

## Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família

### Construction of the historical-regulatory standard of the Expanded Family Health Center

Mauricio Pereira de Mattos (<https://orcid.org/0000-0002-3644-6114>)<sup>1</sup>  
Adriana Coser Gutiérrez (<https://orcid.org/0000-0002-7305-5841>)<sup>1</sup>  
Gastão Wagner de Sousa Campos (<https://orcid.org/0000-0001-5195-0215>)<sup>2</sup>

**Abstract** *This paper discusses the historical construction of the Expanded Family Health Center (NASF, in Portuguese), based on the analysis of 17 documents edited by the Ministry of Health (MH) between 2005 and 2021. This is a qualitative study of documental review that seeks to understand how the regulations and official instructive manuals have been shaping the way NASF teams operate. It proposes to divide the NASF construction process into five periods: previous movements (2003 to 2007); support guidelines (2008 to 2011); the universalization of nasf (2012 to 2015); expansion of support (2016 to 2018); and the dismantling of NASF? (2019 to 2021). The results show changes in guidelines over the years of the team's existence, especially in relation to the matrix support concept and its two dimensions: technical-pedagogical and clinical care. This study also demonstrates the effects of the Previne Brasil Program on the NASF, which resulted in the reduction of 379 teams in 2020 and 2021. Added to this scenario is the SARS-CoV-2 pandemic, which may be repositioning NASF interventions in the Brazilian Unified Health System (SUS, in Portuguese).*

**Key words** *Matrix support, Expanded Family Health Center, Primary health care, Qualitative research, COVID-19*

**Resumo** *Este artigo discute a construção histórica do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), a partir da análise de 17 documentos editados pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2005 e 2021. Trata-se de um estudo qualitativo de revisão documental que busca compreender como as normativas, cadernos instrutivos e notas técnicas oficiais vêm dando contorno ao modo de operar das equipes do NASF. Propõe-se a divisão do processo de construção do NASF em cinco períodos: movimentos antecedentes (2003 a 2007); diretrizes do apoio (2008 a 2011); universalização do NASF (2012 a 2015); ampliação do apoio (2016 a 2018); e o desmonte do NASF? (2019 a 2021). Os resultados apontam mudanças de orientação ao longo dos anos de existência da equipe, especialmente em relação ao conceito do apoio matricial e suas duas dimensões, técnico-pedagógica e clínico assistencial. O estudo demonstra ainda os efeitos do Programa Previne Brasil sobre o NASF, que se materializaram na redução de 379 equipes nos anos de 2020 e 2021. Somado a esse cenário a pandemia do SARS-CoV-2, que pode repositonar as intervenções do NASF no Sistema Único de Saúde.*

**Palavras-chave** *Apoio matricial, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Atenção primária à saúde, Pesquisa qualitativa, COVID-19*

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. mauriciomattos@gmail.com

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas SP Brasil.

## Introdução

A partir das diferentes experiências de Programa Saúde da Família que vinham sendo implementadas desde 1994, o Ministério da Saúde (MS) vai gradativamente induzindo os municípios à adoção desse modelo<sup>1</sup>. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2006, avança na reorganização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), formalizando a antiga denominação como Estratégia Saúde da Família (ESF). O consequente aumento da importância da Atenção Básica como coordenadora do cuidado, com o respectivo redirecionamento de financiamento para esse nível de atenção, trouxe aos municípios o desafio da reorganização de suas redes de saúde. Com a ESF, as equipes têm a tarefa de garantir aos usuários o cuidado de outro modo. Almeja-se que este seja realizado nos territórios, ao longo do tempo, em todas as suas necessidades, o que demanda a intervenção de mais categorias profissionais para além das equipes de Saúde da Família (eSF).

O NASF foi criado no ano de 2008 como Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com o objetivo de aumentar a capacidade resolutiva da ESF e ampliar o cuidado ofertado aos usuários dos territórios acompanhados<sup>2</sup>. Organiza-se como uma equipe multidisciplinar de retaguarda especializada, que opera por meio da metodologia de apoio matricial e suas duas dimensões, técnico-pedagógico e clínico-assistencial. A maneira com que as equipes apoiadas e o NASF vão compondo suas intervenções vão engendrar diferentes arranjos e configurações da função apoio, com efeitos na produção do cuidado em saúde.

O apoio matricial propõe outros modos de organização da gestão do processo de trabalho e da clínica, que procura superar racionalidades que produzem um cuidado em saúde fragmentado e médico-centrado. Intenciona-se aproximar os especialistas do NASF das equipes apoiadas e dos usuários, com vistas ao aumento da capacidade de análise e intervenção sobre os problemas de saúde de determinado território<sup>3</sup>.

## Método

O estudo selecionou 17 normativas e publicações elaboradas pelo MS, editadas de 2005 a 2021. Esses documentos foram acessados nos portais oficiais do Governo Federal, sendo produzidos para normatizar as políticas públicas de saúde do SUS ao longo das duas primeiras décadas do século

XXI. Eles compõem o referencial teórico normativo e as diretrizes relativas ao processo de trabalho do NASF, demarcando e definindo o modo de atuação dos profissionais dessa equipe.

Dois objetivos foram os norteadores da análise documental<sup>4,5</sup>: identificar a proposta organizativa do NASF e suas principais modificações ao longo de sua implementação; e refletir acerca das orientações definidas nesses documentos em relação ao processo de trabalho e ao conceito do apoio matricial.

Para efeitos de compreensão, o período da análise foi dividido de acordo com o Quadro 1. Esses períodos são produzidos e marcados como a expressão de seu tempo sócio-histórico, sendo movidos por diversos interesses – às vezes distintos ou contraditórios ao próprio SUS.

