Apêndices

Apêndice A – Entrevistas realizadas.

Código	Agentes entrevistados	Relevância para a pesquisa	Data da entrevista	Local da entrevista	Modalidade da entrevista	Duração da entrevista
E6	Claunara Schilling Mendonça	Médica, Diretora do DAB	12/03/2014	Hotel Nacional – Brasília/DF	Presencial	01:05:47
E8	Rosani Pagani	Psicóloga, Coordenadora da implantação do NASF (oficinas de qualificação)	13/03/2014	Centro de Internacional de Convenções do Brasil – Brasília/DF	Presencial	57:20
E7	Berardo Augusto Nunan	Médico, Técnico e assessor do DAB	28/08/2014	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) – Brasília/DF	Presencial	59:51
E9	Luis Fernando Rolim Sampaio	Médico, Diretor do DAB	17/10/2014	Vídeo Conferência	Virtual	59:10
E14	Carmem Lúcia de Simoni	Médica, Técnica e assessora do DAB	05/11/2014	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) – Brasília/DF	Presencial	01:14:43
E2	Maria José de Oliveira Evangelista	Enfermeira, Representante do CONASS	06/11/2014	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) – Brasília/DF	Presencial	44:56
E4	Núlvio Lermen Júnior	Médico, Técnico e assessor do DAB, Coordenador da Coordenação de Gestão da Atenção Básica (CGAB)	25/11/2014	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Florianópolis/SC	Presencial	01:09:10
E3	Afra Suassuna Fernandes	Médica, Diretora do DAB	27/11/2014	Faculdade Pernambucana de Saúde – Recife/PE	Presencial	01:32:30
E12	Reneide Muniz	Enfermeira,	01/12/2014	Faculdade	Presencial	01:16:50

	da Silva	Assessora do DAB e do Gabinete do Ministro		Pernambucana de Saúde – Recife/PE		
E5	Maria do Perpétuo Socorro Albuquerque Matos	Médica, técnica e assessora do DAB, Coordenadora da CGAB	25/05/2015	Câmara Legislativa do Distrito Federal – Brasília/DF	Presencial	01:22:32
E15	Heloísa Machado de Souza	Enfermeira, Diretora do DAB	29/05/2015	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – Brasília/DF	Presencial	01:15:04
E13	Rosane Maria Nascimento da Silva	Nutricionista, presidente do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) e do FENTAS, e membro do FCFAS	12/06/2015	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) – Brasília/DF	Presencial	01:41:27
E11	Aline Azevedo da Silva	Enfermeira, técnica do DAB	23/06/2015	Gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS – Brasília/DF	Presencial	47:15
E10	Lúcio Rogério Gomes dos Santos	Professor de educação física, presidente do FCFAS e membro do Conselho Federal de Educação Física (CONFED).	24/06/2015	Câmara dos Deputados - Congresso Nacional - Brasília/DF	Presencial	01:06:54
E16	Tânia Cristina Walzberg	Médica, técnica do DAB	25/06/2015	Secretaria de Saúde do DF – Brasília/DF	Presencial	49:16
E1	Gastão Wagner de Sousa Campos	Médico, secretário executivo do Ministério da Saúde	15/09/2015	Skype – à distância	Skype	01:05:55



Apêndice B – Roteiro de entrevista semiestruturada com agentes do campo burocrático

	<p>Universidade Federal da Bahia Instituto de Saúde Coletiva Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva Doutorado em Saúde Pública Projeto de Tese: A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família Orientadora: Prof^a. Maria Guadalupe Medina Pesquisador responsável: Erika Rodrigues de Almeida</p>	
<p>Meu nome é Erika Rodrigues de Almeida e sou doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Sou orientanda da Prof.^a. Maria Guadalupe Medina e estou desenvolvendo um projeto de tese sobre a gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que engloba o processo de formulação dos NASF e de elaboração dos documentos normativos e técnicos que os regem.</p> <p>Um dos primeiros passos da pesquisa foi uma análise documental, a fim de identificar atores-chave que pudessem relatar a história de surgimento do NASF, as motivações que culminaram com sua criação e outros aspectos relevantes para a compreensão de sua gênese, e seu nome foi um dos destacados.</p>		
<p>Parte 1 – Sobre a gênese do NASF</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Fale sobre sua participação no NASF... 2) Com relação ao cargo que ocupava quando o NASF foi criado, como chegou àquele cargo? <ul style="list-style-type: none"> - Caso refira ter sido convidado/a, qual a sua relação com este agente? - Por qual/is razão(ões) acredita ter recebido este convite? 3) Quais as funções que você desempenhou junto ao NASF (quando ele foi criado)? Qual a sua contribuição específica ao NASF? 4) Você poderia me relatar como foi o processo de criação do NASF? <ul style="list-style-type: none"> - Você participou desse processo? - Se sim, de que forma? Qual o período que participou? - Em que ano se deu? - Como a ideia foi criada? - Quem eram as pessoas/instituições envolvidas nesse processo de criação da ideia do NASF? - O que motivou a criação do NASF? (por que o NASF foi criado? Para que o NASF foi criado? O que gerou a necessidade de se criar o NASF?) - Como você vê a articulação do NASF com a PNAB? E com a organização dos serviços de saúde no SUS? - Existiu alguma experiência piloto que inspirou a criação do NASF? Se sim, em que local? Fale sobre tal evento. 5) Você já ouviu falar do NAISF (Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família)? Se sim, você sabe por que houve alteração do NAISF para o NASF? <ul style="list-style-type: none"> - Você participou da criação do NAISF (em 2005)? - Se sim, poderia me relatar como foi esse processo? E quem foram as pessoas envolvidas? - Poderia me relatar como foi a construção da portaria 1065? 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Quem participou desse processo? - A portaria 1065 explicita 4 áreas estratégicas, já o NASF aponta 9. Poderias me relatar o que mudou da proposta NAISF para o NASF? - Quais as motivações para as modificações do NAISF até chegar à proposta do NASF? (a que / quem você atribui essas mudanças?) - Existiram conflitos/polêmicas no processo de transição NAISF-NASF? - E no processo de construção do NASF, existiram conflitos, polêmicas, projetos em disputa? Existiram propostas distintas de NASF? Quais eram estas propostas? Quem eram os autores destas propostas? Como foi o diálogo entre estes agentes com projetos de NASF diversos? Como se chegou ao modelo final (o que consta nos documentos). <p>6) Você poderia me relatar como foi o processo de formulação da proposta política do NASF?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como se deu a formulação da portaria 154? - A portaria 154 foi originada de algum outro documento/portaria? Se sim, qual? - Como se deu a formulação dos documentos técnicos e normativos que orientam a atuação dos profissionais inseridos nos NASF? - Quem foram as pessoas/instituições envolvidas nesse processo? - Você participou desse processo? - Se sim, de que forma? - Houve diálogo com os conselhos/sindicatos profissionais? - Se sim, qual (is)? - Como se deu este processo? - Quais as reações dos conselhos e sindicatos profissionais ao NASF? Quais as principais críticas? - Houve algum diálogo e/ou articulação com as IES / Academia para discussão, problematização e construção do NASF? - Como se deu esse processo? - Quem participou? (instituições / pessoas) <p>7) Com relação aos documentos técnicos que orientam a atuação dos profissionais do NASF, como se deu a elaboração destes documentos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como foi pensada a organização do processo de trabalho das equipes NASF? Que instrumentos de trabalho foram pensados e propostos para estes profissionais? - Que perfil profissional foi pensado para o NASF? Que perfil de formação? - Que tipo de apoio se pensava para o NASF em relação às equipes de Saúde da Família? Que tipo de articulação / relação foi pensada? - Essas ideias foram baseadas / fundamentadas em alguma matriz teórica? Qual? Por quais motivações?
<p>Parte 2 – A percepção sobre o NASF</p>	<p>8) Considerando o modelo final de NASF, o que prevaleceu e está proposto nos documentos técnicos e normativos, você acha que o NASF em vigor nos dias atuais é o mesmo que foi pensado em sua criação? Qual a distância entre o modelo (a proposta) pensado e o modelo (a proposta) em vigor?</p> <p>9) Você conhece e poderia relatar alguma experiência de NASF considerada exitosa, de sucesso? E de fracasso?</p>

	<p>10) Em sua opinião, que contribuição(ões) o NASF pode trazer? (A curto, médio e longo prazo) No âmbito da APS (com relação à organização e à atenção à saúde), no âmbito da organização do sistema de saúde como um todo?</p> <p>11) Que balanço você faz do processo de formulação e implantação do NASF? Quais os principais ganhos? Houve perdas?</p> <p>12) Você continua acompanhando o que ocorre em relação ao NASF? De que forma?</p>
<p>Comentários adicionais</p>	<p>13) Há algo que queira acrescentar a esta entrevista?</p> <p>14) Que pessoas você acredita que poderiam contribuir com este trabalho?</p>
<p>Parte 3 – Sobre a trajetória de vida dos agentes (tentar compreender as escolhas profissionais que culminaram com a trajetória profissional do agente – as questões a serem levantadas irão depender do currículo de cada agente)</p>	<p>15) Fale sobre sua trajetória de vida...</p> <p>16) Por que você decidiu cursar [<u>curso superior de formação do agente</u>]?</p> <p>17) Quais as suas motivações para fazer <u>especialização / mestrado / doutorado</u>?</p> <p>18) Você poderia comentar sua trajetória <u>nos diversos setores que trabalhou</u>? (Como chegou aos respectivos cargos? Que atividades você desempenhou? Por que saiu destes locais/setores/empregos?)</p> <p>19) Você poderia me relatar sua trajetória política (participação em movimento estudantil, representação profissional, movimento popular, ONG, sindicato, partido político, organizações/associações)?</p> <p>20) Com relação ao cargo que ocupa atualmente, como chegou a este cargo e a esta instituição/órgão?</p> <p>21) Além deste cargo, você está envolvido em outra atividade/função/ocupação?</p>

Apêndice C – Roteiro de entrevista semiestruturada com agentes representantes das entidades profissionais

 <p>Universidade Federal da Bahia Instituto de Saúde Coletiva Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva Doutorado em Saúde Pública Projeto de Tese: A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família Orientadora: Profª. Maria Guadalupe Medina Pesquisador responsável: Erika Rodrigues de Almeida</p> 	
<p>Parte 1 – Sobre a trajetória de vida dos agentes (tentar compreender as escolhas profissionais que culminaram com a trajetória profissional do agente – as questões a serem levantadas irão depender do currículo de cada agente)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Fale sobre sua trajetória de vida profissional... <ul style="list-style-type: none"> - Por que você decidiu cursar [<u>curso superior de formação do agente</u>]? - Quais as suas motivações para fazer <u>especialização / mestrado / doutorado</u>? - Você poderia comentar sua trajetória <u>nos diversos setores que trabalhou</u>? (Como chegou aos respectivos cargos? Que atividades você desempenhou? Por que saiu destes locais/setores/empregos?) - Com relação ao cargo que ocupa atualmente, como chegou a este cargo e a esta instituição/órgão? - Além deste cargo, você está envolvido em outra atividade/função/ocupação? 2) Você poderia me relatar sua trajetória política (participação em movimento estudantil, representação profissional, movimento popular, ONG, sindicato, partido político, organizações/associações)? 3) Como você ingressou no Conselho [<u>da área profissional</u>]? Qual o cargo/função que ocupa/ocupava no Conselho? Qual o período de atuação no Conselho? 4) Em que momento da sua trajetória profissional você se envolve no debate acerca do NASF? De que forma isso se deu? Por qual(is) razão(ões) acredita ter sido indicado para estar a frente desta pauta?
<p>Parte 2 – Sobre o envolvimento/participação do Conselho profissional na gênese e/ou emergência do NASF</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5) Fale sobre a participação do Conselho [<u>da área profissional</u>] na gênese e/ou emergência do NASF... <ul style="list-style-type: none"> - Como o Conselho [<u>da área profissional</u>] soube da proposta do NASF? - Quais as reações do Conselho [<u>da área profissional</u>] e sindicato profissional da área ao NASF? Quais as principais críticas? - De que forma o Conselho [<u>da área profissional</u>] se aproxima do debate do NASF? - Qual (is) era(m) o(s) agente(s) do Conselho [<u>da área profissional</u>] que participava(m) desse debate? Em que(quais) espaço(s) e em que período isso se deu? - Qual(is) a(s) motivação(ões) do Conselho [<u>da área profissional</u>] para a inserção desta categoria profissional na APS? - Qual(is) a(s) demanda(s) do Conselho [<u>da área profissional</u>] nos espaços de discussão onde o NASF foi criado/construído? Que(quais) tipo(s) de solicitação(ões) foi(foram) apresentada(s) para o Ministério da Saúde no que concerne ao NASF?

	<p>- Houve algum conflito/disputa com o Ministério da Saúde e/ou com outra instituição (ex. Conass, Conasems, outro conselho profissional, etc.) relacionado às demandas que o Conselho <u>[da área profissional]</u> apresentou? Se sim, quais? Como estes conflitos foram debatidos? Houve resultado favorável ou desfavorável ao Conselho <u>[da área profissional]</u> nessas disputas? A que pode ser atribuído este resultado?</p> <p>6) Como você vê a articulação do NASF com a PNAB? E com a organização dos serviços de saúde no SUS? E com a incorporação da <u>[categoria profissional]</u> na APS e no SUS?</p> <p>- Existiu alguma experiência piloto de inserção da <u>[categoria profissional]</u> na APS e no SUS antes do NASF (que possa ter inspirado/contribuído para a criação do NASF)? Se sim, em que local? Fale sobre tal evento.</p> <p>7) O Conselho <u>[da área profissional]</u> participou do processo de formulação da proposta política do NASF, ou seja, da formulação da portaria de que instituiu o NASF?</p> <p>8) O Conselho <u>[da área profissional]</u> participou do processo de formulação dos documentos técnicos e normativos que orientam a atuação dos profissionais inseridos nos NASF?</p> <p>- Quem foram as pessoas/instituições envolvidas nesse processo?</p> <p>- Você participou desse processo?</p> <p>- Se sim, de que forma?</p> <p>- Houve algum diálogo e/ou articulação com as IES / Academia para discussão, problematização e construção do NASF?</p> <p>- Como se deu esse processo?</p> <p>- Quem participou? (instituições / pessoas)</p> <p>- Como foi pensada a organização do processo de trabalho <u>[da área profissional]</u> nas equipes NASF? Que instrumentos de trabalho foram pensados e propostos para estes profissionais?</p> <p>- Que perfil profissional <u>[da área profissional]</u> foi pensado para o NASF? Que perfil de formação?</p> <p>- Que tipo de apoio do <u>[profissão]</u> se pensava para o NASF em relação às equipes de Saúde da Família? Que tipo de articulação / relação foi pensada?</p> <p>- Essas ideias foram baseadas / fundamentadas em alguma matriz teórica? Qual? Por quais motivações?</p>
<p>Parte 3 – A percepção sobre o NASF</p>	<p>9) Considerando o modelo final de NASF, o que prevaleceu e está proposto nos documentos técnicos e normativos, você acha que o NASF em vigor nos dias atuais é o mesmo que foi pensado em sua criação? Qual a distância entre o modelo (a proposta) pensado e o modelo (a proposta) em vigor?</p> <p>10) Você conhece e poderia relatar alguma experiência de NASF considerada exitosa, de sucesso? E de fracasso?</p> <p>11) Em sua opinião, que contribuição(ões) o NASF pode trazer? (A curto, médio e longo prazo) No âmbito da APS (com relação à organização e à</p>

	<p>atenção à saúde), no âmbito da organização do sistema de saúde como um todo? No âmbito de fortalecimento/consolidação da <u>[categoria profissional]</u>?</p> <p>12) Que balanço você faz do processo de formulação e implantação do NASF? Quais os principais ganhos? Houve perdas?</p> <p>13) Você continua acompanhando o que ocorre em relação ao NASF? De que forma?</p>
Comentários adicionais	<p>14) Há algo que queira acrescentar a esta entrevista?</p> <p>15) Que pessoas do Conselho <u>[da área profissional]</u> você acredita que poderiam contribuir com este trabalho?</p>

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Informado

Eu, Erika Rodrigues de Almeida, estou pesquisando a emergência dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a fim de contribuir na identificação das condições de possibilidade para sua formulação e suas especificidades. Este trabalho objetiva analisar a sociogênese dos NASF, por meio do estudo dos processos político-institucionais que resultaram em sua proposição e da análise da origem e trajetória social dos agentes envolvidos neste processo, bem como da relação entre a proposta organizacional do NASF com os modelos de atenção à saúde em disputa no Brasil.

Assumo o compromisso de que sua identidade permanecerá confidencial, salvo expressa manifestação em sentido contrário, haja vista a ocupação de cargos ou posições públicas. Caso o(a) senhor(a) decida manifestar pública a sua opinião, será garantido que a transcrição da entrevista será submetida a sua apreciação antes de qualquer divulgação.

Sua participação nessa pesquisa é fundamental para a elucidação dos processos que culminaram com o surgimento do NASF, porém ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento o(a) senhor(a) poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

O(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a coordenação do projeto através do telefone (71) 3283-7402 / 7403.

Eu, _____, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família” e aceito nela participar.

- Autorizo a identificação de meu nome nas publicações resultantes do referido projeto.
- Não autorizo a identificação do meu nome.

_____, ____/____/____.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE A PESQUISA:

Pesquisador Responsável: Erika Rodrigues de Almeida

Pesquisadores participantes: Maria Guadalupe Medina

Telefones para contato: (71) 92556157.

Apêndice E – Matriz de sistematização dos conteúdos das entrevistas com os agentes

Agentes entrevistadas (os)	CATEGORIAS DE SISTEMATIZAÇÃO						
	Formação e trajetória profissional	Motivação para a criação do NASF	Trajatória de emergência e gênese do NASF	Conflitos / interesses / pactuações sobre o NASF com as categorias profissionais	Redes de relações entre os agentes	Relação do NASF com modelos de atenção à saúde	Observações

Apêndice F – Matriz de sistematização dos documentos normativos e técnicos do NASF (minutas e portarias NSI, NAISF e NASF)

CATEGORIAS DE ANÁLISE	NSI	NAISF	NASF
Documento (s)			
Definição			
Objetivo(s)/ propósitos / finalidade			
Diretriz(es)			
Palavras-chave do documento			
Público-alvo da proposta			
Composição da equipe/ modalidades de ação			
Proporção de núcleos por equipe de atenção básica			
Carga horária dos profissionais			
Atividades a serem desenvolvidas/ atribuições dos profissionais			
Modalidades de implantação			
Processo de implantação			
Processo de adesão			
Metas para implantação			
Financiamento			
Impacto financeiro (máximo)			
Contrapartidas municipais e/ou estaduais			
Vinculação restrita à estratégia saúde da família?			
Relação com a equipe de atenção básica			
Relação com os demais níveis de atenção			
Relação com outras políticas públicas			
Relação com o setor privado?			
Modalidades de contratação dos profissionais			
Populações priorizadas			
QUADRO SÍNTESE DAS 3 PROPOSTAS			
NSI			
NAISF			
NASF			

Apêndice G – Resumo das trajetórias dos agentes entrevistados

Afra Suassuna Fernandes

“Muito obrigada pela oportunidade de eu rever, de eu reviver essa história. Foi muito boa!”

“Médica de formação, pediatra por especialidade e sanitarista por opção”. Iniciou os estudos de Medicina em 1981, na Universidade Federal de Pernambuco, influenciada por um ambiente familiar de médicos (pai, irmão e tios). Na formação aproximou-se da oftalmologia (por influência do pai), da psiquiatria e se encantou pela pediatria (*“por influência grande de um tio que era pediatra”*). Durante a graduação se envolveu com o movimento estudantil e foi voluntária em projetos religiosos da igreja católica. Em 1985 concluiu a graduação e de 1986 a 1988 cursou residência em Pediatria no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), onde seguiu a maior parte de sua vida profissional. Após o término da residência, integrou projeto de extensão comunitária realizada em comunidades de baixa renda no Recife/PE (conhecido por “projeto das favelas”), convidada pela então coordenadora do projeto, a professora Tereza Bezerra. O projeto foi instituído em 1983, pelo IMIP e UNICEF, e foi uma importante experiência que contribuiu para a formulação do PACS. No início da década de 90, quando a gestão municipal da saúde foi assumida por Guilherme Robalinho, médico e professor do IMIP, foi convidada, junto com a professora Tereza Bezerra, a integrar a equipe da secretaria, com a tarefa de implantar o PACS em Recife. Em 1995, quando Miguel Arraes foi eleito governador do estado de Pernambuco, e Jarbas Barbosa assumiu a secretaria estadual de saúde (SES), foi convidada a integrar a equipe da SES, na diretoria assumida por Eronildo Felisberto, o qual havia sido chefe de Tereza Bezerra no IMIP. Em pouco tempo assumiu a Diretoria Executiva de Atenção Básica, com a responsabilidade de implantar o PACS e o recém criado PSF. Neste período desenvolveu atividades de consultoria ao Ministério da Saúde, que resultou, em 2000, num convite de Heloíza Machado (então diretora do DAB) e Renilson Rehem (então secretário da SAS) para compor a equipe do DAB em Brasília, na chamada Coordenação de Expansão do Saúde da Família. Permaneceu no DAB de janeiro de 2000 a julho de 2005, desempenhando funções de coordenação e direção. Se envolveu, neste período, com o iniciado processo de construção do NAISF-NASF, pensado como *“outros passos que nós tínhamos que dar pra qualificar o modelo de atenção e qualificar a atenção básica em saúde”*. Após a saída do DAB atuou, durante 1 ano, como assessora do CONASEMS, e depois como chefe de gabinete da Secretaria de Vigilância à Saúde até 2007, quando retornou à Recife. Reinsereu-se no IMIP, onde atuou como chefe de emergência da alta complexidade de pediatria, preceptora em ambulatório, e coordenadora do programa de extensão. De 2008 a 2010 cursou mestrado em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ. Em 2009 ingressou na Faculdade Pernambucana de Saúde (ligada ao IMIP), tendo assumido a coordenação de práticas da atenção primária. De 2011 a 2014 atuou como diretora de Atenção Básica da SES, tendo retornado à Faculdade em seguida, onde atualmente é Secretária Executiva da Pós-graduação *stricto sensu* e docente do curso de Medicina.

Fontes:

1. Entrevista realizada em 27/11/2014, Recife, PE
2. Currículo Lattes de Afra Suassuna Fernandes, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/0377102523596189>, acessado em 13/05/2015.

Aline Azevedo da Silva

“A gente leu muito, foi um momento muito rico, muito rico mesmo, porque a gente vivia muito essa questão da integralidade.”

Enfermeira pernambucana que, ao concluir a formação, mudou-se para João Pessoa/PB para trabalhar na Secretaria Estadual de Saúde (SES). Na SES atuou em diversos espaços, dentre os quais a Coordenação de Planejamento, numa época em que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde teve sua implantação iniciada. Neste período, atuou como referência estadual na pauta de implantação do PACS, tendo atuado como colaboradora do Ministério da Saúde, por meio de atividades em diversos estados voltadas à implantação do Programa. Em janeiro de 1996 aceitou o convite feito pela então coordenadora do PACS e PSF no Ministério da Saúde, Danusa Fernandes Benjamin, para integrar a equipe desta coordenação em Brasília/DF. Em sua trajetória pelo Ministério da Saúde, atuou majoritariamente no DAB, tendo contribuído na formulação do NAISF, em um momento em que *“estava em plena discussão generalizada dentro do Ministério a questão da qualidade da atenção, a questão da integralidade”*. Em 2003 concluiu mestrado profissional em Saúde Coletiva pelo ISC/UFBA, com dissertação intitulada *Programa Saúde da Família: trajetória institucional no âmbito do Ministério da Saúde*, orientada pela prof^a. Mônica Nunes. Mais recentemente integrou a equipe do gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e em 2015 assumiu cargo efetivo em concurso do Ministério da Saúde, tendo sido alocada na Secretaria de Atenção à Saúde.

Fonte:

1. Entrevista realizada em 23/06/2015, Brasília, DF.

Berardo Augusto Nunan

“Minha trajetória predominante mesmo é na atenção primária.”

Cursou Medicina na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no período de 1989 a 1995. Após a formação, atuou na Atenção Primária até 2012, quando ingressou na Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), em Brasília/DF. Durante sua trajetória profissional, serviu ao Exército Brasileiro na fronteira entre Amazonas e Colômbia durante 1 ano (1996 a 1997), como Médico II Tenente do Comando de Fronteira do Rio Negro – 5º Batalhão Infantaria de Selva. Logo em seguida retornou à Belo Horizonte, onde atuou na atenção primária em centros de saúde durante 1 ano (1997 a 1998). Depois atuou como médico de família em Santa Luzia/MG (1998 a 1999) e em Contagem/MG (1991 a 2001), *“onde eu me encantei com o potencial que tinha, a diferença que essa forma de trabalhar tinha em relação às outras que eu tinha trabalhado”*. Na experiência vivida em Contagem conheceu Luis Fernando Rolim Sampaio, então secretário municipal de saúde, com o qual atuou na gestão do município. Em 2002 recebeu convite de Luis Fernando, que recém havia integrado equipe do DAB/MS, votando a trabalhar com ele em Brasília/DF. Inicialmente trabalhou com a pauta de monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família. Permaneceu no DAB até 2009, tendo se envolvido, sobretudo, na formulação do NAISF-NASF e na construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Segundo o mesmo, o NAISF-NASF surgiu *“do ponto de vista da gestão federal querendo induzir um aumento de resolubilidade mesmo e olhando pra qualidade.”* Em 2009 prestou concurso para o Governo do Distrito Federal (GDF), tendo atuado na gestão da APS por dois anos, onde assumiu funções de diretor e de subsecretário de Atenção Primária do DF. Em seguida assumiu a Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas da FEPECS, estrutura componente da SES/DF, de 2012 a 2013, período em que também atuou como professor especialista da Universidade Católica de Brasília (UCB). No âmbito da formação, cursou especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde pela Escola Nacional de Administração Pública, de 2005 a 2006, e Especialização em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, em 2004 (prova de título). Desde 2013 está atuando como diretor da Escola de Aperfeiçoamento do SUS/FEPECS.

Fontes:

1. Entrevista realizada em 28/08/2014, Brasília, DF.
2. Currículo Lattes de Berardo Augusto Nunan, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/4300288372235120>, acessado em 05/05/2015.