O período inicial teve como característica os movimentos reivindicatórios de diferentes sujeitos, além dos primeiros desenhos de arranjo de equipe multiprofissional; no segundo, após a criação da equipe, nota-se um esforço do MS para divulgar e difundir o apoio matricial e os outros dispositivos do apoio, com a inclusão do NASF na primeira revisão da PNAB; no terceiro momento, novos parâmetros organizativos são estabelecidos e as ferramentas de atuação são aprimoradas, com vistas à universalização do apoio; no quarto é possível verificar o aumento do número de equipes NASF (eNASF) nacionalmente, e mudanças na forma de orientação da equipe; e no quinto e último período, outros

**Quadro 1.** Percurso histórico-normativo de construção do NASF.

Períodos	Destaques
Movimentos antecedentes 2003 a 2007	Reivindicações municipais Demandas corporativas Experiências municipais Núcleo de Atenção Integral da Saúde da Família – NAISF
Diretrizes do apoio 2008 a 2011	Portaria nº 154/2008 Cadernos de Atenção Básica 27 PNAB 2011
Universalização do NASF 2012 a 2015	NASF 1, NASF 2, NASF 3 Cadernos de Atenção Básica 39
Ampliação do apoio 2016 a 2018	Síndrome congênita por zika vírus PNAB 2017
O desmonte do NASF? 2019 a 2021	Programa Previne Brasil Pandemia de SARS-CoV-2

Fonte: Autores.

parâmetros de custeio são definidos e uma pandemia de proporções catastróficas atinge o país, impondo adequações na organização do trabalho do NASF.

Foi feito ainda o levantamento do número de eNASF registradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) – série histórica de 2008 a 2021 –, com a intenção de ilustrar numericamente os desdobramentos dos documentos analisados, se favoreceram a implantação de novas equipes ou se representaram a sua diminuição.

O Quadro 2 apresenta os 17 documentos analisados, assim como os resultados encontrados. Na segunda coluna estão agrupadas as principais incorporações, mudanças e alterações identifica-

das nas normativas e publicações, movimentos que foram dando conformidade ao processo de trabalho do NASF.

## Resultados

### 1º período: 2003 a 2007 – movimentos antecedentes

Na construção de uma política pública, aspectos de ordem técnica dividem espaço com interesses ideológicos e corporativos de categorias profissionais, empreendendo, em muitos casos, um embate de poderes e saberes<sup>5</sup>. O NASF pode ser entendido como um arranjo organizacional

**Quadro 2.** Quadro síntese da construção histórico-normativa do NASF.

<b>Movimentos antecedentes – 2003 a 2007</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reivindicações municipais</li> <li>- Pressões corporativas</li> <li>- Experiências municipais exitosas</li> </ul>
Portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005 Cria os NAISF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tinha como finalidade ampliar a integralidade e a resolutividade da atenção à saúde</li> <li>- Portaria revogada 2 dias após a sua publicação</li> <li>- Constituídos por 4 modalidades de ação: alimentação/nutrição e atividade física; atividade física; saúde mental; e reabilitação. Para cada modalidade, um arranjo específico de equipe, dentre os seguintes profissionais: psicólogo, nutricionista, profissional de educação física, fonoaudiólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psiquiatra, fisioterapeuta e instrutor de práticas corporais</li> <li>- MS financeira municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes, exceto na Amazônia Legal, igual ou superior a 30 mil habitantes</li> </ul>
<b>Diretrizes do apoio – 2008 a 2011</b>	
Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 Cria os NASF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criado para ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade da AB, por meio de ações de educação continuada e atendimento a casos específicos</li> <li>- Atua de forma integrada à rede de serviços de saúde, revisando a prática do encaminhamento</li> <li>- NASF 1: de 8 a 20 equipes de SF vinculadas ou de 5 a 20 (municípios com menos de 100.000 habitantes dos estados da região Norte); 5 profissionais de ocupações não coincidentes: médico acupunturista, assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional.</li> <li>- NASF 2: mínimo de 3 equipes de SF vinculadas; no mínimo 3 profissionais de ocupações não coincidentes: assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional</li> <li>- Incentivo federal para implantação e custeio mensal</li> <li>- Carga horária de 40 horas para os profissionais, com algumas exceções</li> <li>- 9 áreas estratégicas de atuação: atividade física/prática corporal; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança; saúde da mulher; assistência farmacêutica</li> </ul>
Cadernos de Atenção Básica 27 Diretrizes do NASF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manual instrutivo que define as ferramentas tecnológicas de atuação: apoio matricial, clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde no Território</li> <li>- Ênfase na dimensão técnico-pedagógica, com a assistência direta aos usuários “apenas em situações extremamente necessárias”</li> </ul>

continua

**Quadro 2.** Quadro síntese da construção histórico-normativa do NASF.

Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010 Cria o NASF 3	- Prioridade na atuação a prevenção e promoção da saúde, o tratamento e a redução dos riscos e danos com o uso e abuso do álcool e outras drogas, especialmente o <i>crack</i> - Municípios com porte populacional menor que 20.000 habitantes - 4 a 7 eSF vinculadas
Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 1ª revisão da Política Nacional de Atenção Básica	- Incorpora o NASF e o conceito do apoio matricial no texto da PNAB - Aumento do número de profissionais para 19 categorias, com a inclusão de: médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) - Amplia a atuação para as seguintes equipes: Consultório na Rua, Saúde da Família Ribeirinhas e Saúde da Família Fluvial - Gestor passa a compor a equipe com os profissionais que preferir - Define carga horária mínima para as equipes: NASF 1 – mínimo 200 horas; NASF 2 – mínimo 120 horas - Diminui o número de equipes vinculadas: NASF 1 – 8 a 15 (municípios que possuem menos de 100.000 hab. dos estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense – 5 a 9); NASF 2 – 3 a 7; carga horária mínima de 80 horas para as equipes - Revoga o NASF 3, com as equipes sendo convertidas para NASF 2
<b>Universalização do NASF – 2012 a 2015</b>	
Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012 Revisão dos PAB variável	- Aumenta em 1/3 nos valores de incentivos para as equipes de NASF 2, manutenção dos mesmos valores para o NASF 1
Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 Redefine os parâmetros de vinculação dos NASF 1 e 2 e cria o NASF 3	- Recria o NASF 3, sem a focalização em questões de álcool e outras drogas; 1 ou 2 equipes vinculadas; 80 horas de carga horária mínima para as equipes - Reduz do número de equipes vinculadas: NASF 1 – 5 a 9; NASF 2 – 3 a 4
Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013 Define o valor de financiamento do PAB variável	- Aumenta em 50% nos valores para o NASF 2, define o incentivo para o NASF 3 e mantém os mesmos valores a serem transferidos para o NASF 1
Portaria nº 562, de 04 de abril de 2013 Define o valor mensal do incentivo financeiro do 3º ciclo do PMAQ-AB	- Permitiu a inclusão de todas as equipes de AB, inclusive o NASF
Cadernos de Atenção Básica 39 Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano	- Discute o apoio matricial a partir dos elementos estruturantes que compõem a agenda dos profissionais, refletindo sobre a infraestrutura necessária e as condições para que essas atividades aconteçam - Avança na discussão em relação a tensão entre atendimentos individuais e matriciamento e sobre os principais atravessamentos na operacionalização do apoio matricial

continua

que surgiu a partir desse jogo de forças, as prefeituras pedindo mais incentivos financeiros, e os conselhos profissionais buscando maior inserção no SUS<sup>6</sup>.

Outro fator que contribui para a construção de políticas para o SUS são as experiências municipais exitosas, que tomam projeção como boas práticas. No processo de criação do NASF,

**Quadro 2.** Quadro síntese da construção histórico-normativa do NASF.

<b>Ampliação do apoio – 2016 a 2018</b>	
Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016 Credencia municípios a receberem incentivos referentes aos NASF/síndrome congênita por zika vírus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetiva instrumentalizar os municípios credenciados para a realização de ações de estimulação precoce e apoio psicossocial às famílias acompanhadas</li> <li>- Ao menos um profissional de fisioterapia em cada equipe e, como recomendação, que também incluam terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo ou psicólogo</li> <li>- Ênfase na dimensão clínico assistencial do apoio matricial e no atendimento individual, o “que não contradiz a lógica do apoio matricial”.</li> <li>- Publicação do manual instrutivo “A estimulação precoce na Atenção Básica: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e NASF, no contexto da síndrome congênita por zika”</li> </ul>
Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 2ª revisão da PNAB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altera o nome para Núcleo Ampliado da Saúde de Família e Atenção Básica (NASF-AB)</li> <li>- Retira o conceito do apoio matricial do texto, com a perda da centralidade da dimensão técnico-pedagógica. Apesar da retirado do conceito, ele é reafirmado nas 3 competências específicas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a – cogestão/planejamento conjunto com as equipes acompanhadas</li> <li>b – ampliação da clínica e aumento da capacidade de análise e intervenção</li> <li>c – discussão de caso, atendimentos individuais, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, discussão do processo de trabalho</li> </ul> </li> </ul>
<b>O desmonte do NASF? – 2019 a 2021</b>	
Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 Institui o Programa Previne Brasil – novo modelo de financiamento de custeio da APS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muda a forma de financiamento da APS, que passa a ser um misto de captação ponderada, incentivo para ações estratégicas e pagamento por desempenho</li> <li>- Fim do financiamento discricionário para o NASF</li> <li>- Revoga a Seção II da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que incluía a portaria de parametrização do NASF</li> </ul>
Portaria nº 3.222, de 20 de dezembro de 2019 Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevê o financiamento de ações multiprofissionais no âmbito da APS, com arranjo e composição de equipe de acordo com os critérios definidos pelo gestor</li> </ul>
Nota Técnica 03/2020 NASF-AB e Programa Previne Brasil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reafirma as modificações trazidas pelo Programa Previne Brasil, como o fim do financiamento discricionário e a extinção dos parâmetros de conformação do NASF</li> </ul>
Portaria nº 99, de 07 de fevereiro de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redefine o registro das equipes APS no SCNES</li> <li>- Cria um novo código para a equipe, que inclui as 3 tipologias de NASF: equipe 72 – Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária – eNASF-AP</li> </ul>
Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021	

Fonte: Autores, a partir dos documentos citados no quadro.

é possível identificar o pioneirismo de iniciativas em alguns municípios, como Betim/MG, Brumadinho/MG, Campinas/SP, Camaragibe/PE, Contagem/MG, Florianópolis/SC, Niterói/RJ, Santos/SP e Sobral/CE<sup>6,7</sup>.

Em 2003, o MS inicia as discussões do Núcleo de Saúde Integral, projeto para a inclusão de uma equipe multiprofissional na atenção básica. Os estudos não avançam, porém, em 2005, a proposta ganha corpo como Núcleo de Atenção Integral

na Saúde da Família (NAISF)<sup>8</sup>. Sugerido com a finalidade de ampliar a capacidade resolutive da ESF, promover a integralidade da atenção e ações de promoção da saúde, a portaria de criação do NAISF foi revogada dois dias após a publicação, com a justificativa da não definição de aporte financeiro aos municípios<sup>6</sup>. Apesar da vida curta, é possível encontrar artigos que mencionam a implantação de alguns NAISF<sup>9,10</sup>.

A proposta do suporte multiprofissional volta à pauta em 2007, com os debates sendo liderados por um grupo de trabalho proposto pelo MS. Após intensas discussões, o grupo entende que o modelo de equipe de referência e retaguarda especializada, centralizado na função apoio e no matriciamento, permitiria a oferta de um cuidado mais abrangente<sup>6</sup>. No ano seguinte, é publicada a portaria nº 154/2008, que cria o NASF<sup>2</sup>.

## 2º período: 2008 a 2011 – diretrizes do apoio

Com a criação do NASF, o MS conseguiu compor com os principais interesses que se colocavam: definiu valores de transferência aos municípios para a implementação e manutenção das equipes; possibilitou a ampliação do escopo das intervenções das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir da cogestão<sup>3</sup> e articulação da equipe multiprofissional com os profissionais da ESF; e permitiu a expansão do mercado de trabalho para 13 áreas profissionais consideradas da saúde.

Mesmo sendo derivado da teoria Paidéia de Gastão Wagner de Sousa Campos, o conceito-chave de apoio matricial, que define o modo de articulação entre uma equipe de apoio – NASF – e as equipes de referência – ESF –, não é mencionado na portaria 154. Supõe-se que tal fato pode ter sido uma estratégia dos elaboradores para diminuir resistências à proposta nesse formato, que vinham das discussões do NAISF. À época, dois grupos disputavam politicamente os rumos da equipe a ser criada – se como uma equipe de apoio (matricial) ou um grupo de especialistas para prestar assistência direta aos usuários<sup>6</sup>. Apesar da omissão do conceito, a educação continuada e o atendimento a casos específicos aparecem como ações a serem realizadas pelos NASF, compondo com as duas forças na mesma proposta.