Carmem Lúcia de Simoni

“Porque eu me emociono com minha história própria, porque é uma história que poucos puderam ter a oportunidade de vivenciar. Desculpa, sem modéstia, mas poucos mesmo! Então se eu não me emocionar com isso que o universo me presenteou, e eu acredito nisso, os presentes do universo. Eu tava lá presente numa hora que foi preciso, eu fui disponível, topei, disse sim, foi um convite totalmente inesperado.”

Médica graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP) – 1982 a 1987. Durante a formação, se *“interessava pelas questões de saúde coletiva e da saúde mental”*, tendo realizado cursos de aperfeiçoamento em Planejamento e Administração em Saúde (PUCCAMP – 1993) e em Saúde Coletiva (Instituto de Saúde Coletiva – 1999 a 2000), além de Curso de Especialização (UNICAMP, 1998) e de Mestrado em Saúde Coletiva (ISC/UFBA – 2004 a 2006). Em sua trajetória profissional sempre trabalhou na Atenção Primária, *“porque era o lugar que eu me identificava mais em relação a qualquer outra coisa na saúde”*, tendo atuando em Campinas (1989-1994), em Salvador (1995-1997) e em Vitória da Conquista (1997). Em 2001 ingressou no Ministério da Saúde, inicialmente *“em um projeto que não tinha absolutamente nada a ver com esse objeto que foi tão caro pra mim, que foi o projeto do cartão nacional de saúde, o cartão SUS.”* Em 2003, por ter uma trajetória muito ligada às medicinas não convencionais, propôs ao amigo e então secretário da SAS, Jorge Solla, um projeto *“que era juntar o mundo da atenção básica, que era a minha militância profissional, com meu mundo paralelo, que era o das medicinas não convencionais, que depois alcunhamos de práticas integrativas e complementares”*. Desde então iniciou sua participação na formulação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Também neste período participou da construção do NAISF-NASF, pensado a partir da *“necessidade de uma ampliação, dentro da atenção básica, de outros saberes em saúde”*. Em 2005 assumiu a assessoria de gabinete do DAB, junto com Luis Fernando Rolim Sampaio, onde trabalhou na elaboração da PNPIC, da PNAB e da PNPS – *“três políticas centrais pro SUS, harmônicas, elas não eram esquizofrênicas entre si à época”*. Permaneceu no gabinete até 2008, período em que centrou suas atividades nas discussões em torno da PNPIC. Em 2011 saiu do Ministério da Saúde para assumir concurso na SES/DF como médica de família e comunidade, dividindo sua carga horária, de 2012 até o momento atual, com atividades de docência no curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde/FEPECS – *“Então eu preciso estar num lugar onde eu possa ser uma voz crítica pra isso. Então é nesse lugar que eu tô hoje. Na formação de alunos que me dá essa possibilidade e atuando como médica de família, experimentando na prática.”*

Fontes:

1. Entrevista realizada em 05/11/2014, Brasília, DF.
2. Currículo Lattes de Carmem Lúcia de Simoni, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9922996539329117>, acessado em 13/05/2015.

Claunara Schilling Mendonça

“Eu sempre falo do NASF como um segundo degrau da política de atenção primária no Brasil. Eu acho que acertadamente a Saúde da Família foi criada como uma equipe multiprofissional.”

Médica graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), de 1988 a 1994, especialista em Medicina Geral Comunitária pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – 1995 a 1996, e especialista em Medicina de Família e Comunidade (prova de título pela SBMFC em 2004). Atuou como médica de família e comunidade nos municípios de Novo Barreira/RS (1994) e de Porto Alegre/RS (1996-1998), tendo assumido a Coordenação do Programa Saúde da Família neste último no período de 1999 a 2002. Em 2002 ingressou no Ministério da Saúde, a convite do colega Luis Fernando Rolim Sampaio, inicialmente na Secretaria de Atenção à Saúde, como apoiadora institucional para a implementação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Neste período conheceu o José Carlos Moraes (Cal), que veio a ser o diretor do Departamento de Regulação do MS, o qual a convidou para assessorá-lo. Em 2005 foi convidada para a assessoria de gabinete do DAB pelo então diretor, Luis Fernando, tendo assumido a diretoria quando o mesmo foi para o Canadá, em 2008. Foi neste período que se deu seu envolvimento com o NASF, já com a portaria 154 publicada, tendo atuado mais intensivamente *“com a questão financeira, para garantir a implantação”*. No âmbito acadêmico, cursou mestrado profissional em Epidemiologia na UFRGS no período de 2007 a 2009. Permaneceu no Ministério até 2011, quando retornou à Porto Alegre para ingressar como docente do Departamento de Medicina Social da UFRGS. Atuou, de 2011 a 2014, como gerente do Serviço de Saúde Comunitária do GHC – *“Eu saí do ministério e voltei, gerei um serviço de atenção primária antigo, ele é antes do SUS, um serviço que historicamente sempre foi multiprofissional. É o serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição”*. Desde 2015 também integra o quadro de docentes do Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS), do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (CETPS/GHC). Atualmente está cursando doutorado em Epidemiologia na UFRGS.

Fontes:

1. Entrevista realizada em 12/03/2014, Brasília, DF.
2. Currículo Lattes de Claunara Schilling Mendonça, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/6572058633654156>, acessado em 03/04/2016.

Gastão Wagner de Sousa Campos

“Eu sou uma pessoa muito libertária, aposto muito na emancipação, na autonomia, inclusive nas práticas de saúde, nas práticas pedagógicas, e eu tenho a implicação, ou seria a implicância muito grande com a coisa da Instituição, com esse controle, centralização de poder.”

Médico, pesquisador, professor, sanitarista, gestor e importante militante do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. cursou Medicina na Universidade de Brasília (UNB), no período de 1970 a 1975. Durante a formação sofreu forte influência de diversos professores para atuar na medicina preventiva e social. Ao concluir a graduação, cursou residência em Clínica Médica no Hospital das Forças Armadas de Brasília (1976 a 1977), apesar de querer fazer saúde pública, *“mas em Brasília não havia essa residência”*. Em 1977 mudou-se para São Paulo, onde realizou dois cursos de especialização: Saúde Pública (1977) e Planejamento do Seto (1978), ambos na Universidade de São Paulo (USP). Entre 1977 e 1982 trabalhou como médico sanitarista pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP), onde também atuou como assessor de planejamento do Gabinete da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados (em 1977) e como diretor do Centro de Saúde em Santo André (de 1978 a 1982). De 1983 a 1988 dirigiu o Centro de Saúde Escola de Paulínia/SP. Segundo ele: *“Eu pensei em ser professor depois de uns 5 anos de prática. Ai fui fazer mestrado.”* De 1981 a 1986 cursou Mestrado em Medicina Preventiva na USP, seguido de curso de Doutorado em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), de 1986 a 1991, cuja tese deu origem a uma de suas obras mais expressivas (*A Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*). Neste período foi aprovado em concurso público para docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, onde permanece até os dias atuais. No período de implantação do SUS – 1989 a 1991 – atuou como secretário municipal de saúde de Campinas/SP, tendo retornado à esta função de 2001 a 2003. Nestas experiências teve sua primeira aproximação com o que viria a ser o NASF, que foram equipes temáticas de assessoria às equipes de Atenção Básica, numa perspectiva de apoio matricial. Inclusive é desta época que datam suas primeiras produções sobre a temática, que *“foi um trabalho de pesquisa assinado, mas ao mesmo tempo um trabalho coletivo de experimentação”*. De 2003 a 2004 atuou no Ministério da Saúde, em Brasília/DF, como Secretário Executivo do então Ministro da Saúde Humberto Costa, tendo assumido o cargo a convite do então presidente Lula. O convite se deu por sua trajetória no movimento sanitário e por ter coordenado a plataforma política da saúde durante três campanhas do Lula. Após sair do Ministério, retornou à UNICAMP. No campo da pesquisa, que *“sempre foi vinculada à organização do SUS, à organização da atenção básica, o trabalho em saúde, clínica ampliada”*, possui uma vasta produção científica no campo da Saúde, em especial no campo da Saúde Coletiva. É autor de diversos artigos, livros e capítulos de livros, muitos deles relacionados a uma de suas principais teorias: o método Paideia (apoio matricial, clínica ampliada, co-gestão de coletivos, etc.), a qual fundamenta as diretrizes do trabalho do NAISF-NASF desde sua concepção. No período em que esteve no Ministério da Saúde apresentou importante contribuição para a gênese do NAISF, apesar de sua “presença” ter sido mais expressiva em 2008, quando da emergência do NASF.

Fontes:

1. Entrevista realizada em 15/09/2015, via Skype.
2. Currículo Lattes de Gastão Wagner de Sousa Campos, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/3446369684550232>, acessado em 03/04/2016.

Heloíza Machado de Souza

“Eu digo que o SUS tem muitos galhos, mas assim, macaquinho pula, vai e volta (...) Nessa árvore do SUS, os macaquinhos só vivem mudando de galho.”

Enfermeira graduada em 1983 pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Durante a graduação foi *“bastante influenciada já por alguns docentes que militavam no movimento sanitário”*, tendo feito militância *“num grupo de trabalho, que era um grupo de estudantes já com uma característica multiprofissional que tentava criar um espaço de discussão e de atuação fora dos muros hospitalares”*. Após a formação atuou durante um ano em Criciúma/SC, tendo seguido para o Paraná para trabalhar na região sudoeste do estado, em um trabalho liderado por Haroldo Ferreira – *“pra mim a maior escola da vida foi ter trabalhado esses anos lá”*. Em 1993 foi convidada por Haroldo Ferreira, que havia assumido a presidência da FUNASA, para trabalhar no Ministério da Saúde (Brasília/DF) na coordenação do PACS. Vale ressaltar que a mesma havia sido convidada *“numa perspectiva de acabar com o programa, porque o programa tinha saído do escândalo, da gestão do Alcenir Guerra, das bicicletas, das mochilas, e ele tinha uma análise muito negativa do programa”*, a qual foi neutralizada num trabalho conjunto com a companheira do Haroldo, a Ângela Pistelli. Em seguida passou a coordenar também o PSF, já na estrutura denominada Coordenação de Saúde da Comunidade, a qual deu origem ao DAB, onde permaneceu até 2003 como diretora. No período em que esteve no DAB se deu sua aproximação com o que viria a originar o NASF, quando se começou a discutir a necessidade de *“estruturar serviços de referência e contra-referência nas clínicas básicas”*, numa perspectiva de *“mostrar mudança nos indicadores básicos no Saúde da Família”*. Entre 2003 e 2006 atuou como assessora técnica do CONASS e como oficial de projetos da UNESCO. De 2006 a 2007 atuou como docente na Universidade Católica de Brasília. Paralelamente, prestou concurso para a SES/DF, tendo assumido a Coordenação de Pós Graduação da FEPECS/SES/DF, onde trabalhou com a área de residência multiprofissional – *“quando o ministério começou a financiar as residências multiprofissionais”*. Em abril de 2007 foi cedida para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, tendo ocupados cargos de chefe de gabinete, de diretora do Departamento de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde e de Secretária Adjunta da SVS, onde permaneceu até 2010. Paralelamente atuou como Coordenadora da Pós Graduação em Saúde da Família no Instituto Laboro (2008 a 2011) e ainda atua como docente convidada da pós nesta Instituição (desde 2009). Desde 2010 atua na Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRAS) como chefe de gabinete.

Fontes:

1. Entrevista realizada em 29/05/2015, em Brasília, DF.
2. Currículo Lattes de Heloíza Machado de Souza, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/5530195156691828>, acessado em 13/05/2015.

Lúcio Rogério Gomes dos Santos

“Nesse caminho, além da liderança interna eu acabei tendo a sorte de estar na hora certa com as pessoas certas. Nenhum mérito! Eu só tive sorte de estar no lugar certo e ter vontade de fazer o correto, então isso me colocou em situações como coordenação, como ser eleito e reeleito para coordenador do Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde, isso acabou me dando essa oportunidade.”

Natural do Rio de Janeiro/RJ, possui graduação em Educação Física pela Universidade Castelo Branco (1991) e Pós Graduação em Psicomotricidade pela Universidade Estácio de Sá (1993). Durante a faculdade já trabalhava com esporte, mas entendia que *“precisava do conhecimento acadêmico, científico, pedagógico, pra me diferenciar de algumas pessoas que eu via que eram treinadores, que eram professores de musculação, mas eram muito rústicos, mas isso me incomodava, eu achava que era uma profissão muito séria pra não ter base científica”*. Ao participar de um evento onde o palestrante defendeu que não era preciso fazer faculdade para se tornar professor de Educação física, iniciou sua trajetória na luta pelo reconhecimento da profissão – *“Comecei a colher assinaturas, fui me associar à associação de professores de Educação Física do Rio de Janeiro, entrei nessa militância, sendo soldado.”* Desde então se aproximou de importantes nomes da categoria, como Inezil Penna Marinho, Jorge Steinhilbert e Ernani Contursi, com quem militou pela regulamentação da Educação Física. Em 1997 assumiu concurso público em Brasília/DF, onde acompanhou mais intensivamente a tramitação do projeto de lei no Congresso Nacional, o qual foi aprovado um ano depois. Na trajetória pela regulamentação da profissão, por volta de 1999/2000, se aproximou do Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS), e já nas primeiras reuniões foi escolhido o representante do Conselho Federal de Educação Física (CFEF) no Fórum. Pouco tempo depois assumiu a coordenação do FCFAS, tendo sido eleito por dois mandatos: 2005-2008. Neste período chega ao seu conhecimento a movimentação em torno da formulação do NASF, inclusive com apresentação da proposta no espaço do FCFAS – *“Os técnicos já trouxeram mais ou menos a ideia do NASF. E aí nós fizemos essa construção a partir do que o próprio Ministério levou pros conselhos profissionais. É um crédito que nós temos que dar pro Ministério.”* Em sua trajetória de militância, além da presidência do FCFAS, foi presidente de Associações, de Sindicato de Professores, de Conselho Profissional e Vice-diretor de Escola de Ensino Fundamental. Atualmente exerce a função de secretário executivo não parlamentar da Frente Parlamentar da Atividade Física para o Desenvolvimento Humano, no Congresso Nacional. Foi candidato a deputado distrital pelo PR (Partido da República) em 2010, e a deputado estadual pelo PRB (Partido Republicano Brasileiro) nas eleições de 2014, não tendo sido eleito em ambas ocasiões (939 e 2.913 votos válidos recebidos, respectivamente).

Fontes:

1. Entrevista realizada em 24/06/2015, em Brasília, DF.
2. Currículo Lattes de Lúcio Rogério Gomes dos Santos, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/0442204987783112>, acessado em 03/06/2015.
3. <http://noticias.uol.com.br/politica/politicos-brasil/2010/deputado-distrital/07031966-lucio-rogerio.jhtm>, acessado em 24/04/2016.
4. <http://meucongressonacional.com/eleicoes2014/candidato/2014190000001374>, acessado em 24/04/2016.
5. <http://www.confef.org.br/extra/revistaef/show.asp?id=3756>, acessado em 24/04/2016.

Luis Fernando Rolim Sampaio

“Eu acho que os atores que ajudaram a construir essa história têm muito orgulho, eu, pelo menos, tenho muito orgulho do trabalho que a gente conseguiu fazer no tempo que eu pude estar ajudando nesse processo, construindo esse processo.”

Médico graduado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG, de 1983 a 1988), especialista em Homeopatia (Instituto Mineiro de Homeopatia, de 1990-1991) e em Gestão Hospitalar (ENSP, de 1995-1996), cursou mestrado profissional em Saúde Coletiva (ISC/UFBA, de 2002 a 2003) e doutorado em Saúde Global (Universidade de Toronto, 2009 a 2013). Iniciou sua vida profissional em Minas Gerais como secretário de saúde em três cidades: Brumadinho (1993-1996), Ibiá (1997-1998) e Contagem (1999-2000). Quando esteve à frente da SMS de Contagem, desenvolveu experiência envolvendo equipes de apoio na Atenção Básica, a qual veio a ser incorporada no processo de construção do NAISF-NASF. Em 2001, a convite de Heloísa Machado, mudou-se para Brasília/DF para atuar no Ministério da Saúde, na Coordenação de Gestão da Atenção Básica (2001 a 2002). De 2002 a 2004 atuou na BIREME-OPAS (Biblioteca Regional de Medicina) como consultor do Projeto *Informação para Tomadores de Decisão – ITD*. De 2004 a 2005 atuou como consultor do CONASS. De 2005 a 2008 esteve à frente do DAB como diretor, segundo ele por *“uma questão de liderança, de reconhecimento. Eu nunca fui um quadro político-partidário, eu não sou uma pessoa de vinculação política-partidária. Eu sempre trabalhei com vinculação muito mais técnica-política.”* Ao assumir esta função, retomou o debate em torno do NAISF-NASF, tendo liderado um importante movimento de transformações na proposta inicial – *“A minha experiência nos municípios me deixaram muito pouco confortável com uma norma que fosse tão rígida quanto a norma que tinha sido publicada. (...) Então a gente acaba mexendo um pouco na portaria, e republicando uma portaria que era mais flexível, que o município pudesse escolher qual o profissional que ele colocava”*. Após a passagem pelo Ministério, desenvolveu trajetória junto a organismos internacionais, tendo atuado, de 2008 a 2011, como consultor internacional em diversas instituições no Canadá, Índia, África do Sul e América Latina, dentre as quais o Banco Mundial, a OPAS, o BIRD, a Kaiser Family Foundation, e os escritórios de saúde global e internacional do Departamento de Medicina de Família e Comunidade e da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Toronto, onde também trabalhou como professor. Neste período realizou seu doutorado na Universidade de Toronto. Retornou ao Brasil em 2011, tendo assumido o cargo de assessor de Desenvolvimento e Informação Estratégica da Unimed-BH e, em janeiro de 2012, assumiu a Superintendência de Serviços Próprios da Unimed-BH, cargo que ocupa até os dias atuais.

Fontes:

1. Entrevista realizada em 16/10/2014, via webconferência.
2. Currículo Lattes de Luis Fernando Rolim Sampaio, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/5477198943924996>, acessado em 13/05/2015.
3. http://www.unimed.coop.br/pet/index.jsp?cd_canal=64308&cd_secao=64401&cd_materia=333851, acessado em 24/04/2016.

Maria do Perpétuo Socorro Albuquerque Matos (Socorro Matos)

“Isso aqui é muito caro pra mim. É como um filho.”

Médica graduada pela Universidade de Brasília (1977 a 1983), com residência em Medicina Preventiva e Social (USP/RP, de 1984 a 1986), mestrado em Saúde Pública (USP, de 1995 a 2001) e doutorado em Política Social (UNB, de 2010 a 2013). Optou pela Medicina “*um pouco antes da inscrição no vestibular*”, pois começou a ler psiquiatria e se encantou “*com a ideia de cuidar de loucos*”. Ao entrar no curso, desistiu da psiquiatria – “*porque eu decidi que eu não ia trabalhar ali no manicômio*” – e “descobriu” a Saúde Coletiva por meio da colega Arlete Sampaio, “*que na realidade a universidade nessa época era ditadura militar, toda a área coletiva já tinha sido praticamente expurgada da universidade pela ditadura*”. Durante a formação se envolveu com movimento estudantil, foi do centro acadêmico e fez militância política na luta contra a ditadura. Após a Residência em Medicina Preventiva e Social na USP- Ribeirão Preto, prestou concurso público para sanitarista no estado de São Paulo, tendo atuado boa parte do tempo em Santos/SP, onde conheceu David Capistrano, com quem teve grande formação na área de saúde pública – “*Porque o que eu aprendi com David eu não aprendi com mais ninguém. Não foi escola nenhuma que eu participei. Porque o David foi uma escola.*” Em Santos atuou em diversas frentes, dentre as quais como coordenadora do programa de redução da mortalidade infantil, tendo depois (1998 a 2000) atuado na equipe de Capistrano em São Paulo, o qual havia sido convidado por Adib Jatene – “*A gente trabalhava contra o tempo, porque o David sempre teve pressa.*” Após a morte de David (novembro de 2000), voltou a trabalhar em São Paulo, agora com o então secretário de saúde Eduardo Jorge. Em 2003 foi convidada por Gastão Wagner para integrar a equipe do DAB, no Ministério da Saúde, em Brasília/DF. O convite foi aceito também por questões pessoais (o marido também havia sido convidado para assumir cargo no extinto MESA – Ministério de Segurança Alimentar e Combate à Fome – em Brasília/DF). Inicialmente atuou como consultora da coordenação de gestão do DAB, juntamente com Afra Suassuna e Reneide Muniz. No final de 2003 assumiu a coordenação de gestão. Neste período se envolveu com a discussão em torno da formulação do NAISF-NASF: “*a primeira coisa que eu me lembro foi uma reunião no gabinete do Gastão, com um representante do Ministério dos Esportes, dizendo que queria discutir como desenvolver a relação da atividade física no SUS*”. Agregou, neste período, as experiências vivenciadas em Santos, Campinas e São Paulo na proposta em construção. Permaneceu no Ministério até 2005, tendo seguido para Lousiânia/DF para atuar na Atenção Básica por cinco anos. Em 2006 assumiu o concurso de médica sanitarista do DF durante 07 meses, tendo em seguida assumido concurso público na Câmara Legislativa do DF, como consultora legislativa, onde permanece até os dias atuais.

Fontes:

1. Entrevista realizada em 25/05/2015, em Brasília, DF.
2. Currículo Lattes de Socorro Matos, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/7337534914382025>, acessado em 13/05/2015.

Maria José de Oliveira Evangelista

“Minha vida toda foi na atenção, na assistência e na gestão.”

Enfermeira sergipana graduada pela Universidade Federal de Sergipe (1978-1981), especialista em Administração Hospitalar (Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1988-1989), em Evidence Based Chronic Illness Care (University of Miami Miller School of Medicine, 2011), em Saúde Coletiva (ISC/UFBA, 2004-2005), em Saúde Pública (FIOCRUZ, 1989-1990) e mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2006-2008). Durante a graduação trabalhava no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em seguida atuou no Instituto Nacional de Assistência Médica na Previdência Social (INAMPS), na área de materno-infantil – *“E foi aí que eu me inseri na atenção, na área de atenção primária, inclusive”*. Quando o INAMPS foi extinto (1993), foi redistribuída para a Secretaria Estadual de Saúde, tendo atuado como coordenadora do PACS. Em 1995 trabalhou por um ano na Fundação Nacional de Saúde com a pauta da Dengue, dividindo a carga horária, durante 6 meses, com atuação enquanto professora substituta na UFS. De 1997 a 2001 atuou na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, na área de planejamento, na direção adjunta e como enfermeira do PSF. Neste período vivenciou uma experiência semelhante ao NASF no município de Aracaju. Em 2001 foi convidada por Heloísa Machado para trabalhar em Brasília, no DAB, tendo permanecido até 2002, quando retornou à Sergipe para assumir a secretaria adjunta de saúde do Estado, onde permaneceu por 4 anos. Em 2007 foi convidada para retornar à Brasília, agora como responsável pelo núcleo de atenção primária e redes de atenção do CONASS, onde permanece até os dias atuais. Enquanto membro do CONASS, participou de diversas reuniões que culminaram com a formulação do NASF.

Fontes:

1. Entrevista realizada em 06/11/2014, em Brasília, DF.
2. Currículo Lattes de Maria José Evangelista, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/6114444000996569>, acessado em 13/05/2015.

Núlvio Lermen Júnior

“Não adianta a gente ficar esperando as universidades pra tá formando quem a gente precisa. A gente viu, e isso é experiência própria, que você tem que se envolver na formação do profissional pra depois você ter o profissional adequado.”

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 1994-2000), escolheu a profissão porque era uma área que gostava – *“nada especial, assim, nem família de médico nem nada”*. Tendo em vista que *“não gostava de uma área específica, gostava de várias áreas”*, ao concluir a formação atuou num centro de saúde de Atenção Primária, experiência que considera um “divisor de águas” em sua concepção de saúde, e a partir da qual decidiu que *“queria ser médico de família”*. De 2001 a 2002 atuou no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) no estado de Pernambuco, tendo retornado em seguida à Florianópolis para assumir concurso público no município. Em 2003 cursou especialização em Gerontologia pela UFSC. Em 2004 titulou-se médico de família e comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), na primeira edição da prova de títulos. De 2005 a 2007 atuou como coordenador de regional de Saúde e como assessor chefe de atenção à saúde do município de Florianópolis. De 2007 a 2011 atuou como coordenador de gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde – *“Essa experiência foi bem desafiadora, porque tava entrando num espaço novo e já entrava na coordenação, ainda sem conhecer os processos, mas foi importante”*. O convite foi feito pelo então diretor do DAB, Luis Fernando Rolim, o qual conheceu através de um amigo em comum, o médico Gustavo Gusso – *“Foi uma mudança grande, mudança de cidade e tudo, mas acho que valeu muito a pena”*. Nesta época se aproximou do debate em torno da formulação do NASF, sobretudo na elaboração e publicação da portaria 154 e do Caderno de Diretrizes do NASF: *“Foi a primeira pauta que eu tive, foi a primeira portaria, foi a missão: entrar e terminar a portaria do NASF porque tinha que lançar”*. De 2010 a 2011 cursou mestrado em Políticas e Gestão de Saúde pela Universidade de Bolonha (Itália). Em março de 2011, ao deixar o Ministério, atuou como coordenador de atenção primária do município do Rio de Janeiro/RJ e depois como coordenador da residência de medicina de família e comunidade do município. No campo da militância, logo após a formação fundou, em conjunto com outros colegas médicos de família, a Associação Catarinense de Medicina de Família, tendo sido fundador, vice presidente (2004-2006) e presidente (2006 a 2008). Mais recentemente (de 2012 a 2014) foi presidente da SBMFC, e atualmente está como Diretor de Titulação da SBMFC para o biênio 2014-2016. Em 2013, *“por motivos mais pessoais”* (a esposa foi aprovada em concurso público em Florianópolis), retornou à Florianópolis, tendo assumido a secretaria adjunta de saúde do município, onde permanece até os dias atuais.

Fontes:

1. Entrevista realizada em 25/11/2014, em Florianópolis, SC.
2. Currículo Lattes de Núlvio Lermen Júnior, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/8251679342780222>, acessado em 13/05/2015.