A partir da expansão do número de NASF, o MS inicia o processo de qualificação dos processos de trabalho dos profissionais. O aumento na escala de equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) trouxe a necessidade de discussão de como essas práticas vinham

sendo desenvolvidas, em parte pela dificuldade de se operar sob a lógica do apoio matricial<sup>11</sup>.

Em 2009, é lançado o Cadernos de Atenção Básica (CAB) nº 27 – Diretrizes do NASF. O CAB 27 é apresentado com a expectativa de que a publicação “possa realmente fortalecer a APS [Atenção Primária à Saúde] no País, por meio do aumento do conhecimento das equipes que nela atuam, sejam das equipes de SF, dos NASF, sejam da gestão em geral”<sup>12</sup> (p. 8). O texto procura marcar a atuação prioritariamente numa perspectiva de trabalho compartilhado e interdisciplinar, deixando explícito que a abordagem individual direta aos usuários deveria acontecer “apenas em situações extremamente necessárias” (p. 8), buscando se afastar do modelo ambulatorial que a entrada de especialistas na ESF poderia sugerir.

O CAB 27 aponta a integralidade como a principal diretriz da equipe, pois é a partir da atenção integral aos usuários e coletivos que é possível planejar o cuidado menos fragmentado, ancorado nas necessidades peculiares de cada território. Além disso, apresenta e discute a pactuação do apoio, do apoio matricial, da clínica ampliada, do projeto terapêutico singular e do projeto de saúde no território, definidos como ferramentas tecnológicas necessárias para a organização e o desenvolvimento das ações.

Nos capítulos posteriores, a publicação apresenta as nove áreas estratégicas de atuação do NASF, com reflexões acerca do contexto dessas áreas no cenário nacional, as políticas vigentes e seus principais desafios. São discutidas formas de composição e pactuação de trabalhos conjuntos na ESF, estratégias de integração e outros meios de inserção das especialidades nas UBS.

Em 2010, o país registrou um aumento do número de usuários de *crack*. A “epidemia do *crack*”, como foi chamada pela mídia, fez com que o MS instituisse diversas medidas de enfrentamento<sup>13</sup>. Uma delas foi a criação de uma outra modalidade de NASF – NASF 3 –, voltada para a atenção integral em saúde mental, com prioridade para os usuários de *crack*, álcool e outras drogas em municípios com menos de 20 mil habitantes<sup>14</sup>. A tipologia foi revogada na primeira revisão da PNAB em 2011<sup>15</sup>, com as equipes sendo convertidas para NASF 2. O NASF 3 retornou em 2012 com outro arranjo.

A PNAB de 2011 incorporou mudanças importantes que vinham sendo implantadas no SUS, como é o caso do NASF. No texto, há a inclusão do conceito do apoio matricial, que aparece em quatro momentos, não necessariamente associado à prática do NASF. Na 1ª ocasião, está

articulado à educação permanente e a processos de apoio institucional, como um dos “dispositivo[s] de apoio e cooperação horizontal”<sup>15</sup> (p. 7). Depois, é mencionado no inciso sobre a composição de carga horária dos profissionais da ESF, que podem utilizar parte de seu horário de trabalho com atividades de educação permanente e apoio matricial. Em relação às atribuições do NASF, o apoiador deve operar compartilhando saberes e práticas em saúde, por meio de ações de apoio matricial junto às equipes vinculadas. E ao estabelecer algumas atribuições do sanitarista – categoria recém inserida na equipe –, o conceito apoio matricial é citado pela 4ª vez na PNAB. O texto indica que este profissional “pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que as mesmas não sejam exclusivas dele”<sup>15</sup> (p. 16).

Outras mudanças se relacionam à composição e às cargas horárias dos núcleos. Foram incluídas novas categorias profissionais, totalizando 19 profissões, que passaram a poder fazer parte de ambas as tipologias de NASF. Além de ter à sua disposição novas especialidades, os municípios têm liberdade para definir seus arranjos a partir da escolha do gestor. Também estabeleceu carga horária mínima para as equipes e a redução do número de equipes vinculadas.

Assim como no CAB 27, a PNAB reforça e o caráter coletivo e educativo das ações do NASF. Em um trecho onde são apontadas atividades a serem desenvolvidas, é citado o “atendimento conjunto ou não”, evitando o uso de “atendimento individual”. Novamente, o empenho é o de não “ambulatorizar” a conduta dos especialistas, imprimindo uma forma de atuação dirigida para a dimensão pedagógica do apoio matricial.

### **3º período: 2012 a 2015 – universalização do NASF**

Em 2012, duas portarias foram editadas com efeitos sobre o NASF. A primeira atualizou o Piso da Atenção Básica (PAB) variável, dando um incremento de 1/3 para as equipes de NASF 2, mas mantendo os mesmos valores para o NASF 1<sup>16</sup>. A segunda redefiniu os parâmetros de vinculação das duas modalidades de equipes já existentes e criou o NASF 3, dessa vez sem vinculação às questões ligadas ao uso e abuso de drogas<sup>17</sup>.

Assim como nas outras modalidades, O NASF 3 pode ter em sua composição qualquer uma das 19 categorias profissionais estabelecidas na última versão da PNAB. Porém, deve acompanhar uma ou duas equipes, o que possibilita uma rela-

ção mais próxima que em outros arranjos, “configurando-se como uma equipe ampliada”<sup>17</sup> (p. 3). Para as modalidades já existentes, a portaria trouxe a redução do número de equipes vinculadas: NASF 1, de cinco a nove equipes, e NASF 2, de três a quatro equipes. Essa redução foi um importante movimento do MS no sentido de qualificar o apoio prestado pelo NASF, que passou a se dedicar ao acompanhamento de menos equipes e usuários. Além disso, a criação do NASF 3 permitiu a universalização do apoio a todos os municípios brasileiros com ESF ou equipes de atenção básica para populações específicas, independentemente de sua extensão territorial ou população.

No primeiro semestre de 2013, o MS publicou duas portarias no mesmo dia. Uma aumentou os valores transferidos para o NASF 2 em 50%, além de estabelecer o montante para o NASF 3. A outra definiu o incentivo do segundo ciclo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>19</sup>. Neste ciclo, permitiu-se a adesão de todas as equipes da atenção básica e a realização, pela primeira vez, de processos avaliativos das equipes NASF em todo o território nacional<sup>20,21</sup>.

Depois da definição de novos parâmetros, o MS se volta novamente para a qualificação do processo de trabalho, e em 2014 publica o Cadernos de Atenção Básica 39 – NASF – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Se no CAB 27 o objetivo foi o de discutir as diretrizes do apoio, este segundo volume apresenta o “como fazer”. Ter sido lançado cinco anos após a implementação do NASF permitiu o acúmulo de experiências para a elaboração de um material técnico que dialogasse com a prática e que pudesse refletir sobre os principais atravessamentos na operacionalização do apoio matricial<sup>22</sup>.

A publicação parte das ações que compõem a agenda dos profissionais para pensar o apoio matricial, refletindo a respeito da infraestrutura necessária e das condições para que essas atividades aconteçam. São definidos elementos estruturantes das intervenções: a reunião de matriciamento; a reunião de equipe NASF; o atendimento individual compartilhado e específico; o atendimento domiciliar compartilhado e específico; atividade coletiva compartilhada e específica; e a elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente.

O CAB 39 discute ainda outras ferramentas e estratégias de atuação, como o trabalho com grupos, o genograma e o ecomapa. Elas fazem parte do cardápio de atividades que os técnicos podem

lançar mão, mas não devem ser limitadoras ou restritivas em relação a outras possibilidades e caminhos que venham a se colocar. Trabalhar a partir das demandas endereçadas, e com ofertas que partam dos apoiadores, a partir das situações singulares e concretas.

A publicação elenca alguns desafios do trabalho compartilhado, como a falta de formação para atuar na lógica do apoio matricial, a multiplicidade de demandas que são endereçadas aos apoiadores e o desconhecimento sobre as diferentes possibilidades de atuação do NASF. Aponta sugestões para o enfrentamento dessas questões, seja por meio de encontros e rodas de conversa para reflexão acerca dos desafios diários, ou a partir da intervenção direta dos gestores para mediar conflitos e impasses.

#### **4º período: 2016 a 2018 – ampliação do apoio**

Em 2015, foi identificado um surto de casos de crianças nascidas com microcefalia e outras malformações genéticas atribuídas ao zika vírus, especialmente na região Nordeste. Frente à emergência sanitária, o MS credenciou municípios brasileiros para implantar equipes de NASF<sup>23</sup>. A portaria trouxe como exigência que cada equipe tivesse ao menos um profissional de fisioterapia e, como recomendação, que contemplasse terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo ou psicólogo, profissionais afins da área de reabilitação. Com essas estratégias, buscou-se instrumentalizar as ESF para realizar ações de estimulação precoce e apoio psicossocial às famílias acompanhadas.

Para subsidiar o trabalho das equipes, o MS publicou “A estimulação precoce na Atenção Básica” em 2016. O guia afirma que cabe ao NASF acompanhar famílias e crianças, sendo “muito importante que ele também realize, além dos atendimentos compartilhados, atendimentos individuais específicos, de acordo com o projeto terapêutico pactuado”<sup>24</sup> (p. 16-17). O manual evidencia a dimensão clínico-assistencial do apoio matricial, o que pode ser entendido como uma mudança de direcionamento em relação à atuação do NASF até então. Nas considerações finais, a publicação reitera a orientação, sinalizando a importância da abordagem individual na estimulação precoce, e pontua que esse tipo de atuação direta não contraria os preceitos do apoio matricial.

No segundo semestre de 2017, foi publicada a última revisão da PNAB. Uma atualização acompanhada de muitas críticas, tanto em relação ao processo de construção sem a participação social,

como em relação às modificações aprovadas e seus possíveis impactos no enfraquecimento do SUS e na privatização da Atenção Básica<sup>26,27</sup>.

Em relação ao NASF, o texto traz importantes alterações. A equipe passa a ser denominada Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB. Sai o conceito “apoio”, entra o adjetivo “ampliado”. Com a mudança, o NASF-AB passa a dar suporte a todos tipos de equipes, incluindo a recém-criada equipe de Atenção Básica, modelo concorrente da Saúde da Família.

Em uma leitura mais atenta, pode-se perceber que, além da troca do substantivo “apoio”, o conceito apoio matricial é retirado da política de atenção básica. No entanto, ao mesmo tempo em que é omitido enquanto conceito, os princípios do apoio matricial são afirmados nas três competências específicas definidas na legislação. No item “a”, a cogestão comparece por meio do planejamento conjunto com as equipes acompanhadas. A atribuição “b” aponta para a ampliação da clínica e consegue sintetizar a finalidade da atuação de uma equipe de apoio junto à equipe de referência – contribuir para o aumento da capacidade de análise e de intervenção e, como consequência, produzir maiores coeficientes de autonomia. No item “c”, listam-se as diferentes possibilidades e formas de atuação, como discussão de caso, atendimentos individuais, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente e discussão do processo de trabalho, formas de intervenções que estão diretamente ligadas às duas dimensões do apoio matricial – assistencial e a pedagógica.

#### **5º período: 2019 a 2021 – o desmonte do NASF?**

Os quatro períodos antecedentes podem ser caracterizados como aqueles em que se buscou a institucionalização de uma política. Todas as reivindicações, embates e conquistas foram frutos de um longo processo de disputa de trabalhadores, usuários e gestores, e que se materializaram na consolidação do NASF. O quinto e último período, marcado por outra tomada de posição do MS em relação à equipe, e atravessado por milhares de mortes provocadas pela pandemia do SARS-CoV-2, traz algumas incertezas, por isso o subtítulo em forma de pergunta pessimista.

O Programa Previne Brasil<sup>28</sup>, editado em novembro de 2019, estabeleceu o novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde (APS), um misto composto de capacitação ponderada, pagamento por desempenho e



incentivo para ações estratégicas. O pagamento por desempenho é aferido a partir de indicadores definidos em portaria específica, e para os anos de 2021 e 2022 serão monitoradas, entre outras, as ações multiprofissionais no âmbito da APS<sup>29</sup>.