Reneide Muniz da Silva

“A gente diz que nós somos os jurássicos da saúde pública, porque era sempre um grupo que tava sempre presente, brigando pelas coisas.”

Enfermeira graduada pela UFPE (1979-1983), com Licenciatura em Enfermagem pela mesma Universidade (1984-1985), especialista em Saúde Pública (Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, 1991-1992), mestre em Saúde Pública (Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, 1999-2002) e doutora em Saúde Materno-Infantil pelo IMIP (2011-2015). Iniciou sua trajetória profissional como secretária municipal de saúde em Itapissuma/PE (1987-1993). Em seguida atuou como diretora de Assistência à Saúde (1993-1994) e como secretária municipal de saúde adjunta de Olinda/PE (1995-1996). Em 1996 foi aprovada em concurso público da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, tendo atuado como gerente da Divisão de Acompanhamento Gerencial (1996-1997) e como diretora executiva de Planejamento (1997-1999). De 1999 a 2002, estando de licença prêmio, cursou o Mestrado em Saúde Pública, tendo interrompido o curso entre 2000 e 2002 para assumir a secretaria municipal de saúde de Camaragibe/PE. Este fato se deu por questões políticas: *“A secretária saiu porque teve uma discordância com o prefeito e eu era, sempre fui filiada ao PT e o município era do PT, e tava no ano anterior às eleições.”* Enquanto esteve nesta função, teve sua primeira experiência de aproximação com a ideia de equipes de apoio na Atenção Básica. Em 2003, com a eleição de Lula e a composição do quadro do Ministério da Saúde com um grupo de Pernambuco vinculado ao PT, a mesma assumiu função na coordenação geral da atenção básica do DAB, a convite de Ana Paula Sóter, com quem tinha trabalhado em Itapissuma e em outras experiências políticas. Permaneceu um ano no DAB, tendo depois atuado na assessoria do ministro Humberto Costa (2004-2005), na Presidência da República à frente do programa Projovem e depois como chefe de gabinete da Secretaria de Vigilância à Saúde (2005-2007). No período em que esteve no DAB e gabinete do Ministro, se aproximou do debate em torno da construção do NAISF-NASF. Em 2007 retornou à Pernambuco, tendo atuado na criação e gestão (até 2010) da Escola Politécnica do IMIP. Em seguida ingressou na Faculdade Pernambucana de Saúde como tutora do curso de Enfermagem e depois como coordenadora do terceiro período. Em 2011, concomitantemente ao curso do Doutorado, se afastou para assumir a secretaria de regulação da SES/PE, tendo permanecido por um ano. De setembro de 2011 até os dias atuais tem assumido a coordenação da Prática Comunitária e do 3º período do curso de Enfermagem da Faculdade. No campo político, além de filiada e militante do Partido dos Trabalhadores desde a criação do partido em Pernambuco, atuou na diretoria do COSEMS/PE e durante a graduação foi do movimento estudantil de Enfermagem: *“Essa trajetória política sempre existiu, pelo menos eu fui orgânica, fui do diretório municipal do partido (...) já é desde a época bem antiga mesmo, que é época de faculdade, na realidade”*.

Fontes:

1. Entrevista realizada em 01/12/2014, em Recife, PE.
2. Currículo Lattes de Reneide Muniz da Silva, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9533079864706799>, acessado em 04/04/2016.

Rosane Maria Nascimento da Silva

“Eu acho que o Conselho tem um papel muito maior do que eu imaginava um dia, do que somente o registro do profissional, a questão daquele veio autárquico, burocrático, representante do Estado. Acho que ele tem um papel social, ele foi responsável e ainda é por muitas conquistas que a gente tem.”

Graduada em Nutrição pela UFPE (1976-1979) e especialista em Saúde Materno Infantil pela USP (1985). cursou Mestrado em Educação em Saúde pela UNIFESP (2008-2012). Iniciou sua trajetória profissional como nutricionista concursada da Secretaria Estadual de Saúde do DF em 1980, tendo atuado em área hospitalar, em ambulatório, na gestão da produção de refeições – *“Sempre com uma tendência muito forte pra questão de política pública”*. Também atuou à frente do Conselho Nacional de Saúde – *“Minha trajetória sempre foi muito voltada pra controle social e pra gestão de políticas públicas”*. Na Foi cedida à Presidência da República no período de 1993 a 1995. De 2003 a 2013 atuou no FNDE em diversas atividades, dentre as quais no Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição do Escolar da UNB (CECANE), numa parceria do FNDE com a UNB, na capacitação de conselheiros de saúde e em coordenação de área técnica. Em 2014 ingressou, através de processo seletivo, em consultoria da FAO (Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação) em projetos desenvolvidos em países da África, onde permanece até os dias atuais (atividade exclusiva atualmente). No campo militante, iniciou sua trajetória ainda no movimento estudantil, depois no movimento sindical, na década de 80, tendo atuado na fundação do Sindicato dos Nutricionistas – *“Com isso fiquei conhecida, porque éramos poucos em Brasília ainda, como sendo uma pessoa que gostava dessas militâncias coletivas profissionais.”* Atuou durante seis meses no Conselho Regional de Nutrição da 1ª região (CRN-1) e depois representou o CRN-1 no Conselho Federal de Nutrição (CFN). Em 2000 foi eleita presidente do (CFN) – *“Teve a eleição pra presidente e eu acordei presidente.”* – tendo atuado no Conselho por três mandatos (2000-2003, 2003-2006 e 2009-2012). Segundo a mesma, ingressou na militância pela profissão inicialmente através de movimentos sindicais, porém se aproximou do CFN de forma inusitada: *“Acabei encontrando a presidente do Conselho Regional de Nutrição aqui na minha região, na rua, por acaso (...) E ela disse assim: eu estou saindo e a gente não tem chapa para continuar e eu estou enlouquecida, estou desesperada porque não consigo formar uma chapa para poder tocar junto o Conselho”*. Durante sua trajetória, a aproximação com a pauta do NAISF-NASF se deu inicialmente no final da década de 90, quando foram iniciados os debates em torno da composição das equipes de Saúde da Família – nesta ocasião participou da implantação das equipes no DF e de alguns debates sobre a pauta enquanto atuou como conselheira no Conselho Nacional de Saúde. Especificamente com a pauta do NAISF-NASF se aproximou efetivamente quando esteve à frente do FENTAS (Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde) e quando foi membro do FCFAS (como representante do CFN).

Fontes:

1. Entrevista realizada em 12/06/2015, em Brasília, DF.
2. Currículo Lattes de Rosane Maria Nascimento da Silva, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/2011796585780313>, acessado em 06/05/2015.

Rosani Pagani

“Acho que daqui uns 10 ou 15 anos a gente vai olhar pra trás e dizer ‘valeu a pena’! Foi uma aposta importante que a gente conseguiu mesmo levar. Esse grande desafio que é propor um novo modelo de inserção das categorias profissionais na atenção básica e que desse resultado pra população.”

Paulista do município de Registro/SP, graduada em Psicologia com Licenciatura pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP) (1992-1997). Escolheu a Psicologia por “*encanto com a profissão*”. Após a formação, entrou em “crise” na escolha da área que iria seguir, apesar de ter convicção de que iria para o setor público: “*Me formo, aí como todo mundo eu entro em crise, ‘o que é que eu vou fazer?’ , ‘pra onde eu vou?’ , ‘é pra educação, é pra saúde, é empresa, é privado, é público?’ . Mas eu sempre soube que eu queria ir pro público.*” Prestou seleção para um estágio em ambulatório público e depois atuou na educação como docente, na área de recursos humanos (“*Fiquei 20 dias e saí correndo.*”). Em seguida realizou curso de Aprimoramento em Planejamento e Administração na Saúde (UNICAMP, 1998-1999), o qual foi um divisor de águas em sua trajetória profissional: “*Aí eu me acho! Quando eu entrei na UNICAMP foi como um segundo vestibular na minha vida. Foi tudo que eu queria!*” Neste período se aproximou do grupo de pesquisa sobre apoio matricial e o Método da Roda, liderado pelo professor Gastão Wagner. Nesta experiência atuou em Paulínia (2000-2001) e em Campinas. Seguiu a formação se especializando em Saúde Pública na UNICAMP de 2000 a 2001. Em 2001 foi convidada por Odorico Monteiro, então secretário municipal de saúde de Sobral/CE, para integrar equipe de apoio institucional na implantação do Método da Roda e na implantação de residência multiprofissional no município – “*E aí eu já começo a trabalhar nas duas coisas: sempre na gestão com a formação e com a assistência. Eu acho que foi o melhor presente que eu tive.*” Permaneceu em Sobral por 6 anos, na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. Neste período participou da experiência piloto de implantação do NAISF em Sobral, o que ocorreu quando da publicação da portaria 1.065, em 2005. Em paralelo atuou em Fortaleza para implantar experiência de preceptoria de território nas residências multiprofissionais, a qual originou sua dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará de 2003 a 2006). Em 2008 decidiu que iria voltar para São Paulo devido problemas familiares, porém foi convidada por Claunara Mendonça (em articulação com Odorico Monteiro) a integrar a equipe do DAB (via consultoria OPAS) com a tarefa de coordenar a elaboração do Caderno de Diretrizes do NASF e as Oficinas de Qualificação do NASF, imediatamente após a publicação da portaria 154. Foi nesta experiência que se aproximou efetivamente do debate em torno do NASF, tendo permanecido com a pauta até 2012. Em seguida foi convidada a integrar equipe do gabinete do DEPREPS/SGTES, à frente da coordenação de residências em área profissional da saúde no Ministério da Saúde, onde permanece até os dias atuais. Em complemento à formação, realizou Curso de Atualização em Formação Pedagógica em EAD (ENSP/FIOCRUZ, 2004-2006) e especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à saúde (Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2011-2012) e em Saúde Baseada em Evidências (Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2011-2012).

Fontes:

1. Entrevista realizada em 13/03/2014, em Brasília, DF.
2. Currículo Lattes de Rosani Pagani, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/2870053712752045>, acessado em 03/04/2016.

Tânia Cristina Walzberg

“Eu pensava “não vou pactuar com essa categoria, com esse povo”, e aí uma das coisas que me segurou na Medicina foi a atenção primária.”

Médica graduada pela UFSC (1996-2002) - *“Durante o curso muitos altos e baixos e em alguns momentos desacreditando na Medicina demais.”* Segundo ela, o que a “segurou” no curso de Medicina foi a Atenção Primária, pois desde os primeiros semestres os estudantes realizavam atividades em centros de saúde. Após a conclusão da graduação, cursou residência em Medicina de Família e Comunidade (UFSC, 2002-2004). Durante a residência realizou estágio eletivo em um centro de Atenção Primária à Saúde de uma Organização Social (OS) – Monte Azul – em São Paulo, na área de gestão, tendo permanecido por um ano neste local após concluir a residência, a convite de uma amiga (Iracema Benevides). No início de 2005 esta mesma amiga lhe recomendou uma consultoria no DAB/Ministério da Saúde em Brasília/DF, tendo enviado currículo e sido aprovada no processo seletivo – *“E foi um dos momentos em que eu percebi como o Ministério funciona, no sentido assim, o que eu tava fazendo lá e em que contexto eu tava, e como eram as engrenagens.”* Atuou no apoio aos estados para implementação de políticas, programas e iniciativas relacionadas à Atenção Básica, tendo trabalhado fortemente na elaboração da PNAB, em 2006. Durante a permanência no DAB atuou na assessoria do diretor (à época o Luis Fernando Rolim) e também se aproximou da discussão do NAISF-NASF, tendo participado de reuniões acerca da formulação da proposta, além de compartilhado a experiência que teve durante a residência em Florianópolis, onde profissionais da área da saúde ofertavam apoio matricial às equipes de Saúde da Família. Permaneceu no DAB até 2008, quando foi convocada para assumir concurso na Secretaria de Estado da Saúde do DF. De 2008 a 2009 cursou especialização em Saúde Global e Diplomacia pela FIOCRUZ. Desde janeiro de 2009 tem atuado na SES/DF, sempre em funções relacionadas à gestão. Atualmente atua como chefe do Núcleo de Acompanhamento da Rede Básica na SES/DF.

Fontes:

1. Entrevista realizada em 15/09/2015, em Brasília, DF.
2. Currículo Lattes de Tânia Walzberg, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/2403110999141435>, acessado em 05/06/2015.

Apêndice H – Matriz e síntese da análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde que abordaram a temática de recursos humanos em saúde

<u>Projeto NASF – Análise documental</u> <u>Documentos: relatórios das Conferências Nacionais de Saúde</u>		
4ª Conferência nacional de Saúde	Data: 30/08 a 04/09/1967	Local: Rio de Janeiro/RJ
Tema central: Recursos humanos para as atividades de saúde		
<p>Resumo: A conferência estruturou-se em comissões de trabalho que abordaram fundamentalmente quatro tópicos: o profissional de saúde de que o Brasil necessita; pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade do Ministério de Saúde na formação e aperfeiçoamento de profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde.</p> <p>A 4ª CNS teve como ponto principal a discussão de recursos humanos necessários às demandas de saúde no país. Foi a primeira vez nas conferências de saúde no Brasil que se debateu a questão dos trabalhadores da saúde.</p>		
Objetivos da Conferência:	Algo sobre o NASF?	
Oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o País carece para o desenvolvimento das suas atividades de saúde.	<p>→ Sobre recursos humanos:</p> <p>A respeito das profissões paramédicas, aquele mesmo programa de ação contém o seguinte: O médico não pode cuidar sozinho dos problemas de saúde de sua comunidade. As comunidades precisam também de enfermeiras, dentistas, engenheiros de saúde pública, veterinários de saúde pública, técnicos de laboratórios, terapeutas ocupacionais - a lista é incompleta, devendo crescer na medida com que a complexidade social e tecnológica aumenta. A OMS deve assistir os países a analisar suas exigências, de forma a adaptar o treinamento de cada grupo às necessidades e circunstâncias." (p. 51)</p> <p>Perguntas norteadoras da IV CNS no que diz respeito aos profissionais de nível superior: 1ª) Que profissionais de nível superior devem ter atuação preponderante nos programas de saúde e como distinguir um profissional de saúde (de nível superior) de um profissional de saúde pública?; 2ª) São suficientemente conhecidas as disponibilidades de pessoal de saúde de nível profissional ou há necessidade de estudos especiais para determiná-las?; 3ª) Neste caso, como se poderiam utilizar os resultados desses estudos para a organização do ensino?; 4ª) Na situação atual, a formação desse pessoal atende às necessidades imediatas e futuras do país? Está essa formação orientada para a solução dos problemas de saúde de maior importância?</p>	

	<p>* Foi sinalizada na conferência a necessidade de reorientação da formação de profissionais de saúde e a ampliação quantitativa.</p> <p>Resumo – conclusões (com relação aos profissionais de nível superior):</p> <p>- Tópico 1 - O profissional de saúde de que o País necessita: os programas de saúde devem ser desenvolvidos por equipe pluriprofissional. O profissional deve adquirir conhecimentos específicos em curso de pós-graduação que o capacite a encarar os problemas de saúde comunitários em seus múltiplos aspectos. São necessários estudos para levantar a real necessidade quantitativa dos recursos humanos em saúde, cujos resultados irão definir as áreas prioritárias de formação profissional e a melhor adequação dos currículos de graduação.</p>	
7ª Conferência nacional de Saúde	Data: 24 a 28/03/1980	Local: Brasília
Tema central: Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos		
Resumo: Em 1980, ocorreu a 7ª CNS ainda no período do regime militar. Os principais temas debatidos eram relacionados à implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE).		
Objetivos da Conferência:	Algo sobre o NASF?	
<p>Subtemas: 1) regionalização e organização de serviços de saúde nas unidades federais; 2) saneamento e habitação nos serviços básicos de saúde – o PLANASA e o saneamento simplificado; 3) desenvolvimento de recursos humanos para os serviços básicos de saúde; 4) supervisão e educação continuada para os serviços básicos de saúde; 5) responsabilidade e articulação interinstitucional (níveis federal, estadual e municipal) – desenvolvimento institucional e da infraestrutura de apoio nos estados; 6) alimentação e nutrição e os serviços básicos de saúde; 7) odontologia e os serviços básicos de saúde; 8) saúde mental e doenças crônico-degenerativas e os serviços básicos de saúde; 9) informação e vigilância epidemiológica e os serviços básicos de saúde; 10) participação comunitária. Os serviços básicos de saúde e as comunidades;</p> <p>11) articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde</p>	<p>Vários pontos foram elencados no que diz respeito ao tema de recursos humanos em saúde. Destacou-se a recomendação de que a formação dos recursos humanos fosse voltada às necessidades do sistema nacional de saúde.</p>	
8ª Conferência nacional de Saúde	Data: 17 a 21/03/1986	Local:

Tema central: Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial		
Resumo: A 8ª CNS foi o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.		
Objetivos da Conferência:	Algo sobre o NASF?	
Temas: Saúde como direito; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial	<p>Sobre recursos humanos, durante a 8ª CNS foi destacada a inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho.</p> <p>Quando da discussão da reformulação do sistema nacional de saúde, no que se refere aos princípios do novo sistema, em especial aos relacionados aos recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato de plano de cargos e salários; - capacitação e reciclagem permanentes; - admissão através de concurso público; - estabilidade no emprego; - composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial; - compromissos dos servidores com os usuários; - cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva; - direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde; - formação dos profissionais de saúde integrada ao sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado; - inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas; - incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do sistema único de saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários. 	
9ª Conferência nacional de Saúde	Data: 09 a 14/08/1992	Local: Brasília/DF
Tema central: Municipalização é o caminho		
Resumo: Os debates da conferência se deram em 4 temas centrais: sociedade, governo e saúde; seguridade social; implementação do SUS; e controle social.		
Objetivos da Conferência:	Algo sobre o NASF?	

	NO que se refere à temática de recursos humanos, foi deliberado na IX CNS a reafirmação da necessidade de uma política nacional de formação de recursos humanos para o SUS; implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo; definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos; implantação de mecanismos de estímulo à interiorização de profissionais de saúde; estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde; garantia de equipes multiprofissionais; realização de conferência nacional sobre RH, que deverá aprofundar a análise de diversos aspectos (inclusive a jornada de trabalho dos profissionais de saúde).	
10ª Conferência nacional de Saúde	Data: 02 a 06/09/96	Local: Brasília/DF
Tema central: -		
Resumo: -		
Objetivos da Conferência:	Algo sobre o NASF?	
Dentre os resultados finais da Conferência, destacam-se 3 vertentes: - Reafirmação do texto constitucional sobre seguridade social; - Reafirmação do SUS: necessidade de implementação da LOS e correção dos desvios observados na implantação do SUS; repúdio à reforma fiscal – necessidade de definição de fontes e ampliação de receitas para o SUS; necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS, garantia de equipes multiprofissionais; Controle social – fortalecimento dos conselhos; - debate intenso sobre as crises do estado e do governo – foi aprovada a carta da IX CNS à sociedade brasileira cujo subtítulo era FORA COLLOR.	Relatório apresenta questões referentes à política de recursos humanos para a saúde, em geral relacionadas à garantia de direitos trabalhistas aos profissionais do SUS. Há recomendação de mudança nos processos de trabalho, que incluem a sensibilização das equipes para o trabalho coletivo. Há, ainda, sinalização de que processos de capacitação e aperfeiçoamento dos trabalhadores são necessários para qualificar o trabalho em saúde, bem como a necessidade de revisão curricular dos cursos da área da saúde.	
11ª Conferência nacional de Saúde	Data: 15-19/12/2000	Local: Brasília/DF
Tema central: O Brasil falando como quer ser tratado – Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social		
Resumo: O encontro foi um momento marcante para o SUS, deixando evidente a importância do controle social para que o Sistema Único seja implementado nos mais de 5.500 municípios brasileiros, com acesso universal e mesma qualidade enquanto direitos de cidadania para toda a população. Envolveu cerca de 2.500 delegados, e cerca de 180 coordenadores e relatores de grupos. Foi construída agenda para a Efetivação do SUS e do Controle Social, com a defesa de: 1) melhoria das condições de saúde e da existência efetiva de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população; 2) fortalecimento do exercício da cidadania através do Controle Social da sociedade, em especial na área de saúde, por		

intermédio das Conferências e Conselhos de Saúde deliberativos e paritários, com exigência de respeito às suas decisões; 3) a 10ª Conferência Nacional aprovou a busca do financiamento definido, suficiente e definitivo para a área de Saúde. A partir da PEC 169, conquistamos a EC 29/00, que precisa ser cumprida e regulamentada urgentemente, incluindo aí as transferências fundo a fundo dos estados para os municípios, a fim de atender à demanda de recursos financeiros que viabilizem o Sistema; 4) suspensão e proibição de quaisquer contratos e convênios substitutivos da gestão pública, a exemplo de organizações como o PAS e assemelhados, atendendo ao preceito constitucional explicitado pela Procuradoria Geral da República; 5) uma política de Recursos Humanos para o SUS, com contratação por meio de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário. Nessa perspectiva, é imprescindível a efetiva implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos e das mesas nacional, estaduais e municipais de negociação do SUS; 6) acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada, garantido o financiamento de todos os níveis da saúde, com autonomia dos municípios e estados na elaboração e execução de seus Planos, com aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde; 7) a organização da porta de entrada do Sistema, através de distintas iniciativas de estruturação da atenção básica, tais como: Saúde da Família, Sistemas Locais de Saúde e outras estratégias, que devem garantir a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária, equipe multiprofissional em dedicação integral, bem como a articulação e integração com os demais níveis de atenção à saúde; e 8) a efetivação do SUS, alicerçada nos princípios constitucionais e na legislação infraconstitucional, para que normas e procedimentos não extrapolem os dispositivos legais e sejam respeitadas as competências de cada uma das esferas de Governo.

Objetivos da Conferência:	Algo sobre o NASF?
	<p>Destacou-se no documento a ausência de uma política de formação de profissionais de saúde voltada para o SUS, a necessidade de readequação dos currículos e orientada para a leitura das necessidades sociais em saúde. Dessa forma, cristalizam-se barreiras para o SUS exercer o seu preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção, queda na qualidade dos serviços de saúde e interiorização de recursos humanos (p.44).</p> <p>Na subseção de propósitos, no tema Organização da Atenção à Saúde - Atenção Básica, foi feita a seguinte proposição: Afirmar que a Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde podem ser uma das estratégias adotadas para a estruturação de sistemas municipais de saúde, funcionando, nestes casos, como principal porta de entrada do sistema, articulados com os demais níveis de atenção. No caso de opção por essas estratégias como forma de organização, deverá ser garantida a sua adequação às necessidades e prioridades locais, sem modelos programáticos verticalizados, <i>garantindo atuação de outros profissionais de saúde como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, odontólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros, proporcionando uma</i></p>

	<p><i>atenção multiprofissional de acordo com a realidade de cada município. A estruturação e definição das equipes deverá ser feita a partir dos critérios epidemiológicos de cada município, conforme prioridades elencadas nos Planos de Saúde, aprovadas pelos Conselhos de Saúde</i> (p. 127).</p> <p>Quanto ao tema Recursos Humanos, apresentaram propostas que podem ser agrupadas em seis categorias de recomendações, isto é, seis eixos de formulação de políticas: Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS, Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde; Política de Saúde; Formação de Pessoal para a Saúde; Relações de Trabalho e Processos de Educação para o SUS.</p> <p>No item “Perfil e Atuação das Equipes e Profissionais”, Com relação à formação e atuação das equipes profissionais, recomendou-se:</p> <p>a) Permitir a inclusão de outros profissionais de saúde nas equipes mínimas de atenção básica de acordo com as realidades locais, e ampliar a possibilidade de atuação clínica de profissionais de saúde não médicos, através de equipes de saúde interdisciplinar (p.154).</p> <p>Outra proposição foi: Reorganizar os programas de residência e regulamentar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva junto ao MEC.</p>
12ª Conferência nacional de Saúde	Data: 7 a 11 de dezembro de 2003 Local: Brasília/DF
Tema central: SAÚDE UM DIREITO DE TODOS E UM DEVER DO ESTADO. A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS	
Resumo: Chamada de Conferência Sergio Arouca, reuniu cerca de quatro mil delegados que estiveram em Brasília para discutir “A Saúde que temos, o SUS que queremos”. Divididos em dez eixos temáticos, os debates foram bastante intensos e produtivos. Seu resultado é a base da Política Nacional de Saúde a ser implantada. Programada para acontecer em 2004, a 12ª Conferência foi antecipada por decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, que optou pelo fio condutor da revisão dos 15 anos do Sistema Único de Saúde e os rumos a serem seguidos a partir de então.	
Objetivos da Conferência:	Algo sobre o NASF?
Eixos temáticos:1) Direito à saúde; 2) A Seguridade Social e a Saúde; 3) A Intersetorialidade das Ações de Saúde; 4) As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; 5) A	No eixo A Organização da Atenção à Saúde, uma das diretrizes relacionadas à Atenção Básica foi Criar e assegurar incentivos técnicos e financeiros, pelas três esferas do governo, para implantação na atenção básica de equipes multiprofissionais de apoio às equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades locais (ex.: nutricionista, psicólogo, assistente social, odontólogo, cirurgião dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, fonoaudiólogo, entre outros), organizadas em unidades de referência e contratadas por meio de concurso público ou da complementação salarial de profissionais concursados (p. 80-81).