Sobre os incentivos às ações estratégicas, o programa não inclui o NASF, o que na prática extinguiu o financiamento discricionário. Além disso, revoga diversas normativas, entre elas a Seção II da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que definia parâmetros de vinculação do NASF, como as cargas horárias dos profissionais e das equipes, e os números mínimo e máximo de equipes vinculadas.

Em resposta às críticas feitas, o MS editou a Nota Técnica 03/2020<sup>30,31</sup>, em que assumiu a extinção dos parâmetros de conformação e de financiamento. E informou que, conforme previsto na portaria nº 3.222/19, arranjos de equipe interdisciplinar poderão ser financiados por meio de pagamento por desempenho em 2021, na condição de ações multiprofissionais no âmbito da APS. A nota indica que os especialistas podem ser cadastrados junto à eSF ou à equipe de Atenção Primária (eAP), tornando-se um membro fixo e orgânico desses coletivos.

A última normativa analisada é a portaria nº 37/2021, editada em substituição à de nº 99/2020, que redefiniu os tipos de equipes da Atenção Primária no SCNES, incluindo a equipe 72 – Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP)<sup>32,33</sup>. O código 72 reúne as três modalidades de NASF, define outro nome para o núcleo e permite novamente que novas equipes NASF sejam cadastradas no CNES, o que havia sido vedado pelo Previn Brasil. A partir de maio de 2020, os municípios iniciaram a migração para o novo código, processo ainda em curso.

#### Reflexo das políticas no número de equipes cadastradas no Brasil

Os dados da Tabela 1 foram agrupados de acordo com os cinco períodos de construção desta pesquisa. Eles permitem a visualização da construção histórico-política da equipe, mostrando os efeitos das políticas adotadas pelo MS desde a implantação do NASF, ora induzindo a criação de mais núcleos, como na criação do NASF 3, ora produzindo a diminuição do número de equipes, como pode ser visualizado no último período. Como referência, foram utilizados os meses de dezembro de cada ano.

Os números mostram um pequeno crescimento nos quatro primeiros anos, num período

**Tabela 1.** Os períodos histórico-normativos e as eNASF.

Períodos	Ano	eNASF
1º) Movimentos antecedentes	2003 - 2007	
2º) Diretrizes do apoio	2008	464
	2009	1.058
	2010	1.415
	2011	1.661
3º) Universalização do NASF	2012	2.046
	2013	3.123
	2014	4.110
	2015	4.559
4º) Ampliação do apoio	2016	4.672
	2017	5.266
	2018	5.797
5º) O desmonte do NASF?	2019	5.886
	2020	5.592
	2021	5.525

Fonte: Autores, com base no SCNES, acessado em 20/1/2022.

em que ainda estava sendo apresentada a proposta de trabalho do NASF. A publicação do CAB 27, os cursos oferecidos pelo MS e a inclusão da equipe na primeira revisão da PNAB de 2011 definiram as diretrizes do apoio matricial e afirmaram o NASF como uma política importante da atenção básica, induzida pelo MS.

As equipes apresentam o aumento mais expressivo a partir de 2012, ano em que foram aprovadas diversas portarias relevantes, como a 3.124, que mudou os parâmetros de vinculação dos NASF 1 e 2, e criou o NASF 3; há uma nova definição de valores de financiamento da equipe em 2012 e 2013; um novo CAB é editado em 2014, avançando na discussão sobre os desafios e potenciais dos modos de operar do NASF.

O advento do zika vírus e a publicação da PNAB de 2017, que além da mudança no nome trouxe a ampliação do alcance para todas as equipes da atenção básica, mantiveram os rumos de crescimento e de consolidação da multiprofissionalidade, a partir do arranjo específico do NASF.

O cenário de ampliação e aposta do MS é interrompido em 2020, depois de ter alcançado o maior número de todos os tempos em janeiro de 2020, com 5.904 NASF. O início da queda no número de equipes cadastradas no SCNES ocorre junto as mudanças do Previn Brasil e a chegada da pandemia de COVID-19 no país.

Para fins de análise sobre os reflexos de dois anos de vigência do novo modelo de financia-

mento da atenção básica, na Tabela 2 e no Gráfico 1 estão reunidas as variações mensais dos números de equipes NASF nos anos de 2020 e 2021.

**Tabela 2.** Equipes NASF cadastradas durante os anos de 2020 e 2021.

	NASF1	NASF2	NASF3	NASF -AP	Total
Jan/2020	3.526	1.077	1.275		5.904
Fev/2020	3.526	1.073	1.267		5.866
Mar/2020	3.516	1.067	1.258		5.841
Abr/2020	3.507	1.065	1.246		5.818
Mai/2020	1.103	392	488	3.724	5.707
Jun/2020	632	234	262	4.536	5.664
Jul/2020	401	166	173	4.912	5.652
Ago/2020	153	47	45	5.366	5.611
Set/2020	138	37	36	5.412	5.623
Out/2020	135	33	30	5.425	5.623
Nov/2020	128	30	25	5.435	5.618
Dez/2020	124	28	23	5.417	5.592
Jan/2021	120	26	20	5.387	5.553
Fev/2021	117	24	18	5.360	5.519
Mar/2021	117	24	18	5.348	5.507
Abr/2021	116	24	18	5.313	5.471
Mai/2021	115	24	18	5.335	5.492
Jun/2021	115	24	18	5.316	5.473
Jul/2021	114	23	13	5.317	5.467
Ago/2021	111	23	13	5.336	5.483
Set/2021	111	23	13	5.329	5.476
Out/2021	109	23	13	5.396	5.541
Nov/2021	109	22	13	5.394	5.538
Dez/2021	109	22	13	5.381	5.525

Fonte: Autores, com base no SCNES, acessado em 20/1/2022.

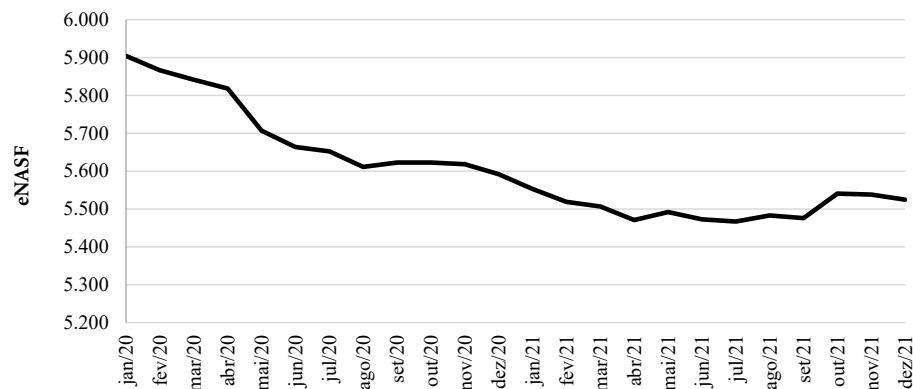
É possível observar a diminuição gradual dos cadastros a partir de fevereiro de 2020, com oscilações em alguns meses. A maior queda é vista em maio de 2020, início da migração para o novo código – NASF-AP, com 111 equipes descadastadas. Em dezembro de 2021, eram 5.525 eNASF no SCNES. Considerando os dois anos de vigência do Previn Brasil, foram descredenciadas 379 equipes de NASF.

Importante ressaltar que a Tabela 2, além da vigência do novo modelo de financiamento, reflete, a partir do mês de março de 2020, os efeitos da pandemia de COVID-19. Mensurar a influência da pandemia e das questões econômicas que tal cenário envolve, como a diminuição de investimentos e a necessidade de realocação de recursos financeiros para outros setores, produz um cenário de análise diferenciando de outros períodos.

O material suplementar do presente artigo está disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.8PCFOH>

## Discussão

A partir dos resultados, é possível observar, nos quatro primeiros períodos, a construção e o fortalecimento do arranjo multiprofissional proposto pelo NASF. Esse processo se materializou na ampliação do número de equipes implantadas, engendrando o aumento do escopo das intervenções da Atenção Básica e contribuindo com a integralidade do cuidado aos usuários e coletivos.



**Gráfico 1.** Equipes NASF cadastradas no SCNES nos anos de 2020 e 2021.

Fonte: Autores, com base no SCNES, acessado em 20/1/2022.

Desde a publicação da portaria nº 154, em 2008, até a última revisão da PNAB, verificou-se a abertura do NASF para mais profissionais de saúde; os parâmetros de vinculação foram diminuindo, aproximando apoiadores e apoiados; possibilitou-se que todos os municípios pudessem implantar suas equipes com aporte financeiro do MS, que também foram sendo incrementados; permitiu-se maiores graus de autonomia aos gestores para que pudessem moldar as equipes a partir de suas demandas, desde que observados alguns critérios de parametrização.

As orientações do CAB 27, primeiro documento norteador do NASF, buscavam marcar uma atuação direcionada para ações técnico-pedagógicas, imprimindo um novo jeito de colaboração interprofissional. Contudo, a resistência de alguns apoiadores a atender demandas assistenciais pode ter contribuído para o quadro de questionamentos feitos à equipe<sup>34,35</sup>.

O CAB 39 consegue avançar na discussão em relação à tensão entre atendimentos individuais e matriciamento. Em todo o texto, abordagens individuais são colocadas como uma das dimensões do apoio, sempre articulado a um plano de cuidado compartilhado, sem a utilização de ressalvas como “apenas em situações extremamente necessárias”, como visto no CAB 27. Compreende-se que a justificativa para o uso dessas expressões era a de marcar o modo de funcionamento diferente do NASF, sobretudo em relação às antigas formas de encaminhamentos. Tais movimentos se orientavam nas ações de caráter pedagógico, baseadas no compartilhamento de saberes e de educação permanente, estratégias utilizadas para produzir a ampliação do conhecimento e a autonomia dos profissionais que delas participam.

No “Manual de estimulação precoce na Atenção Básica”, a dimensão clínico assistencial toma o protagonismo das intervenções, evidenciando cada vez mais que ações clínicas diretas para os usuários não só fazem parte do escopo das ações como são imprescindíveis e complementares do apoio matricial.

Considerando as novas configurações das eNASF-AP, em que o gestor tem total liberdade para definir arranjos e composições, entende-se que essas modificações podem trazer riscos para a continuidade deste modelo de equipe multiprofissional, seja em relação aos critérios que serão utilizados em composições mais flexíveis, seja pelo fim do financiamento discricionário<sup>36,37</sup>.

Além disso, algumas perguntas precisam ser colocadas: como oferecer acompanhamento de

qualidade sem parametrização mínima? No caso de os profissionais serem cadastrados diretamente como membros das eSF ou da eAP, não se estaria voltando ao modelo anterior à Estratégia Saúde da Família, nos moldes de ambulatórios ou centros de saúde? Que ações de matriciamento esses profissionais conseguirão sustentar no cotidiano, ou pretende-se centralizar as intervenções apenas em atendimentos diretos?

Por outro lado, o fortalecimento da dimensão clínico-assistencial em detrimento da dimensão pedagógica pode enfraquecer os processos de reformulação da clínica e da gestão que o modo de funcionamento do NASF propõe. A omissão do conceito apoio matricial da PNAB, a retirada do substantivo apoio do nome da equipe e fim do incentivo financeiro discricionário sugerem um direcionamento intencional e coordenado para o desmonte. Ao buscar espaços mais democráticos, autônomos e participativos no SUS, o apoio matricial perde espaço nas políticas de saúde do governo Bolsonaro.

## Considerações finais

Este estudo conclui que, nos dois primeiros anos de vigência, o Programa Previne Brasil promoveu o desmonte do NASF, com a redução de 379 equipes, significando um retrocesso a números próximos das eNASF que estavam cadastradas em fevereiro de 2018. Parte-se do pressuposto que as portarias que vêm sendo editadas desde 2019, como as que modificaram as formas de financiamento da atenção básica e alteraram o registro das equipes no SCNES, visam, entre outras finalidades, substituir o NASF por outros tipos de equipes multiprofissionais. Cabe ressaltar que um dos indicadores de pagamento por desempenho previsto na portaria 3.222/2019 são as ações multiprofissionais na APS. Enquanto o NASF perde o custeio e equipes são descontinuadas, outros arranjos são incentivados pelo MS.