<p>Organização da Atenção à Saúde; 6) Controle Social e Gestão Participativa; 7) O Trabalho na Saúde; 8) Ciência e Tecnologia e a Saúde; 9) O Financiamento da Saúde, 10) Comunicação e Informação em Saúde.</p>	<p>No eixo O Trabalho na Saúde, que abordou questões da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, uma das diretrizes gerais foi: As três esferas do governo devem garantir às equipes de Saúde da Família os serviços de referência, com equipes multiprofissionais e multidisciplinares adaptadas ao perfil epidemiológico e à realidade de cada local, incluindo, entre outros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, os profissionais de saúde mental e terapeutas ocupacionais.</p> <p>Questões relacionadas à adequação das grades curriculares também foram apresentadas.</p> <p>No eixo 9) O Financiamento da Saúde, foi recomendada a criação de incentivos financeiros para viabilizar a inclusão de profissionais da área de saúde considerando a multidisciplinaridade nas equipes de Saúde da Família, segundo as necessidades locais.</p> <p>Moção 01: inclusão do farmacêutico nas Unidades básicas de saúde.</p> <p>Moções 045, 0691, 074 e 082: aprova repúdio ao Ato Médico (PL 25/2002).</p> <p>Moção 081: O plenário da 12ª Conferência Nacional de Saúde aprova a recomendação à implementação de equipes interprofissionais para assegurar a integralidade das ações de saúde. (...) Propomos: - garantir que as ações de saúde sejam tratadas de forma integral com a inserção efetiva de todos os profissionais de saúde nas equipes dos diversos níveis de complexidade do sistema (atenção básica, média e alta complexidade); e a implementação de recursos humanos (fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais) na atenção básica, como suporte/apoio às equipes do Programa de Saúde da Família. (p.206)</p>	
<p>13ª Conferência nacional de Saúde</p>	<p>Data: 14 e 18 de novembro de 2007</p>	<p>Local: Brasília/DF</p>
<p>Tema central: Saúde e Qualidade de Vida Políticas de Estado e Desenvolvimento</p>		
<p>Resumo: Pela primeira vez uma Conferência é coordenada pelo presidente eleito do CNS. 4.700 participantes, delegados, usuários, trabalhadores, gestores e observadores. Reflexões e deliberações sobre a intersetorialidade, a inversão do modelo de atenção, a regulamentação do financiamento do SUS, a reestruturação e o fortalecimento da rede pública, o combate à precarização do trabalho e a implantação dos cargos de carreira única do SUS, entre outros, foram resultados do qualificado processo de apreciação de demandas provenientes de todos os setores que compõem e utilizam o Sistema ao longo de todas as etapas da Conferência.</p>		
<p>Objetivos da Conferência:</p>	<p>Algo sobre o NASF?</p>	
<p>Eixos: 1) Desafios para a Efetivação do Direito</p>	<p>Eixo 2: Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde - Proposta 134 - Articular nos conselhos nacional e estaduais de saúde a agilização</p>	

<p>Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; 2) Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; 3) Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.</p>	<p>da Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que institui os núcleos de atenção integral à saúde da família (NASF), garantindo que os mesmos sejam implantados nas unidades de saúde dos municípios de pequeno e médio porte e seja composta por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes de saúde, agente de endemias, agente ambiental, agente administrativo, fonoaudiólogo, arte terapeuta, psicólogo, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista). (p. 98)</p> <p>Proposta 136 - Assegurar a criação das equipes matriciais de saúde mental para cada cinco equipes de saúde da família, para apoiar o Programa Saúde da Família, ampliando o quadro de profissionais dos Caps e do PSF com a inclusão de profissionais nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, educadores físicos, farmacêuticos, cozinheiros, educadores artísticos, fonoaudiólogos, arte terapeutas, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.</p> <p>Proposta 164 - Garantir os repasses dos recursos financeiros pelas três esferas de governo para a manutenção das equipes do Programa Saúde da Família e Saúde Bucal já existentes, contemplando a inclusão de equipe multiprofissional, de acordo com a realidade local, bem como a revisão da Portaria MS/GM nº 648/06, que preconiza a área de abrangência para as ESF, utilizando os critérios de densidade demográfica loco-regional, acessibilidade, viabilizando ainda a equidade no repasse financeiro, apoiando os municípios com baixo IDH e/ou com menor número de habitantes. (p. 104)</p> <p>Proposta 215: O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) devem: estimular a ampliação das equipes multiprofissionais, com a inclusão de outros profissionais necessários à abordagem dos problemas mais relevantes de cada local, incluindo o profissional farmacêutico, o assistente social, o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o nutricionista, o psicólogo, o professor de educação física, bem como o odontólogo, nas equipes de apoio à Saúde da Família; promover mudanças nos protocolos clínicos, ampliando a autonomia dos profissionais da ESF para a indicação de exames, evitando a demanda excessiva de exames de alta complexidade e especialidades médicas, possibilitando aos generalistas a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos; implantar núcleo do programa de saúde integrativa com serviço médico em homeopatia, acupuntura, fitoterapia e serviço de farmácia homeopática e fitoterápica e garantir a informatização para o trabalho das ESF nos municípios. (p. 116-117)</p> <p>Proposta 246) Garantir a assistência fisioterapêutica e fonoaudiológica nos Municípios, por meio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, de forma descentralizada.</p> <p>EIXO II – INÉDITAS - PROPOSTA 163) Revisão da Portaria</p>
--	--

<p>GM/MS 1.101/02 (parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS), através de uma comissão técnica composta por profissionais de saúde, inclusive fisioterapeutas.</p> <p>Moção nº 054 Participação do profissional da educação física na equipe multiprofissional para atuar no Sistema Único de Saúde. [Fernando Izac Soares] Apoiamos a ampliação das equipes multiprofissionais do SUS, permitindo a inclusão do profissional de educação física para atuar em todos os níveis de atenção à saúde. (p.208)</p> <p>Moção nº 067 Apoio à inclusão do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional nas equipes de saúde da família. [Ana Cristina de Sousa Meira – BA] Apoiamos a inclusão do fisioterapeuta e do terapeuta na equipe da estratégia saúde da família, reforçando as ações intersetoriais, promovendo o acesso das pessoas portadoras de necessidades especiais e idosas a estes serviços da atenção básica.</p> <p>Moção nº 129 Inclusão do terapeuta ocupacional no Programa Saúde da Família (PSF) para fisioterapia. O Programa Saúde da Família necessita ampliar suas ações de forma interdisciplinar, intensificando seu atendimento às demandas da população, em especial aos usuários com deficiência, idosos, crianças, entre outros. O terapeuta ocupacional, em conjunto com os demais profissionais, contribuirá nessas ações, trabalhando a autonomia e a independência dos indivíduos, melhorando sua auto-estima e sua qualidade de vida, assim como o fisioterapeuta.</p> <p>Moção nº 136 Apoio à regulamentação das residências multiprofissionais na área profissional da Saúde. [Juliana Santino – RJ] Apoiamos a regulamentação dos Programas de Residência Multiprofissional, que contemplam as diferentes profissões da Saúde e áreas afins, como uma das alternativas para mudanças na formação do trabalhador da Saúde, afinada com as necessidades loco-regionais, integrando ensino, serviço e comunidade.</p>		
14ª Conferência nacional de Saúde	Data: 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011	Local: Brasília/DF
Tema central: Todos usam o SUS - SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro		
Resumo: Mais de quatro mil participantes, entre delegados e convidados, debateram o tema para contribuir na construção das políticas públicas na área da saúde. 343 propostas votadas e aprovadas nos Grupos de Trabalho (GTs) e na Plenária Final.		
Objetivos da Conferência:		Algo sobre o NASF?
<p>Diretriz 1: em defesa do sus – pelo direito à saúde e à seguridade social</p> <p>Diretriz 2: gestão participativa e controle social sobre o estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS.</p>		<p>Diretriz 7 – proposta 8: Estimular a implementação de equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), garantindo a presença dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais</p>

<p>Diretriz 3: vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para SUS.</p> <p>Diretriz 4: o sistema único de saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde.</p> <p>Diretriz 5: gestão pública para a saúde pública.</p> <p>Diretriz 6: por uma política nacional que valorize os trabalhadores de saúde.</p> <p>Diretriz 7: em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços.</p> <p>Diretriz 8: ampliar e fortalecer a rede de atenção básica (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família.</p> <p>Diretriz 9: por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde.</p> <p>Diretriz 10: ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral.</p> <p>Diretriz 11: por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis.</p> <p>Diretriz 12: construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS.</p> <p>Diretriz 13: consolidar e ampliar as políticas e estratégias para saúde mental, deficiência e dependência química.</p> <p>Diretriz 14: integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador.</p> <p>Diretriz 15: ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses (as) usuários (as).</p>	<p>nestas equipes, para assegurar a realização de ações de reabilitação baseadas nas demandas das comunidades. Diretriz 8 – proposta 3: Ampliar e fortalecer os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), inclusive ampliando sua composição, e reduzir o número mínimo de equipes que podem ser acompanhadas pelo NASF, permitindo o acesso desta política também aos municípios pequenos.</p> <p>Diretriz 8 - Proposta 6: Estabelecer uma política de incentivo para a Atenção Primária à Saúde (APS), a partir de uma avaliação participativa, com a premiação pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde, das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de Saúde Bucal (ESB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com melhores resultados.</p> <p>Diretriz 8 - Proposta 12: Modificar a equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família, com a inclusão de novas categorias profissionais.</p> <p>Diretriz 8 - Proposta 25: Ampliar os recursos para a atenção básica, garantindo reajuste anual dos valores e composição tripartite (50% União, 25% estados/DF e 25% municípios), para priorizar: implantação e manutenção das equipes de saúde da família, saúde bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e demais serviços de atenção básica; implementação de práticas integrativas e complementares; construção e reforma de unidades; informatização das unidades e implementação de prontuários eletrônicos; aquisição de veículos, insumos e Equipamentos de Proteção Individual e demais equipamentos necessários.</p> <p>Diretriz 8 - Proposta 26: Estimular a implementação de equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), garantindo a presença dos profissionais nestas equipes, para assegurar a realização de ações de reabilitação baseadas nas demandas das comunidades.</p> <p>Diretriz 10 – proposta 1: Organizar o acesso e ampliar a rede de saúde com serviços de urgência e emergência,</p>
--	---

	<p>atenção básica, média e alta complexidade, promovendo a diminuição de espera dos pacientes por exames, consultas e procedimentos e articulando as redes de apoio (Centro de Referência em Assistência Social – Cras; Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf; Centro de Atenção Psicossocial – Caps; Estratégia Saúde da Família – ESF; Postos de Saúde – PS e Conselho tutelar (CT)) intermunicipais e intramunicipais para uma melhor interação para resolubilidade dos problemas.</p> <p>Diretriz 11 – Proposta 5: Adotar política de ampliação para novos serviços de saúde nos municípios, reformulando as portarias que dificultam a implantação de novas equipes de saúde da família e serviços como Caps, Farmácia Popular, Nasf devido à limitação do quantitativo populacional, ou seja, que reveja os critérios populacionais para descentralizar esses serviços para toda população, principalmente para municípios de pequeno porte.</p>
--	---

Apêndice I – Matriz e síntese da análise dos documentos produzidos nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde (2000 a 2008)

Projeto NASF – Análise documental Documentos: atas do Conselho Nacional de Saúde		
Ano: 2000		Algo sobre o NASF?
Documento(s)	Pauta e Ata da 96 ^a reunião ordinária do CNS	Conselheiro Cláudio Duarte . Informou que com relação às equipes de saúde da família, comunicou que estava sendo discutida uma ampliação de atividades e de ações, bem como uma ampliação da sua composição referente à odontologia.
	Pauta e Ata da 101 ^a reunião ordinária do CNS	Heloísa Machado e Guadalupe Medina realizaram fala expositiva sobre as metas da Secretaria de Políticas de Saúde do MS no que se refere à Atenção Básica. Após a fala, a “Conselheira Maria Natividade parabenizou a equipe da SAS e indagou se a avaliação refletiria na identificação de mudança nos indicadores de saúde. Lembrou, ainda, a solicitação efetuada por profissionais de determinadas categorias de inserção no Programa de Saúde da Família, solicitando à Dra. Heloísa que agendasse audiência com esses trabalhadores.” Não houve resposta da Heloísa ao questionamento.
	Pauta e Ata da 102 ^a reunião ordinária do CNS	Não. Traz um trecho sobre mudanças nas DCN dos cursos da área de saúde. “Conselheira Maria Natividade Gomes Teixeira Santana informou que o Conselho Nacional de Educação iniciara uma seqüência de audiências públicas, com vistas à definição das diretrizes curriculares de graduação de todas as áreas. Lembrou, então, de deliberação aprovada em plenário, referente à realização de audiência pública entre os Conselhos Nacionais de Educação e de Saúde, no sentido de debater as diretrizes curriculares de graduação da área da saúde, solicitando à Secretaria Executiva que informasse o CNS sobre o andamento do processo de realização da referida audiência.”
	Pauta e Ata da 104 ^a reunião ordinária do CNS	Conselheiro Cláudio Duarte: Solicitou, também, que fosse pautada discussão sobre a inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família.
Ano: 2001		Algo sobre o NASF?
Documentos	Pauta e Ata da 105 ^a reunião ordinária do CNS	Apresentação da Proposta de Interiorização do Trabalho em Saúde (médicos e enfermeiros).

	Pauta e Ata da 107ª reunião ordinária do CNS	Apresentação do Projeto de Interiorização do Trabalho em Saúde. A Comissão de Saúde Mental propôs, dentre quatro recomendações, “Discussão no âmbito do Ministério da Saúde do seminário técnico promovido pela SAS/SPS-MS, objetivando a integração das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família”.
	Pauta e Ata da 111ª reunião ordinária do CNS	Conselheira Maria Natividade Gomes Teixeira Santana informou os Conselheiros sobre a Audiência Pública referente às Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação na área da Saúde, realizada no dia 26 de junho de 2001, no Conselho Nacional de Educação, destacando que, naquela oportunidade, as propostas apresentadas pelo Conselho Nacional de Saúde haviam sido aditadas à proposta de Diretrizes Curriculares nos campos de enfermagem, medicina e nutrição.
Ano: 2002		Algo sobre o NASF?
Documentos	Pauta e Ata da 118ª reunião ordinária do CNS	Durante mesa sobre a Assistência Farmacêutica, a Conselheira Maria Eugênia C. Cury destacou que falta o profissional Farmacêutico nas equipes de saúde pública e privada.
	Ata da 120ª reunião ordinária do CNS	Diretrizes curriculares na área da saúde para o nível médio e superior, o projeto de educação tecnológica e outros: panorama. Agenda CNE – CNS.
	Pauta e Ata da 126ª reunião ordinária do CNS	Apresentação do projeto de lei que define o ato médico.
Ano: 2003		Algo sobre o NASF?
Documentos	Ata da 24ª reunião extraordinária do CNS	a) Ministro Humberto Costa enfatizou a necessidade de garantir que a Atenção Básica oferecesse serviços na área de Saúde Mental como diagnóstico e acompanhamento, defendendo o Programa de Saúde da Família – PSF como a “ponta de lança” do Sistema de Atenção à Saúde Mental; b) Afra Suassuna apresentou o PROESF; c) Ricardo Ceccim, então diretor do DEGES, faz explanação sobre ABERTURA DOS CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE - a discussão tinha por objetivo discutir o papel do Controle Social frente ao tema Abertura de Novos Cursos na Área da Saúde.
	Pauta e Ata da 128ª reunião ordinária do CNS	Discussão sobre o PROJETO DE LEI Nº 25/02 QUE DEFINE O ATO MÉDICO.

Ano: 2004		Algo sobre o NASF?
Documentos	Pauta e Ata da 139ª reunião ordinária do CNS	Gilberto Pucca, então coordenador nacional de Saúde Bucal, apresentou a política nacional de saúde bucal.
	Pauta e Ata da 140ª reunião ordinária do CNS	O Coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ricardo Burg Ceccin, e a Coordenadora da Área de Ações Estratégica em Educação da Saúde, Laura C. M. Feuerwerker apresentaram os resultados do estudo do Ministério da Saúde sobre a necessidade de profissionais de saúde e de especialistas na área da saúde. O estudo se propôs a trabalhar com a possibilidade de estabelecer mecanismos regulatórios para a formação de quatro profissões da saúde – medicina, enfermagem, odontologia e psicologia. Como a apresentação se limitou a apresentar dados relativos à Medicina, os conselheiros (Rozângela Fernandez Camapum e Maria Luiza Jaeger) disseram que o estudo era extremamente importante e, por essa razão, deveria ser ampliado com levantamento de dados das demais profissões da área da saúde.
	Pauta e Ata da 144ª reunião ordinária do CNS	a) Ministro Humberto Costa fala: “Inclusive, já ampliamos a composição da equipe. Atualmente, todas as equipes têm que contar com dentista e auxiliar de consultório dentário, além de alguns outros profissionais como técnico em higiene dental. Nós não podemos ter uma equipe que envolva todas os profissionais, ao contrário, nós estamos trabalhando com políticas que envolvam os profissionais nos pontos especificamente de sua responsabilidade; b) A diretora do DAB, Afra Suassuna, apresentou (de forma introdutória) a proposta de “equipes matriciais de apoio, visando a resolubilidade no âmbito da saúde mental, da reabilitação, atividades físicas e práticas complementares”.
	Pauta e Ata da 147ª reunião ordinária do CNS	Ministro Humberto Costa introduz a ideia do NASF (então chamado de NAISF): “Estamos trabalhando uma proposta de construção de um núcleo de atenção integral à saúde da família, que seria uma espécie de referência para o Programa de Saúde da Família e envolveria outros profissionais como assistentes sociais, profissionais da área de psicologia e nutrição. Enfim, a ideia é incorporar as atividades físicas dentro deste núcleo de atenção integral à saúde da família.” Importante destacar que não houveram comentários a respeito desta questão por parte dos conselheiros nesta reunião.
	Pauta e Ata da 148ª reunião ordinária do CNS	Continua o debate sobre a abertura de novos cursos da área de saúde.
Ano: 2005		Algo sobre o NASF?

Documentos	Pauta e Ata da 151ª reunião ordinária do CNS	Afra Suassuna citou os Núcleos de Saúde Integral como iniciativa do Ministério da Saúde para a otimização da atenção integral à saúde (destacando a fase de discussão da proposta). Disse, ainda, que não foi possível apresentar iniciativas que estavam em debate, como o Núcleo de Saúde Integral, que pretende aumentar a resolubilidade no âmbito da Atenção Básica, com ações na área de saúde mental, reabilitação, atividade física e alimentação e nutrição.
	Pauta e Ata da 152ª reunião ordinária do CNS	Conselheiro Francisco Batista Júnior cumprimentou o assessor do GMS, Norberto Rech , pela apresentação e, a princípio, manifestou o seu apoio às propostas de assistência farmacêutica básica e dos núcleos de atenção integral. Em resposta, a diretora do DAB/SAS, Afra Suassuna Fernandes , informou que as propostas de assistência farmacêutica básica e dos núcleos de atenção integral haviam sido apresentadas e pactuadas na Tripartite, mas não haviam sido implementadas. Assim, estavam sendo submetidas à apreciação do CNS para contribuições e aprovação, se fosse o caso. O assessor do GMS, Norberto Rech , informou que as propostas de assistência farmacêutica básica e dos núcleos de atenção integral somente seriam implantadas após a apreciação do Plenário do CNS e a pactuação do elenco mínimo de medicamentos a serem destinados, no âmbito da Tripartite. Encaminhamento: apresentação da proposta dos Núcleos Integrais de Saúde na próxima reunião do CNS.
	Pauta e Ata da 153ª reunião ordinária do CNS	GT de Atenção Básica: ratificada a indicação do Conselheiro Francisco das Chagas Monteiro para compor o Grupo . O GT indicará o seu coordenador na sua próxima reunião e submeterá o nome à apreciação do Plenário do CNS para ser referendado e deverá apresentar parecer sobre a proposta de transição das equipes do PSF e dos Núcleos Integrais de Atenção à Saúde até o mês de maio de 2005
	Ata da 155ª reunião ordinária do CNS ¹ 08 e 09 de junho de 2005	Apresentação da proposta de criação de Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família por Afra Suassuna e Jorge Solla. Após a apresentação da proposta, houveram questionamentos dos conselheiros, todos à título de esclarecimento, não sendo apresentada nenhuma oposição ou crítica negativa à proposta. Foram apresentadas preocupações de alguns conselheiros a) no que diz respeito à forma de contratação dos profissionais dos Núcleos (possibilidade de precarização dos vínculos), b) no que diz respeito à proposta não contemplar questões de melhoria da estrutura das unidades de saúde, e c) quanto à possibilidade de sobreposição entre os Núcleos (sobretudo a modalidade Saúde Mental) e os CAPS. A principal polêmica foi relacionada à forma de contratação dos profissionais. (ANEXO A)

	Pauta e Ata da 156ª reunião ordinária do CNS	3) GT de Atenção Básica – Núcleos Integrais de Atenção à Saúde. Proposta – delegar ao GT a tarefa de analisar e homologar o texto final, disposto na Portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005, com os adendos debatidos e incluídos na proposta oriundos da última reunião do CNS e encaminhamentos referentes à contratação de trabalhadores dentro do programa. O encaminhamento foi aprovado.
	Pauta e Ata da 159ª reunião ordinária do CNS	Na discussão sobre contratação de trabalhadores no SUS foi ressaltado que, na discussão sobre a proposta de Governo acerca dos Núcleos Integrais de Atenção à Saúde, o Plenário destacou o capítulo que diz respeito à contratação de pessoal, por entender que os núcleos deveriam ser implantados nos municípios que assumissem o compromisso de contratar os servidores, conforme os dispositivos legais vigentes. Considerando que não fora possível avançar no debate naquele momento, disse que a Comissão de Coordenação Geral (CCG) decidiu pautar o tema da contratação de trabalhadores no SUS.
	Pauta e Ata da 161ª reunião ordinária do CNS	O Fórum de Entidades de Trabalhadores na Área da Saúde (FENTAS) solicitou pautar, na 161ª Reunião Ordinária, o tema “ NÚCLEOS INTEGRAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE ”. Encaminhamento: consultar a SAS/MS sobre o andamento do projeto, visto que a matéria não poderia ser incluída na pauta da 161ª RO.
Ano: 2006		Algo sobre o NASF?
	Pauta e Ata da 162ª reunião ordinária do CNS	<p>Conselheira Rozângela Fernandes Camapum informou que encaminhou ofício do FENTAS ao CNS, solicitando: inclusão do tema Núcleos Integrais de Atenção à Saúde na pauta do CNS para tratar sobre a pendência concernente à forma de contratação dos profissionais de saúde. A Secretária-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, informou que o tema Núcleos Integrais de Atenção à Saúde não foi retomado no CNS porque a proposta estava suspensa.</p> <p>Na leitura da proposta dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, no item sobre as relações trabalhistas dos trabalhadores do SUS, o conselheiro Francisco Batista Júnior solicitou aparte para lembrar que o Plenário analisou a proposta de Núcleos Integrais de Atenção à Saúde e, na ocasião, entendeu que era fundamental explicitar que a contratação dos profissionais deveria ser feita de acordo com a legislação vigente. O Ministro Interino da Saúde, José Agenor Álvares da Silva, fez a seguinte consideração sobre esse assunto: “Aí nós teremos um impasse. Nós estamos falando de qual legislação: do regime jurídico único?” Em resposta, o Conselheiro Francisco Batista Júnior explicou que a redação proposta de garantia dos direitos sociais trabalhistas possibilitaria a contratação de profissionais, através de processos de terceirização, que mesmo com carteira assinada e garantia desses direitos, precarizava as relações de trabalho. O Ministro Interino da Saúde, José Agenor Álvares da Silva, manifestou-se nos seguintes termos: “Eu gostaria de manifestar posição contrária</p>

		a sua(...)”.
Documentos	Pauta e Ata da 163ª reunião ordinária do CNS	A Secretária-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz , apresentou o relatório da Comissão de Coordenação Geral (CCG) com os temas pendentes, conforme solicitado pelo Plenário do CNS, para análise dos principais pontos de pauta a serem abordados no próximo período, sendo eles: 1) Grupo de Trabalho de Atenção Básica – Núcleos Integrais de Atenção à Saúde - Homologação do texto final disposto em portaria com os adendos debatidos e incluídos na proposta e encaminhamentos referentes à contratação de trabalhadores dentro do programa.
	Pauta e Ata da 164ª reunião ordinária do CNS	Apresentação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE
	Pauta e Ata da 165ª reunião ordinária do CNS	Pendências relativas ao ano de 2005: a CCG revisou as pendências e apresentou as seguintes sugestões: 1) Grupo de Trabalho de Atenção Básica – Núcleos Integrais de Atenção à Saúde – consultar a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde sobre o andamento desse projeto.
	Pauta e Ata da 166ª reunião ordinária do CNS	Grupo de Trabalho de Atenção Básica – Núcleos Integrais de Atenção à Saúde. A CCG decidiu reiterar o Memorando nº. 251/SE/CNS/GM/MS, de 26 de abril de 2006, referente consulta à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, sobre o andamento desse projeto. O Plenário decidiu convocar a SAS/MS para tratar do tema no CNS.

ITEM 8 – Apresentação da POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA – PORTARIA GM Nº. 648, de 28 DE MARÇO DE 2006 pelo vice-diretor do DAB - Antônio Derci Silveira Filho. Durante a apresentação da PNAB não foi feita alusão aos NAISF nem equipes multiprofissionais – restrição à equipe mínima. Após a apresentação, Conselheira Solange Gonçalves Belchior destacou que a estratégia maior de mudança de modelo era a visão da atenção à saúde de forma interdisciplinar. Disse que tinha restrições à proposta de ruptura do atual modelo para construção de um modelo com base única e exclusivamente no PSF, por entender que não se rompia com um modelo aguardando a construção de outro e que o PSF não trabalhava na lógica da interdisciplinaridade da saúde, por restringir-se ao olhar de três profissionais da saúde. O conselheiro **Francisco Batista Júnior avaliou que a grande urgência da população usuária do SUS era o fortalecimento da atenção básica, com equipe multiprofissional – fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e assistência farmacêutica. Finalizando, registrou que era contrário à proposta, da forma como foi construída e, assim, sugeriu que fosse constituída comissão para analisar o mérito da Portaria e adequá-la à linha de fortalecimento da atenção básica com caráter multiprofissional. **Antônio Derci** respondeu aos questionamentos ressaltando que a atenção básica reafirmava a necessidade de equipe profissional do SUS mas, em determinados momentos, eram necessárias escolhas. Assim, para 2006, foi priorizada a residência médica, porque, na opinião dos gestores municipais, a falta de médicos era o principal obstáculo para implantação das equipes e mudança do modelo assistencial. Todavia, a SAS estava trabalhando nova portaria para 2007 no sentido de avançar nas iniciativas de integração ensino e serviços. Na segunda rodada de intervenções, a Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** salientou a necessidade de organizar a atenção básica, com implementação da Estratégia Saúde Família nos municípios e pensar na importância de garantir a retaguarda para o PSF. A conselheira **Francisca Valda da Silva** solicitou informações sobre o andamento do projeto de núcleos integrais de atenção à saúde. **Antônio Derci** respondeu aos questionamentos em relação à proposta de núcleos integrais de atenção à saúde informando que estava em rediscussão por um grupo do MS, na perspectiva de torná-la viável, garantindo a adesão dos municípios e financiamento compatível. Todavia, colocou-se à disposição para fazer apresentação específica sobre o seu andamento. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou que a proposta de implantação dos núcleos integrais de atenção à saúde foi discutida com o CNS, assim, preocupava-lhe o fato de estar sendo revista sem a participação do Conselho. Nesse sentido, solicitou que, antes de ser encaminhada, a nova proposta fosse submetida à apreciação do Plenário do CNS. O vice-diretor do Departamento de Atenção à Saúde, **Antônio Derci Silveira Filho**, comprometeu-se a discutir os resultados das pesquisas sobre o PSF e a proposta dos núcleos integrais de atenção à saúde com o CNS.**

	Pauta e Ata da 168ª reunião ordinária do CNS	<p>Na fala de abertura da reunião, o ministro José Agenor Álvares da Silva ressaltou: “Então, os núcleos integrais de atenção à saúde, nós estamos estudando isso, porque para o Ministério poder cumprir com algumas das políticas, alguns dos compromissos que nós fizemos, nós estamos “cortando na carne”, estamos cortando o “filé mignon”, não é o osso, para podermos cumprir com essas obrigações, que são obrigações e responsabilidades que nós pactuamos aqui”.</p> <p>ITEM 9 – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO GERAL DO CNS PARA ANÁLISE E DELIBERAÇÕES - EXPEDIENTE – INFORMES E INDICAÇÕES - Relatório da Comissão de Coordenação Geral do CNS para análise e deliberações – A Secretária-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, apresentou o relatório da última reunião da CCG, realizada no dia 25 de julho que, além da pauta da 168ª RO, definiu os seguintes encaminhamentos gerais: 1) Grupo de Trabalho de Atenção Básica – Núcleo de Atenção Integral à Saúde - Conforme informação do Secretário de Atenção à Saúde, José Gomes Temporão, o projeto está suspenso até o final do ano por falta de recursos.</p>
Ano: 2007		Algo sobre o NASF?
Documentos	Ata da 35ª reunião extraordinária do CNS - 22/08/2007	<p>Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos destacou que quase R\$ 8 bilhões do Orçamento 2008 destinava-se à assistência farmacêutica e, para a estruturação do Sistema, destinava-se R\$ 12 milhões. Perguntou sobre a ampliação dos recursos da Atenção Básica, considerando a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.</p> <p>O representante da SPO, Arinaldo Bonfin Rosendo informou que a implantação dos Núcleos não constava do PACS/PSF, mas sim nos recursos para investimento, na ordem de R\$ 900 milhões (atenção especializada, urgência e emergência, atenção básica e saúde bucal). Assim, destacou que havia previsão de R\$ 205 milhões para manutenção do NASF e implementação de políticas diferenciadas.</p>
	Pauta e Ata da 169ª reunião ordinária do CNS - 17 e 18 de Janeiro de 2007	Apresentação da proposta de Residência Multiprofissional em Saúde.
	Ata da 174ª reunião ordinária do CNS - 12, 13 e 14 de junho de 2007	Apresentação do Relatório da Oficina sobre Abertura de Novos Cursos Superiores da Área da Saúde por Ana Estela Haddad (diretora do DEGES/SGTES/MS).

Pauta e Ata da 176ª reunião ordinária do CNS - 08 e 09 de agosto de 2007	ITEM 06 – NÚCLEO INTEGRAL DE ATENÇÃO À SAÚDE Apresentação do NASF (antigo Núcleo Integral de Atenção à Saúde) por Luis Fernando Rolim. (ANEXO B)
Pauta e Ata da 177ª reunião ordinária do CNS - 12 E 13 DE SETEMBRO DE 2007	<p>“Item 19 – Moção de Apoio do Conselho Federal de Psicologia à reedição da Portaria 1.065/GM, de 4 de julho de 2005, que trata da criação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, aprovada no VI Congresso Nacional de Psicologia.” Não houve destaques.</p> <p>Conselheira Rosane Nascimento propôs que o tema “Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família” fosse encaminhado à discussão da Câmara Técnica 2 ou 3, para subsidiar o Pleno.</p> <p>ITEM 03 – ABERTURA DE NOVOS CURSOS NA ÁREA DE SAÚDE.</p>
Pauta e Ata da 178ª reunião ordinária do CNS - 09 E 10 DE OUTUBRO DE 2007	ITEM 05 – PARECERES DE ABERTURA DE NOVOS CURSOS NA ÁREA DA SAÚDE
Pauta e Ata da 180ª reunião ordinária do CNS -12 E 13 DE DEZEMBRO DE 2007	<p>“Item 3 – Solicitações de Apoio ao CNS: 3.1 - Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Santa Catarina – O Conselho solicitou especial apoio ao movimento que se desenvolve no País relativo à inclusão do Médico Veterinário nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF. O Presidente da ABSPV, Médico Veterinário, Celso Bittencourt dos Anjos, encaminhou ofício nº. 56-ABSPV, de 10 de outubro de 2007, para o diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Luís Fernando Sampaio e, nesta oportunidade, foram apresentadas as justificativas de tal demanda. O entendimento é que as autoridades e parlamentares do País devem manifestar-se ao Ministério da Saúde em defesa desta demanda da Medicina Veterinária, para que se ganhe ainda mais força no encaminhamento deste pleito. <i>Encaminhamento da Mesa Diretora:</i> realizar seminário para discutir a estratégia do Programa Saúde da Família (sugestão de data: janeiro ou fevereiro de 2008).” Não houve destaques do Pleno sobre este item.</p> <p>Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) - solicitação da Conselheira Ana Cristhina Brasil.</p>
Ano: 2008	Algo sobre o NASF?

Documentos	Pauta e Ata da 182ª reunião ordinária do CNS – 22 de fevereiro de 2008.	Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASFs – Conselheira Rosane Nascimento explicou que o FENTAS, após analisar a Portaria nº. 154/08, que cria os NASFs, avaliou que seria necessário adequá-la à Portaria nº. 971/07, que institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Diante dessa constatação, disse que foi feito debate com a Coordenadora da Política e chegou-se a consenso sobre texto para a Portaria nº. 154/08 que a adequasse à Portaria nº. 971/07. Conselheira Ana Cristhina Brasil, coordenadora da Comissão de Práticas Complementares Integrativas do SUS, submeteu à apreciação do Pleno de incluir no artigo 3º, que trata dos profissionais dos NASFs, o quinto parágrafo com a seguinte redação: “a prática de MTC Acupuntura deverá ser realizada pelos profissionais do elenco do NASF em consonância com a Portaria nº. 971/07”. Não havendo destaques, a proposta foi aprovada por unanimidade.
	Pauta e Ata da 184ª reunião ordinária do CNS – 16-17 de abril de 2008.	ITEM 13 – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) – Apresentação da republicação da portaria 154 por Berardo Nunan , necessária para o ajustamento de algumas ações, para atender a legislação e as especificidades das categorias profissionais que integram os NASFs. (ANEXO C)
	Pauta e Ata da 185ª reunião ordinária do CNS – 14-15 de maio de 2008.	Continuando a apresentação das Comissões, Conselheira Lílian Aliche apresentou o plano de ação da Comissão Intersetorial Permanente da Saúde do Idoso/CIPSI/CNS, com destaque para as seguintes ações estratégias (2007 a 2009) e estratégias: 5) Criar instrumentos para a inclusão da pessoa idosa nos Núcleos de Atendimento à Saúde da Família - Estratégias: solicitar à SAS que verifique se consta no Programa NASF a inclusão da pessoa idosa.
	Ata da 186ª reunião ordinária do CNS – 11-12 de junho de 2008.	ITEM 9 – ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE – A diretora do Departamento de Atenção Básica/DAB/MS, Claunara Mendonça , em relação à prática das equipes, disse que é preciso atividades educativas e participativas, capacidade de planejar e avaliar resultados em saúde - avaliação como aprendizagem em situação de trabalho, proposta das equipes matriciais – NASF (atividade Física/Práticas Corporais, práticas integrativas e complementares; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; assistência farmacêutica) e uso adequado de tecnologias.
	Pauta e Ata da 187ª reunião ordinária do CNS – 09-10 de julho de 2008.	ITEM 4 – ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE – Apresentação pela diretora do DAB – Claunara Mendonça - Conselheiro Paulo César de Souza perguntou por que o médico veterinário e o biólogo não estão contemplados no NASF 2, tendo em vista a necessidade de prevenção.

<p>Pauta e Ata da 188ª reunião ordinária do CNS – 31 de julho a 01 de agosto de 2008.</p>	<p>ITEM 5 – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - Conselheira Renata Weber, da Coordenação de Saúde Mental/MS falou da saúde Mental na Atenção Básica com destaque para a Estratégia dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família como potencializadora para inclusão de ações de saúde mental na ESF, prioridade na formação dos profissionais que irão compor os NASF e importância das experiências implantadas e consolidadas – apoio matricial a partir do CAPS. Esclareceu ainda que, considerando a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental.</p> <p>Após as primeiras intervenções dos conselheiros, a Coordenação de Saúde Mental/MS, Karine, comentou as intervenções, reforçando que a atenção em saúde na atenção básica não se restringe aos NASFs, pois os Núcleos não conseguem cobrir toda a demanda. Desse modo, é necessário discutir outras estratégias, em especial para os municípios de pequeno porte.</p>
<p>Pauta e Ata da 190ª reunião ordinária do CNS – 08 e 09 de outubro de 2008.</p>	<p>Na discussão do ITEM 03 – A OBESIDADE E SUAS CONSEQUÊNCIAS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, a Dra. Patrícia Chaves Gentil destacou a organização da Nutrição na Atenção Primária à Saúde para promoção da saúde e prevenção da obesidade com as equipes de Saúde da Família desenvolvendo de promoção da saúde e ações de aconselhamento alimentar e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família com ações de nutrição. Conselheiro Raimundo Sotero chamou ainda a atenção sobre o pouco tempo para o debate e de não ter nutricionista no NASF.</p>

Apêndice J – Quadro síntese da análise documental (minutas e portarias NSI, NAISF e NASF)

CATEGORIAS DE ANÁLISE	NÚCLEO DE SAÚDE INTEGRAL	NÚCLEO DE ATENÇÃO INTEGRAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
DOCUMENTO (S)	<p>- NSIa: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Executiva. <i>Núcleos de Saúde Integral</i>. Versão-27ago04. 25p.</p> <p>- NSIb: Proposta do Ministério da Saúde de implantação dos NÚCLEOS DE SAÚDE INTEGRAL e Minuta de criação do NSI. Disponível em: www.saude.pb.gov.br/web_data/nsi.doc Acesso em 07 mar 2016 Cópia do documento entregue por Aline Azevedo.</p> <p>- NSIc: Minuta de criação do incentivo financeiro para implantação e custeio dos Núcleos de Saúde Integral. Disponível em: www.saude.pb.gov.br/web_data/nsi.doc Acesso em 07 mar 2016</p> <p>- NSId: Versão 3 – 09 de novembro de 2004 – circulação restrita. Minuta de criação do incentivo financeiro para implantação e custeio dos Núcleos de Saúde Integral. Cópia do documento entregue por Aline Azevedo.</p> <p>- NSIe: Ministério da Saúde. Secretaria de</p>	<p>- NAISF: Brasil. Portaria GM nº 1.065, de 4 de julho de 2005. <i>Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde</i>. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Nº. 127, 05 jul. 2005. Seção I, p.45-46.</p> <p>- NAISF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Executiva. <i>Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família</i>. Versão 14-10fev05. 28p.</p>	<p>- NASF: Brasil. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. <i>Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família</i>. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Nº. 18, 25 jan. 2008. Seção I, p.47-50. (Republicada no Diário Oficial da União, Brasília, DF, Nº. 43, 04 mar. 2008. Seção I, p.38-42)</p> <p>- NASF: Brasil. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. <i>Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências</i>. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Nº. 251, 31 dez. 2012. Seção I, p.223.</p> <p>- NASF: Brasil. Portaria nº 548, de 04 de abril de 2013. <i>Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3</i>. CAB 27 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de</p>

	Atenção à Saúde. Secretaria Executiva. <i>Núcleos de Atenção à Saúde</i> . Versão 4-11out04. 26p.		Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27) CAB 39 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 39)
DEFINIÇÃO	“Os Núcleos de Saúde Integral constituem-se num arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população.” (NSIa, p.2)	- Não consta na Portaria 1.065; - “Os NAISF constituem-se num arranjo organizacional que visa garantir suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população.” (NAISF versão14, p. 3)	“Conforme a PNAB, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.” (CAB 39,p. 17)
OBJETIVO(S)/ PROPÓSITOS / FINALIDADE	“(…) Avançar na consecução da Integralidade da atenção e da gestão em saúde e no aumento da Resolubilidade.” (NSIa, p.2) “(…) garantir suporte técnico, em áreas específicas, às equipes de Saúde da Família / Atenção Básica.” (NSIb, p. 14)	Ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. (Portaria 1.065) Ampliar a resolubilidade e a qualidade da Atenção Básica, com ênfase na ESF e apoiado nas experiências de vários municípios. (NAISF versão 14, p. 5)	“... ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.” (Art. 1º, Portaria 154)

	<p>“Ampliar o acesso às ações de Saúde Mental, reabilitação e de Atividade Física e práticas corporais; Ampliar a resolubilidade de atenção à saúde; Avançar na construção da integralidade da atenção à saúde; Avançar nas práticas que corroboram para a construção do cuidado em saúde, na perspectiva do autocuidado; qualificar a atenção básica com ênfase nas ESF; ampliar a capacidade de resposta às diferentes demandas sociais que interferem no processo saúde-doença; promover a cidadania na perspectiva da construção da autonomia.” (NSIe, p.4)</p> <p>- Excluir a lógica do encaminhamento, por meio da responsabilização compartilhada; - Qualificar e ampliar a clínica da equipe, por meio do estímulo à transdisciplinaridade.</p>	<p>“Qualificar a Atenção Básica com ênfase na ESF, ampliando a resolubilidade e avançando na construção da integralidade das ações de atenção à saúde; Ampliar o acesso às ações de Saúde Mental, reabilitação e de Atividade Física e práticas corporais; Avançar na implementação de práticas que corroboram para a construção do cuidado em saúde, na perspectiva do autocuidado; Promover a autonomia dos usuários e famílias e fortalecer a cidadania.” (NAISF versão 14, p.6)</p>	
DIRETRIZ(ES)	Responsabilização compartilhada;Integralidade; Resolubilidade; Promoção à Saúde;	Integralidade; Responsabilização compartilhada (multiprofissionalidade e transdisciplinaridade); Base territorial (vínculo de responsabilização); promoção da saúde; humanização da atenção. Promoção do autocuidado e fortalecimento da cidadania.	Integralidade; território; educação popular em saúde; interdisciplinaridade; participação social, intersetorialidade; educação permanente em saúde; humanização; promoção da saúde;
PALAVRAS-CHAVE DO DOCUMENTO	Integralidade; Resolubilidade; Intersetorialidade; Promoção à Saúde.	Integralidade; Resolubilidade; Intersetorialidade.	Integralidade; Resolubilidade; Intersetorialidade.
PÚBLICO-	“Municípios com 50 mil habitantes ou mais	Municípios com população igual ou	Municípios com população igual ou superior a

ALVO DA PROPOSTA	e que possuam pelo menos 10 equipes de saúde da família, salvo na Amazônia Legal cujo mínimo seria de 8 equipes de saúde da família.” (NSIa, p.2) (...) “e 40 mil habitantes.” (NSIe, p.4)	superior a 40 mil habitantes. Nos municípios situados nos estados da Amazônia Legal, o financiamento de que trata este artigo, será destinado àqueles com população igual ou superior a 30 mil habitantes. (Art. 8, Portaria 1.065) Municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes e com pelo menos 9 equipes de SF, salvo na Amazônia Legal (30 mil hab., 7 ESF). (NAISF versão 14, p.5)	100 mil habitantes, e os municípios com menos de 100 mil hab. da região Norte. *podem ser instituídos consórcios intermunicipais para a implantação de NASF 1. Em 2012 o NASF é universalizado a partir da criação da modalidade 3 (Portaria 3.124)
COMPOSIÇÃO DA EQUIPE/ MODALIDADES DE AÇÃO	São constituídos por 3 (três) modalidades de ação em saúde: 1. Atividade Física e Saúde: Educador físico, monitor/facilitador de práticas corporais (e nutricionista – NSIe, p.6). 2. Reabilitação: Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional (e assistente social – NSIe, p.6). O mínimo necessário para a implantação é a presença do fisioterapeuta e outro profissional conforme a disponibilidade do município. 3. Saúde Mental: Psicólogo, terapeuta ocupacional (e assistente social – NSIe, p.6). O mínimo necessário para a implantação é a presença do psicólogo e outro profissional de acordo com a disponibilidade do município. (NSIa, p.6)	Constituídos por 4 (quatro) modalidades de ação em saúde: I. Alimentação/Nutrição e Atividade Física: nutricionista, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais; II - Atividade Física: profissional de educação física e instrutor de práticas corporais; III - Saúde Mental: psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do psicólogo ou de psiquiatra e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados; IV – Reabilitação: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do fisioterapeuta e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados. (Art. 7, Portaria 1.065)	9 áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares (CAB 27) 2 modalidades de ação: - NASF1: mínimo 5 profissionais de categorias não coincidentes (poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta

	<p>*(NSIb, p.16-17):</p> <p>I. Atividade Física e Saúde - Profissional de Educação Física, Nutricionista e monitor/facilitador de práticas corporais.</p> <p>a- Atividade Física 1 - Profissional de Educação Física e monitor/facilitador de práticas corporais.</p> <p>§ 1º Como o nutricionista não integra a composição da modalidade Atividade Física 1, o gestor municipal deve assegurar essa referência no sistema de saúde local e/ou regional.</p> <p>b- Atividade Física 2 - Profissional de Educação Física, nutricionista e monitor/facilitador de práticas corporais.</p> <p>II. Reabilitação - Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social. Nesse caso, há obrigatoriedade do Fisioterapeuta, sendo o segundo profissional um dos mencionados acima, conforme a disponibilidade do município.</p> <p>III. Saúde Mental - Psicólogo ou psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social. Nesse caso, há obrigatoriedade do psicólogo ou psiquiatra, sendo o segundo profissional um dos mencionados acima, conforme a</p>	<p>NAISF versão 14, p. 8:</p> <p>Os NAISF serão compostos por 3 (três) modalidades de ação desenvolvidas em conjunto com a AB:</p> <p>1. Atividade Física e Saúde: Educador físico, monitor/facilitador de práticas corporais (AF&S 1) e nutricionista (AF&S 2).</p> <p>2. Reabilitação: Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social. O mínimo necessário para a implantação é a presença do fisioterapeuta e outro profissional conforme a disponibilidade do município.</p> <p>3. Saúde Mental: Psicólogo ou psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social. O mínimo necessário para a implantação é a presença do psicólogo ou psiquiatra e outro profissional de acordo com a disponibilidade do município.</p> <p>Em qualquer uma das modalidades deverão ser incluídas ações no âmbito da alimentação e nutrição e do serviço social.</p>	<p>Ocupacional.</p> <p>- NASF2: mínimo 3 profissionais de categorias não coincidentes (poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional).</p> <p>§ 1º A composição de cada um dos NASF será <i>definida pelos gestores municipais</i>, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.</p> <p>§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com <i>pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental</i>.</p> <p>Em 2012 foi instituída a Modalidade 3, com o objetivo de universalizar para todos os municípios.</p> <p><i>Portaria 3.124: §1º O NASF 3 é criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas.</i></p>
--	---	--	---

	<p>disponibilidade do município.</p> <p>§ 1º Quando o psiquiatra não integrar a composição da modalidade Saúde Mental, o gestor municipal deve assegurar essa referência no sistema de saúde local e/ou regional.</p> <p>* “As ações de Alimentação e Nutrição poderão ser inseridas na modalidade Atividade Física e Saúde e deverão ser incluídas quando implantadas as três modalidades. (...) As ações de Serviço Social poderão ser inseridas na modalidade Reabilitação e Saúde Mental e deverão ser incluídas quando implantadas as três modalidades.” (NSIb, Art. 3º, §º 1º e 2º, p. 16)</p> <p>“Na interseção das três modalidades de ações básicas propostas os Núcleos de Saúde Integral ainda são compostos por ações no âmbito da alimentação e nutrição e do serviço social.” (NSIa, p.5)</p> <p>“(…) Nos Núcleos de Saúde Integral sugere-se a inserção de um nutricionista e/ou assistente social desde o início de sua implantação independente da modalidade escolhida inicialmente.” (NSIa, p.5)</p> <p>“A composição máxima dos Núcleos de</p>		<p>Art. 3º Os NASF podem ser organizados, com financiamento federal, nas modalidades NASF 1, 2 e 3, seguindo os parâmetros e critérios abaixo estabelecidos:</p> <p>I - A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:</p> <p>a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;</p> <p>b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e</p> <p>c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.</p> <p>III - A modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:</p> <p>a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais;</p> <p>b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e</p> <p>c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.</p>
--	--	--	--

	<p>Saúde Integral (implantadas as três modalidades) será: Educador Físico, Monitores/facilitadores de práticas corporais, Assistente Social, Psicólogo, Fisioterapeuta, Nutricionista, Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional.” (NSIa, p.5)</p> <p>“Com vistas a estimular a inserção da Medicina Natural (homeopatia e/ou acupuntura) no apoio integral às equipes de saúde da família, o município pode considerar a possibilidade de incluir um desses profissionais no Núcleo composto por 7 (sete) profissionais ou mais.” (NSIa, p.6/NSIe, p.6)</p>		<p>V - A modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:</p> <p>a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais;</p> <p>b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte horas); e</p> <p>c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.</p> <p>A partir de 2012 novas categorias profissionais foram inseridas na composição dos NASF: profissional com formação em arte e educação (arte educador); Médico veterinário; Médico geriatra; Médico internista (clínica médica); Médico do trabalho; e profissional de saúde sanitaria.</p>
<p>PROPORÇÃO DE NÚCLEOS POR EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA</p>	<p>1 para cada 10 a 12 eSF // 1 para cada 8 a 12 eSF na Amazônia Legal</p>	<p>1 para cada 9 a 11 eSF // 1 para cada 7 a 9 eSF na Amazônia Legal</p>	<p>1 para cada 8 a 20 ESF (NASF 1) – em municípios da região norte com menos de 100 mil hab. será 1 para cada 5 a 20 ESF // 1 para cada 3 ESF (NASF 2)</p> <p>A partir de 2012 esta proporção muda: II - Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e</p>

			<p>fluviais);</p> <p>IV - Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);</p> <p>VI - Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.</p>
CARGA HORARIA DOS PROFISSIONAIS	40 horas/semana (NSIb, Art. 12º, § 1º, p. 17)	40 horas/semana	<p>I - Para os profissionais médicos, em substituição a um profissional de 40 horas semanais, podem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um, sendo permitido o cadastro de profissionais de CBO diferentes;</p> <p>II - Para os profissionais fisioterapeutas, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um;</p> <p>III - Para os profissionais terapeutas ocupacionais, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um; e, IV - Para as demais ocupações vale a definição do caput deste parágrafo (40 horas semanais)</p>
ATIVIDADES	a) ações conjuntas com as ESF	“Esse compartilhamento produz-se na	- Ações comuns a todos os profissionais: atuar,

<p>A SEREM DESENVOLVIDAS/ ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONALIS</p>	<p>desenvolvendo atividades físicas e práticas corporais; b) ações conjuntas com as ESF dirigidas a usuários e familiares em situação de risco; c) ações conjuntas com as ESF no sentido de reduzir incapacidades e deficiências.</p> <p>- Ações comuns a todos os profissionais: atuar, de forma integrada à ESF, identificando a população-alvo das ações, desenvolvendo ações intersetoriais e avaliando o impacto das ações através de indicadores. (NSIa, p.11-12)</p> <p>- Ações de Atividade física: estímulo e fortalecimento de ações no campo das práticas corporais em saúde.</p> <p>- Ações de saúde mental: apoiar a ESF na atenção aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, e pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência intrafamiliar.</p> <p>- Ações de reabilitação: desenvolver ações e intervenções precoces que favoreçam o rompimento com uma percepção preconceituosa e discriminatória das pessoas com deficiência de maneira que ocorra sua inclusão social.</p>	<p>forma de co-responsabilização e ampliação da resolubilidade da atenção, efetivada por meio de ações conjuntas como: troca de experiência e saberes, discussão de casos, intervenção junto à comunidade, às famílias e aos indivíduos, realização de atividades intersetoriais, entre outros.” (Parágrafo único - Art. 2, Portaria 1.065)</p> <p>“(…) compartilham o acompanhamento e projetos terapêuticos com as equipes de saúde da família/atenção básica (...) ações conjuntas como: discussões de caso, intervenções junto às famílias e comunidades, proposição de atividades específicas além das desenvolvidas pela equipe de saúde local que exigem intersetorialidade.” (NAISF versão 14, p. 3)</p>	<p>de forma integrada à ESF, identificando a população-alvo das ações, desenvolvendo ações intersetoriais e avaliando o impacto das ações através de indicadores.</p> <p>- Ações de Atividade física e práticas corporais: que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.</p> <p>- Ações das Práticas Integrativas e Complementares – Ações de Acupuntura e Homeopatia que visem à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, ampliando o acesso ao sistema de saúde, proporcionando incremento de diferentes abordagens, tornando disponíveis outras opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS.</p> <p>Ações de Reabilitação - Ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.</p> <p>Ações de Alimentação e Nutrição - Ações de</p>
--	--	--	--

	<p>- Ações de alimentação e nutrição: promoção da SAN, promoção da alimentação segura e saudável, ações de vigilância alimentar e nutricional, controle e prevenção aos distúrbios nutricionais, atenção nutricional, acompanhamento bolsa família.</p> <p>- Ações de serviço social: ações de identificação, articulação e disponibilização de rede de proteção social; técnicas de educação e mobilização em saúde; identificar e abordar problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas.</p> <p>“Nos Núcleos de Saúde Integral existe uma equipe de profissionais que compartilha determinados usuários e projetos terapêuticos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território).” (NSIa, p.2)</p>	<p>promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis.</p> <p>Ações de Saúde Mental - Atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação.</p> <p>Ações de Serviço Social - Ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado.</p> <p>Ações de Saúde da Criança - Ações de atenção às crianças desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, cuja</p>
--	---	---

		<p>complexidade exija atenção diferenciada. Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família, que estejam inseridas num processo de educação permanente. Ações de capacitação dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde da Família e os demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.</p> <p>Ações de Saúde da Mulher - Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família que estejam inseridas num processo de educação permanente; ações de capacitação em serviço dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde da Família; ações de atenção individual às mulheres, desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família; cuja complexidade do caso exija atenção diferenciada; ações diferenciadas, como pré-natal de risco não habitual, cujo acompanhamento se desenvolva de maneira compartilhada com as equipes Saúde da Família; realização de colposcopia e biópsias dirigidas, realização de cirurgias de alta-freqüência (CAF) e demais</p>
--	--	---

			<p>atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.</p> <p>Ações de Assistência Farmacêutica - Ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, no âmbito individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.</p>
<p>MODALIDADES DE IMPLANTAÇÃO</p>	<p>Podem ser implantadas das seguintes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 modalidades; - 2 modalidades; - 1 modalidade. <p>“O modo de implantação será definido de acordo com as necessidades de saúde identificadas no município e sua disponibilidade de recursos, significando aporte diferenciado de recursos por parte do Governo Federal.” (NSIa, p.5)</p> <p>“A definição das modalidades a serem implantadas nos Núcleos de um dado município será realizada a partir das necessidades e prioridades estabelecidas pelo gestor municipal.” (NSIa, p.6)</p>	<p>“Estabelecer que o município pode implantar o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família com todas as quatro modalidades ou optar pela implantação de cada modalidade separadamente, a partir das necessidades locais de saúde e da disponibilidade de recursos.” (Art. 4, Portaria 1.065)</p> <p>“Determinar que para a implantação do Núcleo com todas as modalidades o município deva assegurar, para fins de financiamento, a presença de psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais.” (Art. 5, Portaria 1.065)</p> <p>“Definir que a implantação de modalidades em separado deve assegurar, para fins de financiamento, a presença mínima de dois profissionais por modalidade, exceto na modalidade</p>	<p>A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal correspondente ao NASF. (Portaria 3.124)</p>

		Alimentação/ Nutrição e Atividade Física, que deve ter, no mínimo, três profissionais.” (Art. 6, Portaria 1.065)	
PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO	<p>“O município pode implantar, a partir das necessidades de saúde prioritárias para sua população, o Núcleo com todas as suas modalidades e/ou poderá optar por realizar a implantação das modalidades separadamente.” (NSIa, p.7)</p> <p>“O modo de implantação será definido de acordo com as necessidades de saúde identificadas no município e sua disponibilidade de recursos, significando aporte diferenciado de recursos por parte do Governo Federal. Na interseção das três modalidades de ações básicas propostas os Núcleos de Saúde Integral ainda são compostos por ações no âmbito da alimentação e nutrição e do serviço social.” (NSIa, p.5)</p>	-	<p>Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas* modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal</p> <p>* três modalidades a partir de 2012.</p>
PROCESSO DE ADESÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1) Plano municipal com atividades do NSI; 2) Aprovação no CMS; 3) Ofício para a SES; 4) Análise e aprovação pela SES e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB); 5) CIB encaminha ao DAB; 6) DAB aprecia e, caso aprovado, publica no DOU. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Plano municipal com o desenho do NAISF a ser implantado; 2) Aprovação no CMS; 3) Ofício para a SES; 4) Análise e aprovação pela SES e encaminhamento à CIB; 5) CIB encaminha ao DAB; 6) DAB aprecia e, caso aprovado, publica no DOU. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Plano municipal com o desenho do NASF a ser implantado; 2) Aprovação no CMS; 3) Ofício para a SES; 4) Análise e aprovação pela SES e encaminhamento à CIB; 5) CIB encaminha ao DAB; 6) DAB aprecia e, caso aprovado, publica no DOU.
METAS PARA IMPLANTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - ATÉ DEZ/2005: 370 NSI; - ATÉ DEZ/2006: 770 NSI. (NSIa) 	<ul style="list-style-type: none"> - Em locais com mais de 7 ESF (Amazônia) e mais de 9 ESF (demais 	-

O	<p>- ATÉ DEZ/2005: 430 NSI; - ATÉ DEZ/2006: 861 NSI. (NSIe)</p> <p>1. Implantação de Núcleos de Saúde Integral nas 3 modalidades nos municípios com ESF: · Até dezembro de 2005 - 447 Núcleos de Saúde Integral. · Até dezembro de 2006 - 897 Núcleos de Saúde Integral.</p> <p>2. Implantação de Núcleos de Saúde Integral na modalidade Atividade Física e Saúde nos municípios sem ESF: · Até dezembro de 2005 - 331 Núcleos de Saúde Integral · Até dezembro de 2006 - 662 Núcleos de Saúde Integral (NSIb, p.3)</p>	<p>regiões): 960 NAISF; - Em locais com menos de 7 ESF (Amazônia) e menos de 9 ESF (demais regiões): 778 NAISF</p> <p>- Até DEZ/2005: 478 NAISF - Até DEZ/2006: 960 NAISF</p>	
FINANCIAMENTO	<p>“O Ministério da Saúde criará um financiamento específico para implantação e custeio do Núcleo, para o qual também serão necessárias contrapartidas municipais e estaduais. (...) No caso da modalidade Atividade Física e Saúde, o Ministério da Saúde buscará parcerias com empresas públicas e privadas com vistas à obtenção de recursos para investimento em estrutura física e para a realização das ações.” (NSI, p.7)</p>	<p>“Determinar que o Ministério da Saúde financie a implantação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família nos municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes.” (Art. 8, Portaria 1.065)</p> <p>“Estabelecer que caiba aos municípios elaborar a proposta de implantação, acompanhamento e avaliação dos Núcleos, garantindo recursos, como</p>	<p>- NASF 1: 20 mil para implantação de cada equipe - NASF 2: 6 mil para implantação de cada equipe + - NASF 1: 20 mil de custeio mensal para cada equipe - NASF 2: 6 mil de custeio mensal para cada equipe</p>

	<p>Incentivo implantação: R\$ 1.000,00 por modalidade de ação;</p> <p>Custeio:</p> <p>a) Implantação por modalidade, considerando a composição mínima de 2 profissionais por modalidade: Reabilitação – R\$ 1.500,00 Saúde Mental – R\$ 1.500,00 Atividade Física e Saúde - R\$ 1.200,00</p> <p>**com nutricionista:R\$ 1.900,00 (NSIe, p.9) * II. Atividade Física 2 - R\$ 1.700,00 (NSIc, Art. 10º, § 2º, Item II, p. 29)</p> <p>b) Implantação do Núcleo com três modalidades, considerando a equipe mínima de 5 (cinco) profissionais: R\$: 5.400,00</p> <p>c) Implantação do Núcleo com três modalidades, considerando equipe de 7 (sete) profissionais ou mais: R\$ 6.900,00</p>	<p>contrapartida financeira, para a adequação física e compra de material necessário à realização e ao desenvolvimento das atividades.” (Art. 11, Portaria 1.065)</p> <p>“Definir que a operacionalização e o financiamento do Ministério da Saúde para os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, bem como as ações e atividades dos profissionais, serão tratados em portaria específica, a ser publicada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação desta Portaria.” (Art. 13, Portaria 1.065)</p> <p>NAISF v.14, p.9: - 1.000 (implantação) + 3.000 (3 modalidades) Reabilitação – R\$ 1.500,00 Saúde Mental – R\$ 1.500,00 Atividade Física e Saúde - R\$ 1.200,00 ou R\$ 1.700,00 (com nutricionista)</p> <p>- Implantação do Núcleo com três modalidades, considerando a equipe mínima de 5 (cinco) profissionais: R\$: 5.400,00.</p>	<p>Com a universalização dos NASF:</p> <p>I - para cada NASF 1 serão transferidos, mensalmente, R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) (+ 20mil parcela única para implantação); II – para cada NASF 2 serão transferidos, mensalmente, R\$ 12.000,00 (doze mil reais) (+ 12mil parcela única para implantação); III – para cada NASF 3 serão transferidos, mensalmente, R\$ 8.000,00 (oito mil reais) (+ 8mil parcela única para implantação).</p>
<p>IMPACTO FINANCEIRO (MÁXIMO)</p>	<p>- 2005: R\$31.746.000,00 - 2006: R\$64.956.000,00 (NSIa) - 2005: de R\$ 7.083.400,00 a R\$</p>	<p>- 2005: R\$ 24.571.800,00 - 2006: R\$ 63.654.000,00</p>	<p>-</p>

	<p>30.306.600,00 2006: R\$ 13.835.800,00 a R\$ 59.475.600,00 (NSIb, p.4)</p> <p>- 2005: R\$36.894.000,00 - 2006: R\$72.583.800,00 (NSIa)</p>		
<p>CONTRAPARTIDAS MUNICIPAIS E/OU ESTADUAIS</p>	<p>“Caberá aos municípios como contrapartida financeira para o desenvolvimento dessas atividades prever recursos para complementação das necessidades de adequação física e de compra de materiais para a realização das atividades elencadas.” (NSIa, p.25)</p> <p>“Caberá aos Estados contribuir para a implementação da proposta, apoiando os municípios técnica e financeiramente, além de realizar o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento das ações dos Núcleos.” (NSIe, p.11)</p>	<p>“Estabelecer que caiba aos municípios elaborar a proposta de implantação, acompanhamento e avaliação dos Núcleos, garantindo recursos, como contrapartida financeira, para a adequação física e compra de material necessário à realização e ao desenvolvimento das atividades.” (Art. 11, Portaria 1.065)</p> <p>“(…) sendo necessárias, também, contrapartidas municipais e estaduais para a sua implementação.” (NAISF versão 14, p. 9)</p> <p>“O gestor municipal deverá elaborar a proposta de implantação, acompanhamento e avaliação dos Núcleos, garantindo recursos, como contrapartida financeira, para a adequação física e compra de material necessário à realização e ao desenvolvimento das atividades elencadas. “Caberá aos Estados contribuir para a implementação da proposta, apoiando os municípios técnica e</p>	-

		financeiramente, além de realizar o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento das ações.” (NAISF v.14, p. 12)	
VINCULAÇÃO RESTRITA À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?	<p>Não. A modalidade Atividade Física e Saúde permite a implantação em áreas cobertas por Unidades Básicas Tradicionais (não ESF):</p> <p>“No caso de implantação apenas da modalidade Atividade Física e Saúde o financiamento contemplará municípios que ainda não tem seu sistema de atenção organizado pela estratégia da saúde da família ou que possuem menos do que 10 ESF, garantida a proporção de 1 Núcleo para cada 50 000 habitantes”. (NSIa, p.8)</p>	<p>Não. As modalidades Alimentação/Nutrição e Atividade Física e/ou Atividade Física permitem a implantação em áreas cobertas por Unidades Básicas Tradicionais (não ESF):</p> <p>“Os municípios que ainda não têm a Atenção Básica em Saúde organizada por meio da estratégia Saúde da Família ou que possuem menos que 9 equipes da Saúde da Família implantadas, poderão implantar as modalidades Alimentação/Nutrição e Atividade Física e/ou Atividade Física garantindo-se a proporção de um Núcleo para cada 40 mil habitantes. Parágrafo único. Para os municípios da Amazônia Legal a proporção é de um Núcleo para cada 30 mil habitantes”. (Art. 10, Portaria 1.065)</p> <p>Não. No caso de implantação apenas da modalidade Atividade Física e Saúde o financiamento contemplará municípios que ainda não têm seu sistema de atenção organizado pela ESF. (NAISF v.14, p.9)</p>	<p>Não. Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).</p>
RELAÇÃO COM A	“Nos Núcleos de Saúde Integral existe uma equipe de profissionais que compartilha	“Determinar que os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família sejam	“Estabelecer que os NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de

EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	determinados usuários e projetos terapêuticos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização, que pode se efetivar através de ações conjuntas: discussões de caso, intervenções junto às famílias e comunidades, proposição de atividades específicas que não aquelas desenvolvidas pela equipe de saúde local e/ou atendimentos clínicos.” (NSIa, p.2)	constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, compondo com os profissionais da Saúde da Família uma equipe que atue em um território definido, compartilhando a construção de práticas em saúde frente aos problemas identificados.” (Art. 2, Portaria 1.065)	diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.” § 1º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família. § 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrareferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. § 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF. (Art. 2º, Portaria 154)
RELAÇÃO COM OS DEMAIS NÍVEIS DE	Não mencionado na minuta versão 27ago2004 (NSIa). Nas modalidades Saúde Mental e	“Os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família devem estar articulados com os serviços de referência existentes, como, por exemplo, Centros de Atenção	-

ATENÇÃO	Reabilitação, os Núcleos devem estar articulados com os serviços de referência para essa população (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Centros de Reabilitação, etc). (NSIb, art. 7º, parágrafo 2º, p.17)	Psicossocial, Centros de Reabilitação, Centros de Lazer e Esportes e com profissionais dos serviços especializados.” (Art. 7º - Parágrafo único, Portaria 1.065)	
RELAÇÃO COM OUTRAS POLÍTICAS PÚBLICAS	<p>“Os Núcleos de Saúde Integral, conforme propostos, integram a Política Nacional de Promoção da Saúde.” (NSIa, p.2)</p> <p>“(…) também se encontra articulado à Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (HumanizaSUS)” (NSIa, p.13)</p>	<p>“Os NAISF, conforme propostos, integram a Política Nacional de Promoção da Saúde.” (NAISF versão 14, p.4; p.17)</p> <p>A proposta de implementação dos NAISF incorpora nas suas diretrizes os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (HumanizaSUS). (NAISF versão 14, p.5, p.18)</p>	PNAB; PNPS; Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência; PNAN; Política Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; PNPIC; Política Nacional de Medicamentos; Política Nacional de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social.
RELAÇÃO COM O SETOR PRIVADO?	<p>“No caso da modalidade Atividade Física e Saúde, o Ministério da Saúde buscará parcerias com empresas públicas e privadas com vistas à obtenção de recursos para investimento em estrutura física e para a realização das ações.” (NSIa, p.7)</p> <p>“A gestão dos Núcleos de Saúde Integral deve ser das Secretarias Municipais de Saúde, sendo vedada a implantação desses Núcleos em instalações de serviços privados, mesmo conveniados ao SUS.” (NSIb, Art. 12º, § 2º, p.17)</p>	-	-
MODALIDADES DE	“O Núcleo poderá ser constituído tanto de profissionais de administração direta	Os municípios podem compor os Núcleos com os trabalhadores da rede ou a partir	-

CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	(vínculo municipal) quanto de profissionais contratados mediante convênio com ONGs, entidades filantrópicas, associações e congêneres.” (NSI, p.7)	da contratação de novos profissionais. (NAISF v.14, p.9)	
POPULAÇÕES PRIORIZADAS	<p>As populações a serem priorizadas por essas ações são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoas com Sofrimento Psíquico e seus familiares; - Pessoas com Deficiências e Incapacidades, seus cuidadores e familiares; - Pessoas vítimas de violência; - Pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis; - Pessoas em situação de risco e com alto grau de vulnerabilidade; - Pessoas com comprometimentos ósteo-articulares; - Crianças com dificuldades no crescimento e desenvolvimento; - Adolescentes; - Idosos. <p>(NSIa,p.24; NSIe,p.16)</p>	<p>As populações a serem priorizadas pelas ações do NAISF são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoas com Sofrimento Psíquico e seus familiares; - Pessoas com Deficiências e Incapacidades, seus cuidadores e familiares; - Pessoas vítimas de violência; - Pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis; - Pessoas em situação de risco e com alto grau de vulnerabilidade; - Pessoas com comprometimentos ósteo-articulares; - Crianças com dificuldades no crescimento e desenvolvimento; - Adolescentes; - Idosos. <p>(NAISF v.14,p.17)</p>	-

QUADRO SÍNTESE DAS 3 PROPOSTAS

	<p>Os Núcleos de Saúde Integral foram constituídos como um arranjo organizacional voltado à concessão de suporte técnico às equipes de atenção básica em três áreas específicas (saúde mental, reabilitação, e atividade física e saúde) e duas áreas interseccionais (alimentação e nutrição e serviço social), com o objetivo de avançar na consecução da Integralidade da atenção e da gestão em saúde e no aumento da Resolubilidade. O público-alvo da proposta eram municípios com 50 mil habitantes ou mais e que possuíssem pelo menos 10 equipes de saúde da família, salvo na Amazônia Legal cujo mínimo seria de 8 equipes de saúde da família. Apenas na modalidade Atividade Física era permitida a implantação em municípios com atenção básica nos moldes tradicionais (não-ESF). As categorias profissionais contempladas na proposta do NSI eram:</p>
--	--

NSI	Educador Físico/Profissional de Educação Física, Monitores/facilitadores de práticas corporais, Assistente Social, Psicólogo, Psiquiatra, Fisioterapeuta, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Homeopatas e Acupunturistas, estando a cargo dos gestores municipais a definição da composição dos núcleos. A contratação destes profissionais poderia ser via administração direta (vínculo municipal) ou mediante convênios. A proporção de NSI por equipes de SF era de 1 para cada 10 a 12 ESF, e na Amazônia Legal era de 1 para cada 8 a 12 ESF. No rol de atividades previstas estavam tanto ações de caráter assistencial quanto de promoção à saúde, ambas voltadas ao coletivo (atividades em grupo) e aos indivíduos. Apesar disso, a população a ser priorizada é majoritariamente acometida por patologias, o que confere à proposta um caráter mais curativo que preventivo. Aos municípios que aderissem à proposta dos NSI era previsto incentivo de implantação no valor de R\$ 1.000,00 por modalidade de ação, acrescido de parcelas de custeio mensais que variavam de R\$1.200,00 a R\$6.900,00. No tocante à relação do NSI com outras políticas públicas, era prevista articulação com a PNPS e a PNH.
NAISF	Os Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família foram constituídos como um arranjo organizacional que visa garantir suporte técnico às equipes de atenção básica em quatro áreas específicas (alimentação/nutrição e atividade física, saúde mental, reabilitação e atividade física), com o objetivo de ampliar a Integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde. O público-alvo da proposta eram municípios com 40 mil habitantes ou mais e que possuísem pelo menos 9 equipes de saúde da família, salvo na Amazônia Legal cujo mínimo seria de 7 equipes de saúde da família e 30 mil habitantes. Apenas na modalidade Atividade Física era permitida a implantação em municípios com atenção básica nos moldes tradicionais (não-ESF). As categorias profissionais contempladas na proposta do NSI eram: nutricionista, profissional de Educação Física, instrutor de práticas corporais, assistente social, psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta Ocupacional. Para fins de financiamento, era obrigatória a presença de nutricionista, profissional de Educação Física, instrutor de práticas corporais, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta. Os municípios podem compor os Núcleos com os trabalhadores da rede ou a partir da contratação de novos profissionais. A proporção de NAISF por equipes de SF era de 1 para cada 9 a 11 ESF, e na Amazônia Legal era de 1 para cada 7 a 9 ESF. No rol de atividades previstas estavam tanto ações de caráter assistencial quanto de promoção à saúde, ambas voltadas ao coletivo (atividades em grupo) e aos indivíduos. Apesar disso, a população a ser priorizada era majoritariamente acometida por patologias, o que confere à proposta um caráter mais curativo que preventivo. Aos municípios que aderissem à proposta dos NAISF era previsto incentivo de implantação no valor de R\$ 1.000,00 por modalidade de ação, acrescido de parcelas de custeio mensais que variavam de R\$1.200,00 a R\$5.400,00. No tocante à relação do NAISF com outras políticas públicas, era prevista articulação com a PNPS e a PNH.
	Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram constituídos como um arranjo organizacional que visa ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Organiza-se em nove áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares. O público-alvo da proposta eram municípios com 100 mil habitantes ou mais, e municípios com menos de 100 mil habitantes na região Norte. A partir de 2012 a estratégia é universalizada, sendo permitida a adesão a todos os municípios, independente do porte populacional. É permitida a implantação em municípios com Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). As categorias

<p>NASF</p>	<p>profissionais contempladas na proposta do NASF são: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; profissional com formação em arte e educação (arte educador); Médico veterinário; Médico geriatra; Médico internista (clínica médica); Médico do trabalho; e profissional de saúde sanitaria. A proporção de NASF por equipes de SF/AB pode ser calculada por 3 modalidades: NASF 1 (1 NASF para 8 a 20 ESF – 2008 // 1 NASF para 5 a 9 ESF – 2012); NASF 2 (1 NASF para 3 ESF – 2008 // 1 NASF para 3 a 4 ESF – 2012); NASF 3 (1 NASF para cada 1 a 2 ESF). No rol de atividades previstas estão tanto ações de caráter assistencial quanto de promoção à saúde, ambas voltadas ao coletivo (atividades em grupo) e aos indivíduos. Apesar disso, os documentos de 2008 apontam que atendimentos individuais devem ser evitados, devendo ser priorizadas as ações coletivas. Nos documentos mais recentes, publicados a partir de 2012, continua sendo recomendada a priorização do atendimento compartilhado e interdisciplinar, porém os usuários passam a ser indicados como público-alvo das ações, e não mais exclusivamente as equipes de AB/SF. Aos municípios que aderissem à proposta dos NASF até 2012 era previsto incentivo de implantação no valor de R\$ 20.000,00 por NASF 1 e R\$6.000,00 por NASF 2, e parcelas de igual valor para custeio mensal. A partir de 2012, para cada NASF 1 seriam 20 mil (implantação e custeio mensal), para cada NASF 2 seriam 12 mil (implantação e custeio mensal), e para cada NASF 3 seriam 8 mil (implantação e custeio mensal). No tocante à relação do NASF com outras políticas públicas, é prevista articulação com diversas políticas: PNAB; PNPS; Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência; PNAN; Política Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; PNPIC; Política Nacional de Medicamentos; Política Nacional de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social.</p>
--------------------	---

Anexos

**ANEXO A – EXCERTO NA ÍNTEGRA DO DEBATE ACERCA DO NAISF
REALIZADO NA 155ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE
SAÚDE – 08 E 09 DE JUNHO DE 2005**

ITEM 8 – NÚCLEOS INTEGRAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE/TRANSIÇÃO DAS EQUIPES DO PSF – As Conselheiras **Solange Gonçalves Belchior** e **Gysélle Saddi Tannous** assumiram a coordenação dos trabalhos e convidaram o Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira Solla** e a diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**, para compor a mesa e fazer a apresentação da proposta de criação de Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. A diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**, de início, informou que a proposta de criação de Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família havia sido elaborada, em parceria, pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Secretária de Atenção à Saúde (SAS) e fazia parte de um conjunto de estratégias do Ministério da Saúde para a expansão e qualificação da Atenção Básica. Além disso, ressaltou que a proposta atendia à deliberação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, no Eixo temático V – A organização da Atenção à Saúde, item 15, apontando a necessidade de criar e assegurar incentivos técnicos e financeiros, pelas três esferas de governo, para implantação na Atenção Básica de equipes multiprofissionais de apoio às equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades locais. Nessa perspectiva, disse que os principais objetivos a serem alcançados a partir da proposta era a qualificação da Atenção Básica com ênfase na estratégia Saúde da Família, ampliando a resolubilidade e integralidade das ações; ampliação do acesso às ações de atividade física, saúde mental, reabilitação, alimentação e nutrição e serviço social; ampliação e implementação de práticas que contribuam para a construção do cuidado em saúde, na perspectiva do autocuidado, promoção da autonomia dos usuários e famílias; e fortalecimento da cidadania. Prosseguindo, destacou que o Núcleo teria por diretrizes a integralidade da atenção; a multiprofissionalidade e a transdisciplinaridade - responsabilização compartilhada; base territorial - vínculo e responsabilização; a promoção da saúde; a humanização da atenção; e a promoção do autocuidado e fortalecimento da cidadania. Disse que a intenção era criar os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família em municípios com 40 mil habitantes ou mais ou, no caso da Amazônia Legal, com 30 mil habitantes ou mais. Acrescentou que o Núcleo abrangeria as áreas de alimentação e nutrição; atividade física; reabilitação; saúde mental; e serviço social. Enfatizou que os profissionais envolvidos na proposta seriam: **a)** Núcleo completo: psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e profissional de educação física; **b)** Modalidade saúde mental: psiquiatra ou psicólogo e terapeuta ocupacional e assistente social; **c)** Modalidade reabilitação: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social; **d)** Modalidade alimentação/nutrição e atividade física: nutricionista, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais; e **e)** Modalidade atividade física: profissional de educação física e instrutor de práticas corporais. Continuando, falou sobre o processo de implantação, explicando que o município poderia implantar o Núcleo com todas as modalidades ou poderia optar por realizar a implantação das modalidades separadamente, de acordo com as necessidades locais de saúde. Disse que o Núcleo com todas as modalidades seria implantado na Amazônia Legal, com população maior ou igual a trinta mil habitantes e no mínimo sete equipes de Saúde da Família e nas demais regiões do país, em municípios com população maior ou igual a quarenta mil habitantes e no mínimo nove equipes de Saúde da Família. Além disso, explicou que seria possível a implantação dos Núcleos em municípios que ainda

não se organizaram pela estratégia Saúde da Família ou que possuíam menos de sete equipes de Saúde da Família, na Amazônia Legal, e menos de nove equipes de Saúde da Família nas demais regiões do país, guardada a proporção de um Núcleo para cada 40 mil habitantes (demais regiões) ou 30 mil habitantes (na Amazônia Legal). Para aderir à proposta, disse que os municípios teriam que elaborar Plano Municipal de Implantação dos Núcleos, a ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e homologado na Comissão Intergestores Bipartite, que seria a responsável por encaminhar a documentação ao Departamento de Atenção Básica/SAS /MS. Continuando, ressaltou que, nesse processo, o Estado teria como atribuição contribuir para a implementação da proposta, apoiando os municípios técnica e financeiramente e realizar o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento das ações dos Núcleos. Já o município seria responsável por elaborar, executar, acompanhar e avaliar a implementação dos Núcleos; garantir recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades; estabelecer estratégias de parceria com os demais setores da sociedade e integrar os Núcleos ao sistema de saúde local. Salientou que as metas eram implementar, até dezembro de 2005, 478 Núcleos com todas as modalidades e, até dezembro de 2006, 960. Em relação aos Núcleos de Alimentação/Nutrição e Atividade Física, disse que a intenção era implementar, até dezembro de 2005, 389 e, até dezembro de 2006, 778. Explicou que o valor do incentivo iria variar de acordo com a composição dos núcleos, atendendo às necessidades específicas de cada município. Além disso, enfatizou que o município receberia os seguintes incentivos para implantação dos Núcleos: incentivo por modalidade de ação: R\$ 1.000; e Incentivo por Núcleo com todas as modalidades: R\$ 3.000. Em relação ao custeio, disse que seriam transferidos os seguintes valores para implantação por modalidade, composição mínima de dois profissionais: **a)** reabilitação – R\$ 1.500; **b)** Saúde Mental – R\$ 1.500; **c)** Alimentação/Nutrição e Atividade Física - R\$ 1.700; **d)** Atividade Física e Saúde - R\$ 1.200; e **e)** implantação do Núcleo com todas as modalidades, equipe mínima de cinco profissionais: R\$: 5.400. Em termos do impacto financeiro, destacou que, para os Núcleos com todas as modalidades, em 2005, o impacto máximo seria de R\$ 24.571.800 e, em 2006, de R\$ 63.654.000, estando esses recursos previstos no Orçamento de 2005. Enfatizou que, no caso dos Núcleos de Alimentação/Nutrição e Atividade Física, em 2005, o impacto máximo seria de R\$ 6.340.700 e, em 2006, de R\$ 15.871.200. Concluindo, salientou que as experiências dos municípios que já trabalhavam com essas modalidades eram extremamente positivas e serviram de subsídio para elaboração da proposta. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira Solla**, acrescentou que a proposta fora bem aceita pelos representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que compõem a Comissão Intergestores Tripartite, dada a necessidade de qualificar ainda mais a Atenção Básica. Salientou também que essa proposta fora elaborada a partir de experiências de municípios, buscando criar condições adequadas de operacionalização e atender a grande expectativa de qualificação da Atenção Básica, fortalecendo a estratégia Saúde da Família. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para manifestações do Plenário sobre o mérito da proposta. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** cumprimentou o Ministério da Saúde pela iniciativa e solicitou maiores esclarecimentos sobre os seguintes aspectos: parâmetros para a implantação dos núcleos (território e número de habitantes); interface da proposta com o Sistema Único de Assistência Social; e diferença entre os Núcleos de Saúde Mental e os CAPS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** parabenizou a representação do Ministério da Saúde pela proposta, por entender que dava resposta à Atenção Básica de forma mais ampla e apontava para ação interdisciplinar importante, contribuindo, portanto, para a efetivação do modelo de saúde almejado. Na sua visão, para ter o impacto necessário no atual modelo de atenção do país, a proposta teria que ser uma estratégia definitiva e não um programa e deveria apontar para formalização das relações de trabalho, evitando a precarização e o comprometimento da qualidade dos serviços prestados. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** disse que não era

contrária ao mérito da proposta, contudo, tinha preocupação com duas questões, em especial: possibilidade de agravar a precarização da força de trabalho, pois os municípios, por não disporem de profissionais para compor os Núcleos, teriam que realizar contratações sem concurso público; e o fato de não apontar ações para a melhoria da rede instalada de Atenção Básica, para que as unidades servissem, efetivamente, de porta de entrada no Sistema. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** disse que era favorável à proposta, uma vez que visava à qualificação da Atenção Básica. Todavia, ponderou se as estruturas existentes eram suficientes para dar suporte aos serviços a serem oferecidos e solicitou esclarecimentos sobre a forma de contratação dos novos profissionais para atuar nos Núcleos. Além disso, perguntou quantos municípios possuíam Centros de Atendimento à Saúde Mental implantados e em funcionamento. Conselheiro **Helvécio Miranda Magalhães** manifestou o apoio do CONASEMS à proposta, uma vez que visava à qualificação da Atenção Básica, na perspectiva de ampliar a resolubilidade e a integralidade das ações, de acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde Família. Explicou que, em Belo Horizonte, já se trabalhava com a proposta de Núcleos Integrais de Atenção à Saúde Mental e de Reabilitação e os resultados eram extremamente positivos. Diante das preocupações do Plenário, sugeriu que fosse pautado debate global no CNS sobre a precarização das relações de trabalho na saúde e o atual modelo de assistência à saúde. Por fim, enfatizou a necessidade de matriz permanente de avaliação da proposta, a fim de verificar os seus impactos. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** cumprimentou os representantes do Ministério da Saúde pela proposta e solicitou esclarecimentos sobre a diferença de recursos destinados aos Núcleos de Alimentação/Nutrição e Atividade Física (R\$ 1.700) e Atividade Física e Saúde (R\$ 1.200). Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** registrou o seu apoio ao mérito da proposta, contudo, manifestou preocupação com a forma que seria feita a contratação dos profissionais de saúde envolvidos, diante da possibilidade de agravamento da precarização das relações de trabalho. Nessa linha, perguntou se havia sido pactuada com os municípios a forma de contratação dos profissionais para atuar nos Núcleos. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** salientou que os Núcleos de Atenção Integral eram necessários já que as equipes do PSF, conforme modelo original, não davam conta de atender às necessidades da população. Todavia, disse que era preciso considerar a capacidade da rede instalada do município de suporte à Atenção Básica e a sua real necessidade no cálculo para definição do número de Núcleos a serem instalados no município ou região. Também defendeu que, para adesão, fosse exigido documento, comprovando que o Conselho Municipal de Saúde debatera e aprovara o Plano Municipal de Implantação dos Núcleos. Por fim, sugeriu que, nos casos dos Núcleos de Saúde Mental e Reabilitação, fosse garantida a possibilidade de o município, a depender da sua condição financeira, optar pelos dois profissionais (psiquiatra e psicólogo) e não delimitar a escolha de um ou outro. Conselheira **Marisa Fúria** chamou a atenção para a necessidade de capacitar os profissionais envolvidos no Núcleo para que pudessem atender especialidades como as crianças portadoras de autismo. Conselheira **Silvia Marques Dantas** registrou que era notável o compromisso do Ministério da Saúde com a melhoria da qualidade da Atenção Básica, todavia, avaliou que era necessário definir proposta estruturante que integrasse as Políticas nessa área, possibilitando o monitoramento e a avaliação do impacto da melhoria da qualidade e da ampliação do acesso da população a esse nível de atenção. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** disse que a proposta representava um avanço, mas ponderou que era preciso garantir a qualidade do atendimento aos usuários. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** parabenizou o Ministério da Saúde pela iniciativa, já que ia ao encontro do anseio dos usuários pela melhoria da qualidade da Atenção Básica. Além disso, perguntou que tipo de atendimento de reabilitação seria oferecido na Atenção Básica. Concluído esse primeiro bloco de intervenções, foi aberta a palavra para os convidados. A diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**,

inicialmente, agradeceu as contribuições e o apoio dos Conselheiros à proposta. Em relação aos questionamentos, esclareceu que seriam utilizados como critérios para implantação dos Núcleos os dados populacionais e o número de equipes de Saúde da Família no município. Enfatizou que a proposta era parte de um conjunto de estratégias do Ministério da Saúde para expansão e qualificação da Atenção Básica, visando à ampliação da integralidade e da resolubilidade das ações no âmbito da estratégia Saúde da Família, a partir do desenvolvimento de ações de saúde mental, reabilitação, alimentação e nutrição, assistência social e atividade física. Acrescentou que, no caso da modalidade atividade física e saúde, estava contemplada a implementação dessas ações também para municípios que não adotavam a estratégia Saúde da Família. Prosseguindo, disse que os Núcleos de Alimentação/Nutrição e Atividade Física receberiam maior incentivo em relação aos de Atividade Física e Saúde porque contariam com um profissional a mais. Em relação aos CAPS, destacou que, conforme informações do Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge Solla**, havia setecentos implantados em todo o país e, ao discutir a proposta com todas as áreas técnicas do Ministério da Saúde, houve cuidado para articular os Núcleos a esses Centros já existentes. Ressaltou, também, que o ingresso dos trabalhadores envolvidos na proposta se daria mediante concurso, assegurando os direitos trabalhistas e previdenciários previstos na legislação vigente. A propósito, disse que esse ponto seria explicitado no documento, uma vez que consistia em eixo norteador das políticas do Ministério da Saúde. Acatou a sugestão de incluir na proposta que deverá ser incorporado pelo menos um técnico no Núcleo, a fim de não ser excluyente. Explicou que a idéia era trabalhar com profissionais da rede e sua capacidade instalada ou mesmo com a contratualização de novos profissionais. Acrescentou, ainda, que seria destinado financiamento para incentivar e aumentar a capacidade de suporte das redes existentes. Ponderou sobre a possibilidade de o GT de Atenção Básica, instituído com a finalidade de discutir a proposta de transição das equipes do PSF, ser transformado em Comissão para ampliar o debate no Conselho sobre esse nível de atenção. Também informou que as atividades de cada um dos componentes do Núcleo seriam descritas, a fim de serem claramente identificadas. Enfatizou que estava sendo desenvolvida uma série de iniciativas no âmbito do Ministério relativas ao monitoramento e avaliação da Atenção Básica. Nessa linha, sugeriu que fosse reservado espaço na pauta do CNS para ser apresentada avaliação das políticas estratégicas do Ministério da Saúde no que diz respeito à Atenção Básica. Concluindo, agradeceu novamente o apoio do CNS e salientou a importância de ser publicada portaria, a fim de possibilitar a ampliação dos Núcleos no âmbito do SUS. Ainda em relação aos questionamentos do Plenário, o Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira Solla**, enfatizou que essa era uma proposta de política permanente de qualificação e ampliação da resolubilidade da Atenção Básica e não um programa vertical ou ação pontual cujas diretrizes gerais poderiam ser adequadas de acordo com a realidade e as condições de gestão de cada município. Enfatizou que o Ministério da Saúde estava definindo uma série de iniciativas visando à redução da precarização do trabalho na área da saúde. Além disso, ressaltou que as políticas de ampliação de postos de trabalho não poderiam ser rejeitadas por receio de precarizar as relações de trabalho, devendo ser oferecido apoio aos municípios na definição de iniciativas voltadas à desprecarização. Lembrou que, desde 2004, o Ministério da Saúde vinha adotando uma série de medidas para melhorar o financiamento da Atenção Básica com o objetivo de garantir condições à ampliação do acesso da população ao primeiro nível do Sistema. A propósito, informou que, atualmente, o Ministério da Saúde repassava a cada município (valor atual do PAB, equipe Saúde da Família e Saúde Bucal) até R\$ 16,67 mil por equipe/mês. Além disso, salientou que no Orçamento do Ministério da Saúde /2005 fora alocado o montante de R\$ 5 bilhões para financiamento da Atenção Básica. Salientou que a decisão de aderir à proposta era do município, todavia, haveria ações para estimular a adesão à proposta. A propósito, explicou que, ao implantar três modalidades do Núcleo,

separadamente, o município receberia no máximo R\$ 4.700,00, mas se implantasse o conjunto dos Núcleos, receberia R\$ 5.400,00, para induzir a implantação da proposta global. Por fim, ressaltou que essa proposta estava articulada a um conjunto de estratégias do Ministério da Saúde que priorizava a Saúde da Família como estratégia prioritária para ampliação do acesso da população à Atenção Básica. Disse que o Departamento de Atenção Básica estava elaborando documento atualizador e integrador da Política da Atenção Básica no SUS, o qual seria submetido à apreciação do CNS e à discussão na Tripartite. Salientou também que o Ministério da Saúde, por meio do PROESF, estava disponibilizando recursos para fortalecer o papel dos estados no monitoramento e acompanhamento da Atenção Básica. Concluindo, disse que, em breve, seria trazido debate para o CNS sobre a atualização da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador – RENAST, uma vez que a intenção era fazer uma ponte entre os Centros Especializados de Saúde do Trabalhador e a Atenção Básica. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** agradeceu o Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira Solla**, e a diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**, pelos esclarecimentos e destacou que, diante das falas, foi possível identificar que houve consenso sobre os seguintes adendos ao documento: recomendar aos municípios a contratualização dos profissionais mediante concurso público; explicitar a necessidade de cada Núcleo contar, pelo menos, com um técnico; e descrever as atividades de reabilitação a serem oferecidas nos Núcleos. Diante disso, apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: votação do mérito do documento naquele momento, considerando as sugestões de acréscimo supracitadas e apreciação do texto final, na próxima reunião do CNS, com os adendos supracitados. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu que o combate à precarização fosse uma ação fundamental e estratégica do CNS e, nesse sentido, propôs que a contratação dos profissionais por concurso público fosse um critério para definição do convênio e repasse do financiamento federal ao município. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira Solla**, argumentou que a proposição feita pelo Conselheiro **Francisco Batista Júnior** não estava relacionada, em si, à proposta de criação dos Núcleos. Disse que, para ser coerente, a proposta do Conselheiro deveria propor que o governo federal não repassasse recurso, destinado ao financiamento da saúde, para os municípios que não tivessem todos os trabalhadores contratados por concurso público. Salientou que o ambiente hospitalar era o que apresentava o maior nível de precarização do trabalho e, diante disso, o Ministério da Saúde vinha lutando para acabar com o chamado “Código 7”. Enfatizou que o Ministério da Saúde, entendendo ser fundamental induzir a desprecarização do trabalho, estava implementando uma série de ações para alcançar esse objetivo. Contudo, a população não poderia ser penalizada com a suspensão de repasse de recursos para estados e municípios que possuíam profissionais não concursados. Destacou, ainda, que deveria ser pautado debate no CNS sobre precarização do trabalho e vínculo público com concursos, que consistiam em duas questões distintas. Feitas essas considerações, defendeu que o Plenário aprovasse a proposta nos moldes apresentados, recomendando aos municípios a contratação de profissionais providos em concurso público para atuar nos Núcleos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que o Plenário não poderia ser incoerente e exigir do Governo Federal o fim imediato da terceirização, desconsiderando a lógica estabelecida, o momento histórico e a correlação de forças. Mas, por outro lado, o CNS não poderia manifestar apoio a propostas que, no seu entendimento, agravariam a precarização. Em face dessas considerações, defendeu a sua proposição de que não houvesse repasse de recurso federal a municípios que contratassem os profissionais para atuar nos Núcleos, senão por concurso público. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José Pereira Solla**, defendeu que o Plenário apreciasse o mérito da proposta e que, na próxima reunião do CNS, houvesse debate global sobre os repasses federais a municípios e estados que não tinham desprecarizado o trabalho em saúde. Reiterou que, para ser coerente, o Plenário teria que discutir a suspensão, pelo

Ministério da Saúde, de todos os repasses de recursos federais aos municípios que não acabaram com a desprecarização, dada a complexidade de não aprovar uma política de ampliação dos postos de trabalho e do acesso da população à Atenção Básica, caso os profissionais envolvidos não fossem concursados. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou que, primeiramente, o Plenário teria que decidir se iria manifestar-se sobre a proposta naquele momento e, em seguida, deliberar pela inclusão dos adendos sob os quais houve consenso; ou pela incorporação da proposta apresentada pelo Conselheiro **Francisco Batista Júnior**. A partir daí seria possível concluir o texto final do documento, a ser submetido à homologação do Plenário. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** enfatizou que não era possível discutir a proposta sem tratar do tema da precarização do trabalho, já que a criação dos Núcleos pressupunha a contratação de profissionais, havendo, portanto, o risco de agravar a precarização. Diante disso, propôs que a proposta apresentada pelo Conselheiro **Francisco Batista Júnior** fosse colocada em votação. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), **Jorge José P. Solla**, enfatizou que o cerne da polêmica referia-se a idéia de que o Programa Saúde da Família era o responsável pela precarização do trabalho na saúde, o que, no seu entendimento, não procedia, já que havia municípios com toda a força de trabalho em saúde precarizada, apesar de não possuírem equipes de Saúde da Família. Reiterou o compromisso de, juntamente com toda a equipe do Ministério, definir pauta de debate no CNS sobre a desprecarização, de forma a avaliar os resultados das ações implementadas pelo Ministério da Saúde até aquele momento para combater a precarização e definir novas alternativas nesse sentido. Concluindo, defendeu a aprovação da proposta, a fim de não prejudicar a ampliação dos postos de trabalhos na Atenção Básica e a discussão global sobre a precarização. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** considerou que não era possível e viável esgotar a polêmica sobre a contratação dos profissionais naquele momento. Assim, submeteu à apreciação do Plenário a seguinte proposta de encaminhamento: acatar, a princípio, o mérito da proposta, com as alterações dos Conselheiros; e definir grupo, composto por representantes do CNS e do governo, para aprofundar o debate sobre a forma de contratação dos profissionais envolvidos, visando à definição de proposta de consenso sobre essa matéria. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** acatou a proposta da mesa, sem prejuízo da proposta de promover debate no CNS, com a equipe do Ministério da Saúde, sobre o repasse de recursos federais a serviços terceirizados. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** solicitou que a proposta de constituição dos Núcleos fosse colocada em votação, uma vez que os Conselheiros manifestaram apoio ao seu mérito, apesar da polêmica a respeito da contratação dos profissionais. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que o Plenário, na Reunião Ordinária de março de 2005, deliberou por manifestar posição contrária do CNS à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços e estabeleceu o prazo de doze meses, a partir do mês de março de 2005, para que os órgãos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) adotassem medidas para o cumprimento desta determinação. Nessa ótica, defendeu que fosse promovido debate global no CNS sobre a precarização, com a participação da Mesa de Negociação do SUS, de forma a abordar a questão do repasse de recurso federal a municípios e estados e a relação de trabalho dos mesmos com os trabalhadores da saúde. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** salientou que havia um tempo político para implementar as Políticas e, nessa lógica, disse que o Plenário deveria definir se essa era uma política importante e deveria ser implementada. Enfatizou que o adiamento do debate dessa matéria não apontaria solução para resolver o conflito sobre a precarização. Nessa linha, defendeu que a proposta de criação dos Núcleos fosse submetida à votação. Conselheiro **Helvécio Miranda Magalhães** defendeu que a proposta fosse colocada em votação nos moldes apresentados, considerando os adendos dos Conselheiros, com exceção da proposta apresentada pelo Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, já que o

Ministério da Saúde não poderia constranger nenhum dos Entes Federativos a utilizar determinada modalidade de contratação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou que a proposta fosse colocada em votação e independente da sua aprovação, defendeu que fosse pautado debate no CNS sobre todos os processos de terceirização. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** propôs que a proposta fosse colocada em votação com o adendo de que, no período de até um ano, houvesse a desprecarização da relação de trabalho dos profissionais envolvidos. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou que havia duas possibilidades de encaminhamento: aprovar o mérito da proposta de criação dos Núcleos de Atenção Básica, com os adendos não contestados, destacando o ponto relativo ao modo de contratação dos profissionais a ser deliberado na próxima reunião; ou votar a proposta na próxima reunião. Após consultar o Plenário, colocou em votação o seguinte encaminhamento: **aprovar o mérito da proposta de criação dos Núcleos de Atenção Básica, com os adendos não contestados e destacar a questão do modo de contratação dos profissionais sob a qual não foi possível chegar a consenso, constituindo comissão para elaborar proposta nesse sentido. O texto final, contemplando as sugestões dos Conselheiros e a proposta sobre o modo de contratação dos profissionais, independente de haver consenso ou não, seria submetido à homologação do Plenário na próxima reunião do CNS. O encaminhamento foi aprovado com 28 votos favoráveis, dois votos contrários e uma abstenção.**

**ANEXO B – EXCERTO NA ÍNTEGRA DO DEBATE ACERCA DO NAISF
REALIZADO NA 176ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE
SAÚDE – 08 E 09 DE AGOSTO DE 2007**

ITEM 6 – NÚCLEO INTEGRAL DE ATENÇÃO À SAÚDE – As Conselheiras **Carmen Lúcia Luiz** e **Ruth Ribeiro Bittencout** assumiram a coordenação dos trabalhos e, de imediato, convidaram o representante do Departamento de Atenção Básica/MS, **Luiz Fernando Rolin**, para explanação sobre o tema. O convidado iniciou a sua apresentação explicando que o objetivo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) era ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Disse que foram definidas como áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; assistência farmacêutica; serviço social; saúde mental; saúde da criança; saúde da mulher; e saúde do idoso. Detalhou que os NASF deveriam ser compostos por, no mínimo, cinco dos seguintes profissionais, de acordo com a necessidade dos municípios: assistente social; professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico homeopata; médico acupunturista; médico ginecologista; médico pediatra; médico psiquiatra; nutricionista; psicólogo; e terapeuta ocupacional. Sobre o escopo de atuação, explicou que cada NASF deveria realizar as suas atividades vinculadas a, no mínimo, oito equipes de Saúde da Família e, no máximo, a vinte equipes. Além disso, ressaltou que os municípios com menos equipes poderiam se unir para implantar um NASF. Disse que o Incentivo Federal se daria da seguinte forma: Implantação: R\$ 20.000,00 (para estruturação); e Custeio: R\$ 20.000,00/mês. A respeito do processo de trabalho, esclareceu que os profissionais atuariam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, com compartilhamento das práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF e apoio às equipes por meio de capacitação permanente. Por fim, destacou que os NASF não se constituiriam como porta de entrada do sistema e deveriam atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família. Na sequência, o representante do Departamento de Atenção Básica/MS fez uma apresentação sobre a Estratégia Saúde da Família e a consolidação da Política Nacional de Atenção Básica. Explicou que a Atenção Primária como orientadora de um Sistema de Saúde constituía-se em megatendência dos sistemas de saúde no mundo porque os Sistemas de saúde orientados pelos princípios da Atenção Primária em Saúde alcançavam melhores resultados em saúde, maior satisfação dos usuários, maior equidade em saúde e menores custos. Destacou que a ideia de investir na Atenção Básica visava proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um Sistema Nacional de Saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos. Ressaltou que nos países com orientação em atenção primária evidenciava-se: menos crianças com baixo peso ao nascer; menor mortalidade infantil, especialmente pós-neonatal; menor perda de anos de vida devido a suicídio; menor perda de anos de vida devido a todas as causas “exceto as externas”; e maior expectativa de vida em todas as idades, exceto aos 80 anos. Detalhou a situação de implantação de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde (abril/2007), sendo: 27.264 ESF; 219.970 ACS; e 15.617 de ESB. Também falou da cobertura por porte populacional, detalhando que os municípios menores possuíam menores coberturas e os grandes municípios, coberturas maiores. Contudo, disse que estava se alcançando 30% de cobertura em municípios com mais de 500 mil habitantes. Discorreu ainda sobre as atividades assistenciais da ESF no Brasil, detalhando: crianças menores de um ano cadastradas – 550 mil; gestantes – 563 mil; Diabéticos -

6.795.842 cadastrados; e Hipertensos - 1.432.013 cadastrados. Destacou a melhoria na proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal por Estado, de 2000 a 2005, com destaque para o Acre. Ressaltou que os territórios com maior cobertura apresentavam melhor desempenho histórico, com diminuição da lacuna entre os territórios mais pobres e os mais ricos. Seguindo, apresentou dados que demonstravam desempenho melhor dos municípios com cobertura das ESF. Ressaltou também que estudo do Rio Grande do Sul/Porto Alegre, ao comparar o *score* de saúde da família e *score* de Unidade Básica de Saúde, mostrou que o desempenho, exceto em orientação família, tinha significância estatística e melhoria na saúde, inclusive para atenção à criança. Também mostrou a evolução dos recursos financeiros da Atenção Básica, explicitando o crescimento, de 2000 a 2007 e detalhando que, para 2007, foram destinados R\$ 6,9 bilhões. Explicou que os movimentos de distribuição do PAB vinham se mostrando uma importante ferramenta de equidade na distribuição dos recursos do SUS, pois os estados com IDH mais baixo tinham o *per capita* mais alto do PAB e os estados com IDH mais alto, o *per capita* mais baixo. Ressaltou que a Política foi estruturada para priorizar os estados mais pobres, visando melhorar a equidade na distribuição de recursos. Continuando, salientou que a Política Nacional de Atenção Básica colocava a definição de uma equipe básica e suas funções essenciais, as mudanças no financiamento e crescimento dos recursos na Atenção Básica, a definição do rol de responsabilidades de cada esfera gestora e a criação do espaço político da atenção primária. Por fim, apresentou os desafios e perspectivas em relação à Política Nacional de Atenção Básica, a saber: **1)** valorização política e social da APS: junto aos gestores do SUS, academia, trabalhadores e população; **2)** gestão descentralizada - caráter substitutivo da ESF em uma rede de atenção básica com mais de 50 mil unidades; capacitação dos gestores – 80% dos municípios brasileiros são de pequeno porte e responsáveis somente por serviços de AB; adscrição dos usuários também na atenção secundária e hospitalar; maior poder e controle da APS sobre os prestadores de outros níveis (autoridade sobre custos, poder de compra e qualidade da atenção hospitalar); e Sistema de Informações que individualizem o usuário – coordenação na rede de serviços; **3)** financiamento: gestão por resultados: parte dos salários sujeito ao cumprimento das metas de saúde; monitoramento, avaliação, regulação e controle dos recursos; financiamento diferenciado segundo especificidades regionais; e os recursos orçamentários da atenção especializada superam os conseguidos pela AB - a APS/SF reduz as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial?; **4)** prática das equipes: trabalho em equipe; atividades educativas e participativas; capacidade de planejar e avaliar resultados em saúde - avaliação como aprendizagem em situação de trabalho; e uso adequado de tecnologias; **5)** formação e educação permanente dos profissionais: Unidades docente-assistenciais – PET Saúde (PT Interministerial nº 1.507, de 22 de junho de 2007); criação de departamentos de Medicina de Família; formação em larga escala em serviço e titulação de especialistas em larga escala; e educação permanente nas competências que aumentem a resolubilidade. Finalizando, informou o Pleno sobre a publicação de aditivo, por meio da Portaria nº. 1.625, de 10 de julho de 2007, que altera atribuições dos profissionais das ESF, dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. Para ilustrar, fez a leitura dos dois parágrafos da Política que sofreram alteração, passando a ter como redação: Atribuições do Enfermeiro – item 1: “realizar assistência integral às pessoas e às famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários” ; e “realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal”. Antes de abrir a palavra para os inscritos, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** informou que a SE/CNS providenciaria cópia do aditivo da Política para os conselheiros. Na sequência, abriu a palavra para considerações do Pleno. Conselheira **Eufrásia Santos**

Cadorin disse que se sentia prejudicada porque não possuía os documentos para subsidiar a sua intervenção. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** sugeriu que a conselheira fizesse a intervenção após a distribuição da cópia do aditivo da Política. Seguindo, fez uso da palavra o Conselheiro **José Cláudio Barriguelli**, que, inicialmente, questionou a idéia de que a atenção básica se reduzia ao Programa Saúde da Família. Também destacou que prevalecia na proposta a lógica da especialidade médica, quando, na sua visão, deveria prevalecer a da generalidade. Identificou ainda a ausência de conceito de protocolo de atenção primária e, nesse sentido, salientou a importância de iniciar essa discussão. Por fim, enfatizou que era preciso recuperar o conceito de seguridade, trabalhando promoção, prevenção, assistência, como ação articulada da atenção integral ao cidadão. Conselheiro **Raimundo Sotero**, primeiramente, endossou a fala do Conselheiro Barriguelli e acrescentou que, apesar da melhoria de indicadores, era preciso avançar muito para se chegar a uma situação satisfatória. Também manifestou preocupação da FENAD com percentual de diabéticos não cadastrados que não eram contemplados e registrados, pois o cadastro não era feito em parceria com as Federações e sociedades científicas de diabetes. Por fim, considerando a importância da elaboração de protocolos, solicitou que a Comissão de Patologias do CNS se reunisse o mais breve possível para elaborá-los, a fim de auxiliar o Ministério da Saúde. Conselheira **Silvia Casagrande** solicitou questão de ordem para solicitar que o representante do DAB/MS detalhasse melhor o aditivo, considerando a distribuição da cópia da Portaria nº. 1.625/07. O representante do Departamento de Atenção Básica/MS, **Luiz Fernando Rolin**, explicou os motivos da mudança na Política Nacional de Atenção Básica. Disse que o Conselho Federal de Medicina entrou com ação judicial solicitando a suspensão da Portaria nº. 648/06 e o STJ do Distrito Federal determinou a suspensão da parte que trata da competência do enfermeiro. Diante do impacto negativo da suspensão da Portaria, o Ministério da Saúde chamou o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Enfermagem e foi proposta, conjuntamente, redação que foi acordada com CONASS e CONASEMS e, portanto, publicada. Conselheira **Silvia Casagrande** solicitou explicações sobre os incisos VIII e IX, das atribuições do médico, que constavam da Portaria nº. 1.625/07. O representante do Departamento de Atenção Básica/MS, **Luiz Fernando Rolin**, explicou que, após negociação, chegou-se a acordo sobre a inclusão dos incisos VIII e IX, das atribuições do médico, com as seguintes redações: “VIII – compete ao médico acompanhar a execução dos protocolos, devendo modificar a rotina médica, desde que existam indicações clínicas e evidências científicas para tanto”; e “IX – na eventualidade da revisão dos protocolos ou da criação de novos protocolos, os Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem e outros Conselhos, quando necessário, deverão participar também da sua elaboração.” Atendida a questão de ordem, a mesa abriu aos demais inscritos. Conselheiro **Paulo César de Souza** manifestou surpresa com a ausência do médico veterinário na proposta de composição dos NASFs, uma vez que nos municípios com IDH mais baixo não havia vigilância sanitária e controle de zoonoses, quando 75% das doenças emergentes eram consideradas zoonoses. Também salientou que os centros de zoonose não existiam nos locais onde se faziam mais necessários, o que dificultava a prevenção de doenças. Desse modo, defendeu que essas questões fossem discutidas com profundidade pelo Pleno. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan**, primeiramente, perguntou quais as justificativas para a criação dos NASFs e o impacto esperado dessa proposta. Também solicitou maior detalhamento sobre o gerenciamento dos recursos a serem disponibilizados para os municípios. Sobre a Política Nacional de Atenção Básica, indagou se foi publicada portaria regulamentando a disponibilização de percentual do PAB para diminuição das iniquidades regionais e, no caso de resposta afirmativa, como seria feito o repasse. Por fim, cumprimentou o Ministério da Saúde pela Portaria que define a disponibilização de recurso para agentes comunitários de saúde (R\$ 502,00) e perguntou sobre a possibilidade de ampliar esse recurso para os demais profissionais das equipes de

Saúde da Família, principalmente para os odontólogos. Conselheira **Lílian Aliche** ressaltou a necessidade de priorizar também o atendimento a pessoas com mais de 80 anos, pois essa faixa etária crescia a cada ano. Concluído esse bloco, o representante do Departamento de Atenção Básica/MS, **Luiz Fernando Rolin**, comentou as intervenções dos conselheiros. Explicou que a proposta visava formar uma rede no território que teria a definição de kit de exames de laboratório, com base nos novos protocolos, que se encontravam em processo de elaboração e nos já publicados (hipertensão, diabetes, saúde de idoso, entre outros). Disse ainda que estava se trabalhando a idéia de territórios com os NASFs, considerando que se tratavam de territórios intersetoriais. Desse modo, comunicou que já houvera negociação em relação a projetos intersetoriais a partir das equipes de atenção básica com o Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Agrário e MEC. Sobre a Medicina Veterinária, disse que o NASF trabalharia na perspectiva de oferecer equipe de apoio para acompanhar e oferecer assistência a pacientes do território e não desenvolveria ações de vigilância e fiscalização sanitária. Reconheceu que constituir uma rede de serviços com vários municípios no âmbito do processo de regionalização causava dificuldades, todavia, avaliou que os Núcleos auxiliavam nesse sentido. Portanto, destacou que a intenção era implementar 1.500 NASFs. Sobre as iniquidades regionais, informou que foi publicada portaria que definia o percentual de 5%, contudo, foi possível flexibilizar e os estados com IDH mais baixo receberiam valor mais alto, assim, os estados do Nordeste recebiam 9%, os estados do Norte e Centro-Oeste recebiam 7% e os Estados do Sul e Sudeste, 5%. Também disse que estava sendo discutido o aumento do incentivo, todavia, havia dependência da disponibilidade orçamentária. Em relação aos idosos, esclareceu que na sua apresentação colocou que um estudo internacional apontou que os resultados da atenção primária eram efetivos na população até 80 anos e acima dessa faixa etária não havia comprovação de eficácia. Reiterou que as pessoas acima de 60 anos eram contempladas na Política Nacional de Saúde do Idoso. Concluídos os comentários, foi aberta a palavra aos demais inscritos. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** perguntou qual o conceito de família adotado na proposta do NASF. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** defendeu a exclusão do trecho que vincula o salário do trabalhador ao cumprimento de metas, uma vez que o descumprimento dessas, muitas vezes, independia da atuação do profissional. Sobre os protocolos, disse que os pacientes do PSF e dos CEOs deveriam ter prioridade em relação aos demais. Em relação à Portaria nº. 1625/07, sugeriu modificação do inciso VIII, que passaria a ter como redação: “competete ao médico acompanhar a execução do protocolo da área médica (...)”. Em relação ao financiamento, solicitou que fosse repensada a definição de valor único para os Núcleos, haja vista especificidades regionais de cada Estado. Conselheira **Silvia Casagrande** informou que a Federação Nacional dos Enfermeiros figurava em lide consorci de ação para defender as competências dos enfermeiros dispostas na Portaria nº. 648. Ressaltou que, conforme informações, a ação continuava em tramitação, pois foi feito apenas acordo, inclusive, repudiou o fato de o Ministério da Saúde não ter chamado a FNE, a ABEN e a representação dos usuários para participar desse processo de debate. Destacou que o Pleno do CNS discutiu a Política Nacional de Atenção Básica, contudo, a questão dos protocolos que foi negociada posteriormente, não passou pelo Conselho. Também discordou dos incisos VIII e IX, entendendo, em relação ao primeiro, que não era competência dos médicos acompanhar a execução dos protocolos de todas as áreas e, no segundo item, considerou que as entidades acadêmicas e sindicais, além dos Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem, deveriam participar do processo de revisão ou criação de protocolos. Conselheira **Denise Corrêa da Silva** mencionou a Portaria nº. 2.073/04, que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, destacando que previa ações na atenção básica, na média complexidade e na alta complexidade e definia que a SAS adotaria as providências necessárias para estruturação da Política. Disse que, conforme a Portaria, foram constituídas Câmaras Técnicas, contudo,

preocupava-lhe o fato de não estar sendo constituída rede na Atenção Básica, impossibilitando a implementação dessa Política. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** reiterou a posição de pouco financiamento para a saúde bucal e lembrou que foi acordado que essa área seria incluída entre as áreas estratégicas. Também defendeu que fossem incluídos entre os profissionais do NASFs, além do médico acupunturista, os demais profissionais da saúde listados na Política de Práticas Complementares e Integrativas do SUS. Na sequência, o representante do Departamento de Atenção Básica/MS, **Luiz Fernando Rolin**, comentou as intervenções dos conselheiros. Explicou que os NASFs tinham essa denominação porque visava apoiar equipes de Saúde da Família e não havia uma discussão sobre o conceito de família. Contudo, disse que esse era um debate que poderia ser feito. Sobre o cumprimento de metas, explicou que não estava escrito em nenhum documento, mas na discussão da Atenção Básica se defendia a idéia de comprometimento com as metas. Também destacou que a Saúde da Família devia ser a porta de entrada para os CEOs, assim, disse que deveria ser discutida a situação onde isso não ocorria. Também informou que os valores eram diferenciados de acordo com a situação dos estados (aqueles com renda menor e IDH mais baixo recebiam 9%, os com renda e IDH médio recebiam 7% e os estados mais ricos e com IDH acima de 0,8 recebiam 5%). Sobre a ação do CFM, disse que uma ação continuava em tramitação e recebeu parecer do Procurador da República favorável ao CFM e, no momento, estava de posse da Ministra Ellen Gracie, aguardando o parecer. Contudo, informou que o Ministério recebeu comunicado, na semana anterior, de desistência da ação, por parte do CFM, em virtude do acordo firmado. Também concordou com a necessidade de qualificação da rede de Atenção Básica na saúde auditiva. Em relação à saúde bucal, disse que estava sendo proposta a ampliação do orçamento. Além disso, discordou da posição de que o NASF não tinha a saúde bucal como área estratégica, considerando que a saúde bucal possuía rede própria. Sobre os médicos acupunturistas e homeopatas, disse que foi incluída a classificação do CBO, o que não impedia o exercício de outros profissionais que faziam práticas integrativas, de acordo com a Política. Concluídos os esclarecimentos, foi aberta a palavra aos demais inscritos. Conselheira **Lígia Bahia** cumprimentou o Ministério pelo avanço no PSF, o que não significava, necessariamente, avanço na Atenção Primária à Saúde, que era mais ampla que o Programa. Contudo, identificou como problema na apresentação a confusão entre cobertura e capacidade instalada, uma vez que a instalação de equipes em determinado território não significava, necessariamente, que a população estava coberta. Também disse que seria importante discutir os indicadores apresentados como indicadores de impacto, destacando, por exemplo, que o indicador de diminuição da internação por insuficiência cardíaca congestiva não poderia ser apresentado como indicador de sucesso, haja vista a precariedade da atenção primária à saúde e do grande número de casos de hipertensos não controlados. Defendeu ainda que os Núcleos trabalhassem com número maior de equipes e que tivessem vinculação com as Universidades. Conselheiro **Alceu José Pimentel**, primeiramente, cumprimentou o Ministério da Saúde pela proposta do NASF, por entender que se constituiria em referência fundamental para as equipes de Saúde da Família. Também reiterou a necessidade de rever protocolos do Ministério da Saúde, principalmente o rol de medicamentos e destacou que a Comissão de Patologias do CNS poderia contribuir no processo de avaliação dos protocolos. Em relação à Portaria nº. 648, esclareceu que o CFM desistiu da ação diante do acordo firmado, com pactuação acerca dos pontos conflitantes. Além disso, informou que o CFM participou de reunião ampliada, convocada pelo Ministério da Saúde, com a participação de áreas relacionadas com a matéria, Conselho Federal de Enfermagem, CONASS, CONASEMS, para pactuar posição. Sobre a atribuição de acompanhamento dos protocolos, avaliou que deveria ser de todo cidadão e de todos os profissionais de saúde. Disse ainda ser fundamental a participação dos Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem na revisão ou criação de novos protocolos e, além disso, lembrou que os outros conselheiros, quando

necessário, deveriam participar da elaboração. Continuando as intervenções, Conselheiro **Clóvis Boufleur** parabenizou a iniciativa, todavia, disse ser importante identificar a localização física dos Núcleos, uma vez que fazia diferença para garantia de acesso dos usuários que mais necessitavam. Também quis saber se o modelo dos Núcleos já fora testado (onde, quando e resultados) e qual a carga horária dos profissionais. Por fim, indagou qual a articulação dos Núcleos com outras iniciativas, em especial com os Centros de Referência de Assistência Social e se seria completada ações de crenoterapia. Conselheiro **Luís Augusto Facchini** parabenizou a iniciativa do CNS de discutir a Política Nacional de Atenção Básica e destacou a expectativa de que os NASFs sejam suporte importante no sentido de ampliar a efetividade da cobertura. Contudo, perguntou se haveria investimentos para infra-estrutura da rede básica de saúde do País, a fim de melhorar as condições de trabalho e de atendimento à população. Também destacou a necessidade de pensar maneira de se trabalhar de forma mais articulada em relação ao número de procedimentos e população coberta e à qualidade das ações realizadas. Conselheira **Silvia Marques Dantas** perguntou como seria feita a avaliação dos Núcleos, considerando que a qualidade da atenção estava longe do desejável. Também colocou que, a partir da expansão do PSF, a sobrecarga de trabalho das mulheres aumentou e, nessa lógica, indagou como o Ministério da Saúde estava discutindo a questão da formação dos profissionais de saúde na atenção básica em relação à questão de gênero. Por fim, convidou o DAB/MS a participar do Seminário Nacional de Atenção à Saúde, Gênero e Saúde da Mulher, a ser realizado pelo CNS, que discutiria os estrangulamentos em relação à saúde da mulher e a atenção básica. Conselheira **Maria Helena Machado** cumprimentou o expositor e ressaltou que a atenção básica foi incluída entre as prioridades da política adicional de salário nas Diretrizes do PCCS/SUS. Disse que os dados apresentados demonstravam avanço na atenção básica, que, aliada à política de melhoria das condições de trabalho, teria maior compromisso social dos trabalhadores. Também ressaltou que a Portaria nº. 1.625/07 não foi uma política de gabinete, uma vez que participaram do debate as entidades que respondem pelo exercício e fiscalização profissional, além do Ministro da Saúde, secretários, diretores responsáveis pela área, CONASS e CONASEMS e a redação acordada foi totalmente favorável aos enfermeiros. Explicou, ainda, em relação ao item IX da Portaria nº. 1.625/07, que outros conselhos deveriam participar da revisão ou criação de novos protocolos. Por fim, perguntou que entidades participavam dos protocolos. Conselheira **Francisca Valda da Silva** cumprimentou o Ministério da Saúde pela apresentação, dada a necessidade de o CNS apropriar-se das informações sobre o processo de mudança do modelo de atenção. Perguntou por que a residência em saúde e a residência multiprofissional em saúde não foram incluídas no eixo programático da formação dos profissionais. A respeito da Portaria nº. 1625/07, sugeriu que fosse verificada a possibilidade de criação de nova seção “Criação e/ou revisão de protocolo”, retirando o inciso IX da seção do médico, porque interessava a todos os profissionais. A respeito do financiamento, perguntou se seria feito por contratualização, substituindo o pagamento por procedimento e como estava a questão da avaliação, regulação e monitoramento. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** também parabenizou a iniciativa do NASF e avaliou que a proposta, diferente do Núcleo Integral de Atenção à Saúde, tinha maior possibilidade ser implementada porque estava vinculada à contrapartida do Ministério da Saúde. Por outro lado, perguntou se estava previsto financiamento para estruturação das unidades de saúde, inclusive em relação à assistência farmacêutica para o NASF. Conselheira **Maria Laura Carvalho** cumprimentou a equipe pela proposta do NASF e solicitou informações sobre a extensão dos Núcleos em relação às áreas de maior vulnerabilidade. Também perguntou em que perspectiva foi pensada a presença do serviço social nos Núcleos. Concluídas as intervenções, o representante do Departamento de Atenção Básica/MS, **Luiz Fernando Rolin**, respondeu aos questionamentos. Primeiramente, concordou com a necessidade de maior aproximação entre a atenção básica e a academia.

Também destacou que várias pesquisas, que não específicas da atenção primária, demonstravam que as ações estavam chegando à população que era excluída. Ressaltou que, em todos os projetos realizados em parceria com a SGTES, buscava-se trazer os docentes das universidades para os serviços da equipe da Saúde da Família e certamente isso ocorreria em relação aos Núcleos. Informou que a localização física e geográfica do Núcleo seria definida pelo município ou pelo estado, no caso de um conjunto de municípios de pequeno porte. Comunicou que o modelo dos Núcleos era realizado em vários municípios do País e cada município definiria a composição dos NASFs. Destacou ainda que a Política trabalhava com todas as práticas integrativas e a listagem de profissionais foi feita conforme a especificação da CBO. Concordou com a necessidade de melhorar a efetividade da Saúde da Família, sendo necessário melhorar a infra-estrutura da rede básica. Ressaltou também que os problemas em relação à qualidade dos serviços não era uma questão específica da Saúde da Família, nem da atenção básica, mas sim, do SUS como um todo. Disse ainda que a questão de gênero era discutida, contudo, sinalizou que não tinha conhecimento de que a Saúde da Família gerava sobrecarga de trabalho para as mulheres, portanto, essa questão poderia ser debatida. Nesse aspecto, informou que o Ministério da Saúde possuía projeto de cooperação, financiado pelo governo canadense, junto com o governo brasileiro, em pelo menos cinco estados, com foco na equidade de gênero. Em relação aos protocolos, destacou que eram elaborados, geralmente, pelas áreas técnicas, em parceria com as entidades das áreas afins. Ressaltou que os Núcleos seriam um espaço onde os profissionais poderiam utilizar o conhecimento da formação. Destacou que o SUS estava buscando a contratualização das metas, buscando alcançar objetivos e, nesse sentido, haveria estímulo a esse processo. Em relação ao Núcleo de Atenção Integral, disse que foi discutido e a idéia era ampliar com os NASFs. Na seqüência, foi aberta a palavra para os últimos inscritos. Conselheiro **Raimundo Sotero** informou que o Caderno de Diabetes não foi feito com o respaldo da Sociedade Brasileira de Diabetes e da FENAD e, além disso, os protocolos existentes não eram como deviam ser. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** perguntou se seriam liberados os R\$ 40 milhões para o PROESF. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** sugeriu que, na próxima reunião, fosse pautado debate sobre a responsabilização dos trabalhadores pelo não cumprimento de metas, pois, apesar de não constar da Política, era uma fala da gestão. Conselheira **Silvia Casagrande**, tendo em vista que os aditivos da Portaria nº. 648 não foram discutidos pelo CNS e que havia discordância em relação às alterações, propôs: inciso VIII – acrescentar “protocolo médico”; e inciso IX – remanejar para as competências do Ministério da Saúde, incluindo, após “outros Conselhos” o trecho “entidades científicas, sindicais e controle social”. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** propôs que, na próxima reunião, fosse pautada discussão da proposta de composição e do plano de trabalho da Comissão Intersetorial de Pessoas com Patologias, que tinha como foco o debate sobre a elaboração de protocolos. Conselheiro **Alceu José Peixoto** concordou com a proposta de pautar, na próxima reunião, debate sobre as metas da Política de Atenção Básica. Também defendeu a Portaria nº. 1.625 que explicitava o acordo sobre a nova redação, entendendo que foi objeto de debate amplo e era legítimo, tendo contado inclusive com a participação dos Conselhos de Enfermagem e de Medicina. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** apresentou síntese dos encaminhamentos propostos: pautar, na próxima reunião, debate sobre as metas da Política de Atenção Básica e o plano de trabalho da Comissão Intersetorial de Pessoas com Patologias; alterar a redação da Portaria nº. 1.625; e manter a redação da Portaria nº. 1.625. Conselheira **Zilda Arns Neumann** também sugeriu que, na próxima reunião, fosse pautada discussão sobre os fatores condicionantes de saúde. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** propôs que não fosse votada a proposta relativa à Portaria nº. 1.625 para que as partes pudessem chegar a um acordo em relação à matéria. O representante do Departamento de Atenção Básica/MS, **Luiz Fernando Rolin**, informou que o Ministério da Saúde buscava sempre chamar as entidades envolvidas para discussão acerca

dos protocolos e, na ausência de consenso das instituições responsáveis pela elaboração, o Ministério arbitrava. Por fim, colocou-se à disposição do CNS para participar de outras reuniões e esclarecer eventuais dúvidas do Conselho. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** agradeceu a presença do representante do DAB/MS e passou aos encaminhamentos. Colocou em apreciação as propostas sobre as quais não havia polêmica: **1)** pautar, na próxima reunião, debate sobre as metas da Política de Atenção Básica, na perspectiva da responsabilização dos trabalhadores pelo cumprimento das metas; e **2)** pautar, na próxima reunião, o plano de trabalho da Comissão Intersetorial de Pessoas com Patologias. **A proposta 1 foi aprovada com dezenove votos. Três abstenções. A proposta 2 foi aprovada por unanimidade.** Na seqüência, perguntou se havia possibilidade de chegar a acordo em relação à Portaria nº. 1.625, haja vista as posições contraditórias de modificar a Portaria e de manter o acordo. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, como sugestão alternativa, propôs que fosse apresentada nova Portaria, com as atribuições do Ministério da Saúde, contemplando a redação sugerida pela Conselheira Silvia Casagrande. Conselheiro **Alceu José Peixoto** disse que não havia discordância em relação ao acompanhamento, por outras entidades, do processo de revisão de protocolos ou elaboração de novos. Por outro lado, defendeu que não fosse retomada a discussão da Portaria nº. 1.625/07, a fim de não trazer de volta a polêmica. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que não era preciso votar os encaminhamentos em relação à Portaria nº. 1.625/07, uma vez que a Conselheira Silva Casagrande concordava com a mesma e com a proposta de elaboração de nova Portaria com adendo. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** perguntou se o Pleno concordava com a proposta da Conselheira Graciara Matos. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** sugeriu, como encaminhamento, pautar a Política de Atenção Básica novamente na próxima reunião do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** consultou o Pleno e verificou que havia consenso em relação à proposta do Conselheiro Barriguelli, com o adendo de que fosse feito convite à SAS/MS e à SGTES/MS. Conselheira **Francisca Valda da Silva** sugeriu que no debate, na próxima reunião, fossem tratadas as questões relativas à formação. **Como encaminhamento, houve consenso sobre a proposta do Conselheiro Barriguelli, com adendo da Conselheira Valda.** Finalizando, a mesa encerrou a discussão do item.

**ANEXO C – EXCERTO NA ÍNTEGRA DO DEBATE ACERCA DO NASF
REALIZADO NA 184ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE
SAÚDE – 16 E 17 DE ABRIL DE 2008**

ITEM 13 – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) – O Dr. **Berardo Augusto Nunan**, agradeceu a oportunidade de apresentar o tema para o CNS. Disse, entretanto, que se ateria às alterações ocorridas na republicação da Portaria n.º 154, que institui os NASFs. Chamou a atenção para o fato da implantação dessa proposta ser muito importante, porque representa a ampliação das ações da atenção básica, qualificação do PSF e resolubilidade. É, na verdade, uma ação de apoio matricial às equipes do PSF que tem financiamento detalhado. Informou que a republicação da Portaria foi necessária para o ajustamento de algumas ações, para atender a legislação e as especificidades das categorias profissionais que integram os NASFs. Lembrou que a proposta está garantida na Portaria, porém, é necessário que se garanta a implantação nos municípios. Por isso, solicitou o apoio dos Conselhos de Saúde. O cadastro ainda não está completo, mas falou que a idéia é avançar nesse sentido para garantir precisão e qualidade nos dados. Como informação do processo iniciado no país, disse já terem recebido projetos de 35 municípios, aprovados nos conselhos de saúde e pactuados nas CIBs, com 50 NASFs tipo 1 e 35 tipo 2, e notícias de que várias secretarias de saúde estão construindo propostas para encaminharem ao Ministério da Saúde. Dada as eleições, no segundo semestre, o que traz impedimento para a contratação, disse que o ideal seria que os NASFs se consolidassem ainda neste semestre. Conselheira **Noemy Tomita** disse que 5% da população brasileira é acometida por alguma doença genética, que necessita de tratamento adequado o mais rápido possível. A outra questão que colocou foi em relação à necessidade de cada vez mais se relacionar saúde com qualidade do meio ambiente. Quis saber de que forma os NASFs poderiam considerar essas duas questões no seu funcionamento. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva**, em relação ao debate desse assunto no FENTAS, argüiu sobre: a diferença salarial que haverá entre o NASF 1 e o NASF 2; e, na composição do quadro, quais são os profissionais que as secretarias de saúde estão demandando. Conselheira **Eufrásia Cadorin** perguntou que estratégia estava sendo pensada para incentivar os municípios a implantarem os NASFs e se os espaços que vêm desenvolvendo ações do gênero serão aproveitados na nova proposta. Conselheira **Lílian Aliche** percebeu que o atendimento do idoso não estava contemplado na proposta e chamou a atenção por ser este um atendimento básico do PSF. **Berardo Augusto Nunan**, em resposta, disse que: a definição dos profissionais nos NASFs é um debate que vem sendo feito desde a administração do Dr. Humberto Costa, e foi pactuado com CONASS e CONASEMS; a lista dos profissionais dos NASFs não desconsidera a importância de outros profissionais que, no futuro, podem vir a ser incluídos; os critérios estabelecidos nos NASFs podem, também, vir a ser revistos; a idéia é implantar os NASFs como foi pactuado e depois avaliar os resultados e, se for o caso, propor mudanças no processo; as propostas apresentadas pelos Conselheiros poderiam ser encaminhadas ao seu departamento para que servissem de subsídios; a diferença de remuneração dos dois tipos de NASFs está relacionada à limitação orçamentária; as estratégias de implantação têm sido discutidas com as coordenações estaduais da atenção básica; será legitimado o que já existe nos estados; em relação ao idosos, não consta a palavra idoso, porém, as ações estão voltadas também para esses usuários.