O fato de haver menos equipes atuando tem impacto direto no número de profissionais em atividade, diminuindo a capacidade de resposta do SUS frente ao cenário acumulado de milhões de pessoas infectadas pela COVID-19, além de produzir desassistência também para os indivíduos acompanhados pelas eNASF descredenciadas. No contexto de uma pandemia duradoura, com grande número de agravos e sequelas decorrentes da doença<sup>38</sup>, a atenção básica vai precisar criar mecanismos de identificação e atenção a esses casos<sup>39</sup>, muitos deles demandando inter-

venções de diferentes núcleos profissionais, renovando a potência do trabalho em equipe. Sendo assim, o NASF representa o arranjo estratégico para a abordagem multifatorial desses agravos, em conjunto com as ESF, visto que a participação de especialistas de serviço social, fisioterapia, nutrição, psicologia, fonoaudiologia e demais categorias que podem compor a equipe amplia a capacidade de resposta das unidades de saúde frente às novas e às antigas demandas dos territórios.

Sobre o fim do repasse discricionário, iniciativas como a do Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS)<sup>40</sup>, que incluiu o NASF no rol de equipes financiadas no final de 2019, vêm contribuindo para a manutenção dos núcleos, fortalecendo as intervenções da ESF no cenário da pandemia. No PREFAPS, as equipes de NASF 1 e NASF 2 dos municípios fluminenses recebem incentivos financeiros mensais, chamado no programa de componente sustentabilidade. Outro

incentivo – componente expansão – é pago em parcela única para novas equipes implantadas, funcionando nos mesmos moldes que eram adotados pelo MS antes do Previn Brasil.

Desde o ano de sua criação em 2008, o modo de funcionamento do NASF foi se adaptando às prerrogativas do SUS. Se no início se direcionava prioritariamente para ações de matriciamento, percebeu-se que os atendimentos diretos não eram contraditórios ao preconizado pelo apoio matricial. A busca por um equilíbrio entre as duas dimensões – pedagógica e assistencial –, tomando como pontos de partida e chegada as necessidades de usuários e coletivos, produz intervenções voltadas para a clínica ampliada e compartilhada e a cogestão do cuidado em saúde. Conseguir modular as diversas possibilidades de intervenção é fruto de uma construção diária, feita a partir da micropolítica do trabalho interprofissional. Para isso acontecer, ambas as equipes, apoiadores e apoiados, precisam estar abertos ao encontro e ao novo.

## Colaboradores

MP Mattos foi responsável pela concepção, análise, interpretação de dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. AC Gutiérrez e GWS Campos trabalharam na revisão crítica e na aprovação da versão a ser publicada.

## Referências

- Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saude Publica* 2018; 34(8):e00056917.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União* 2008; 4 mar.
- Campos GWS. *Um método para análise e gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec; 2015.
- Cellard AA. Análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 295-316.
- Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015.
- Almeida ER. *A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família* [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016.
- Gutiérrez AC. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Território Escola Mangueiras: análise sob a perspectiva do apoio matricial* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.065, de 4 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. *Diário Oficial da União* 2005; 4 jul.
- Véras MMS, Quinderé PHD, Ferreira LP, Aragão JMGA, Coelho MAAA. Sistema de Informação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família – SINAI. *Saude Soci* 2007; 16(1):165-171.
- Oliveira CO, Rocha RM, Cutulo LRA. Algumas palavras sobre o Nasf: relatando uma experiência acadêmica. *Rev Bras Educ Med* 2012; 36(4):574-580.
- Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saude Debate* 2018; 42(1):328-340.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica*, número 27. Brasília: MS; 2009.
- Nappo SA, Sanchez ZM, Ribeiro LA. Is there a crack epidemic among students in Brazil?: comments on media and public health issues. *Cad Saude Publica* 2012; 28(9):1643-1649.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Modalidade 3 – NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. *Diário Oficial da União* 2010; 20 set.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2011; 21 out.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2012; 16 maio.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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. *Diário Oficial da União* 2012; 28 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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. *Diário Oficial da União* 2013; 4 abr.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 562, de 04 de abril de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). *Diário Oficial da União* 2013; 4 abr.
- Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saude Debate* 2018; 42(Esp. 1):130-144.
- Lima RSA, Nascimento JA, Ribeiro KSQS, Sampaio J. O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad Saude Colet* 2019; 27(1):25-31.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica*, número 39. Brasília: MS; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União* 2016; 16 jun.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A estimulação precoce na Atenção Básica: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no contexto da síndrome congênita por Zika*. Brasília: MS; 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.476, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.

26. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e180.
27. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1475-1481.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.222, de 1 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* 2019; 1 dez.
30. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Em defesa da atenção primária e do direito universal à saúde: pela revogação da Portaria nº 2979/19 do Ministério da Saúde [Internet]. [acessado 2021 jan 20]. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/11/Nota\\_em\\_defesa\\_atencao\\_primaria\\_21\\_novembro\\_2019-1.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/11/Nota_em_defesa_atencao_primaria_21_novembro_2019-1.pdf)
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 03/2020. [acessado 2021 ago 15]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da União* 2020; 7 fev.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da União* 2021; 18 jan.
34. Klein AP, d'Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad Saude Publica* 2017; 33(1):e00158815.
35. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface* 2016; 21(62): 565-578.
36. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1181-1188.
37. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saude Publica* 2020; 36(9):e00040220.
38. Miranda DAP, Gomes SVC, Filgueiras PS, Corsini CA, Almeida NBF, Silva RA, Medeiros MIVARC, Vilela RVR, Fernandes GR, Grenfell RFQ. Long COVID-19 syndrome: a 14-months longitudinal study during the two first epidemic peaks in Southeast Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2022; trac030.
39. Ruiz D. Pós-Covid-19 e a importância da ESF para o cuidado e reabilitação [Internet]. [acessado 2022 maio 10]. Disponível em: [http://link.abrasco.org.br/accounts/118857/messages/803?email=mauriciomattos@gmail.com&c=1629033523&contact\\_id=55830&envelope\\_id=658](http://link.abrasco.org.br/accounts/118857/messages/803?email=mauriciomattos@gmail.com&c=1629033523&contact_id=55830&envelope_id=658)
40. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 1938 de 25 de novembro de 2019. Altera a resolução SES N° 1.846, de 9 de maio de 2019, que aprovou o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro* 2019; 25 nov.

Artigo apresentado em 29/09/2021

Aprovado em 16/05/2022

Versão final apresentada em 18/05/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva