

EQUIPES DE NASF-AB EM UM CENÁRIO DE RISCOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

EQUIPOS NASF-AB EN UN ES CENARIO DE RIESGO PARA ATENCIÓN PRIMARIA

NASF-AB TEAMS IN A RISK SCENARIO FOR PRIMARY CARE

Tamila Raquel Fernandes VALE¹
Maria Luisa Vichi de Campos FARIA²
Ana Kalliny Sousa SEVERO³
Tiago Rocha PINTO⁴

RESUMO: O estudo teve como objetivo identificar os possíveis impactos das atuais políticas e diretrizes no campo da saúde frente aos processos de trabalho das equipes de referência (ER) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida em três dos maiores municípios da região do Seridó do Rio Grande do Norte. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 17 profissionais de diferentes categoriais atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), equipes do NASF-AB e gestores da saúde das três localidades. As informações foram categorizadas e analisadas a partir dos referências da Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Os resultados apontam para preocupações diante das inflexões da nova Política Nacional de Atenção Básica no cotidiano assistencial dos municípios, em um cenário de inseguranças, incertezas e prejuízos ao escopo de atividades desenvolvidos e apoiados na AB.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia saúde da família. Atenção básica à saúde. NASF-AB.

RESUMEN: *El objetivo del estudio es identificar los posibles impactos de las políticas y directrices vigentes en el ámbito de la salud en los procesos de trabajo de los equipos de referencia (ER) y del Centro Ampliado de Salud de la Familia y Atención Primaria (NASF-AB). Se trata de una investigación cualitativa, desarrollada en tres de los municipios más grandes de la región de Seridó de Rio Grande do Norte. Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 17 profesionales de diferentes categorías que laboran en la Estrategia Salud de la Familia (ESF), equipos NASF-AB y gestores sanitarios de las tres localidades. La información fue categorizada y analizada en base a las referencias de análisis de contenido*

¹ Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), Santa Cruz – RN – Brasil. Mestrado em Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Fisioterapeuta no Centro Especializado em Reabilitação (CER III). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0423-6638>. E-mail: tamilarfv@gmail.com

² Faculdade União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), Lauro de Freitas – BA – Brasil. Professora do curso de graduação em medicina. Doutorado em Saúde Coletiva (UNESP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2652-223X>. E-mail: mlvivhi@gmail.com

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Santa Cruz – RN – Brasil. Professora do magistério superior e do Mestrado em Saúde Coletiva. Doutorado em Saúde Coletiva (UNICAMP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9548-6394>. E-mail: akssevero@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia – MG – Brasil. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva. Doutorado em Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (FMB/UNESP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4834-2897>. E-mail: tiago.rocha@ufu.br

de Bardin. Los resultados señalan a preocupaciones por las inflexiones de la nueva Política Nacional de Atención Primaria en la atención diaria de los municipios, en un es escenario de inseguridades, incertidumbres y daños.

PALABRAS CLAVE: Estrategia de salud de la familia. Primeros auxilios. NASF-AB.

ABSTRACT: The study aimed to identify the possible impacts of current policies and guidelines in the field of health on the work processes of the reference teams (ER) and the Expanded Center for Family Health and Primary Care (NASF-AB). This is a qualitative research, developed in three of the largest municipalities in the Seridó region of Rio Grande do Norte. Therefore, semi-structured interviews were conducted with 17 professionals from different categories working in the Family Health Strategy (ESF), NASF-AB teams and health managers from the three locations. The information was categorized and analyzed based on Bardin's Content Analysis references. The results point to concerns regarding the inflections of the new National Policy for Primary Care in the daily care of municipalities, in a scenario of insecurities, uncertainties and damage to the scope of activities developed and supported in the AB.

KEYWORDS: Family health strategy. Primary health care. NASF-AB.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, tem na atenção básica (AB) a principal ordenadora das ações em saúde no Brasil (BRASIL, 1988). Neste cenário, o Programa de Saúde da Família (PSF), surgido em 1994 e configurado como estratégia permanente da AB em 2006, emergiu com o papel reorientador, reorganizador e reformulador do modelo assistencial em saúde, valorizando uma configuração multiprofissional nos processos de trabalho da equipe de Saúde da Família (eqSF) (BRASIL, 2006).

Com a ESF, as famílias foram consideradas como principal unidade de intervenção, evocando a reorientação das práticas profissionais no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, objetivando a integralidade e continuidade do cuidado. Deste modo, a ESF se expandiu por todo território nacional, ampliando a cobertura assistencial e alavancando a melhoria de indicadores de cobertura nos cenários da A. (BRASIL, 2009, 2019).

Apesar disso, o passar dos anos demonstrou que por melhor que fossem os profissionais e Equipes de Referência (ER) da ESF, a complexidade do cuidado em saúde exige uma teia de saberes e áreas do saber que extrapolam suas competências, requerendo a

soma de esforços entre setores, serviços e profissionais de apoio de diferentes categorias e campos do conhecimento (BRASIL, 2009).

No intuito de ampliar o escopo de possibilidades e atividades desenvolvidas nos cenários da AB, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados em 2008 (Portaria nº 154/2008), como aposta de fortalecimento das intervenções interprofissionais voltadas para a prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde. O NASF tem como principal objetivo apoiar e ampliar a atenção e a gestão da saúde na AB e na ESF, oferecendo ações tecnicamente ancoradas em uma composição de equipe que torne mais resolutiva a assistência em saúde (BRASIL, 2009, 2016).

A partir de dados do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), em seu segundo ciclo, relativo ao período de 2013 e 2014, identifica-se avanços do NASF para o fortalecimento da AB, com o desenvolvimento de ações conjuntas NASF e AB, tais como: atividades de apoio matricial, realização de visitas (92,8%), discussão de casos clínicos mais complexos e de eventos sentinela (88,8%), intervenção no território (86,5%) e realização de consultas compartilhadas (83,5%) (BROCARDO *et al.*, 2018). Apesar de mais de uma década após a criação dos NASF, a prática do Apoio Matricial (AM) vivenciado entre ER e equipes dos núcleos de apoio ainda aponta para inúmeras dificuldades e obstáculos para o trabalho conjunto no cotidiano assistencial (BRASIL, 2009).

Alguns estudos já demonstraram haver insuficiências e fragilidades tanto do processo de trabalho da ESF quanto das próprias equipes NASF. O AM esbarra nas dificuldades de ambas as equipes em partilharem o mesmo processo e, muitas vezes, acaba sendo experienciado de uma forma equivocada e distante de suas prerrogativas. Isso pode refletir o pouco investimento na qualificação dos profissionais no que se refere aos aspectos assistenciais e no uso de dispositivos para o fortalecimento da integração entre as equipes, principalmente o matriciamento (BROCARDO *et al.*, 2018).

Souza e Medina (2018) revelaram a existência de um processo de trabalho desarticulado entre as eqSF e do NASF-AB, além dos desafios diversos vivenciados pelos apoiadores, restringindo suas atividades e fragmentando o processo de trabalho. Embora a ESF esteja pautada sob a ótica da vigilância da saúde e o NASF-AB ter sua proposta política embasada na clínica ampliada, os resultados mostraram a existência de uma crise entre estas, apontando para a fragilidade que as equipes da AB têm na organização das suas práticas, sustentando a manutenção de ações hegemônicas pautados no modelo biomédico tradicional.

Nos últimos anos, a saúde pública nacional foi impactada pelas proposições da Emenda Constitucional 95 (EC 95), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017

e pelo Programa Previne Brasil aprovado em 2019 (BRASIL, 2017; 2019). De modo geral, vislumbra-se um cenário de preocupação e perigo para a manutenção e financiamento de importantes políticas públicas em saúde que colocam em risco o processo de trabalho da AB, entre as quais repousa o futuro incerto dos NASF-AB no trabalho junto às equipes da AB.

Diante deste contexto, o presente estudo se propôs identificar os possíveis impactos das atuais diretrizes no campo da saúde nos processos de trabalho das ER e NASF-AB no cenário da AB.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida na 4ª região de saúde do Rio Grande do Norte/RN, também conhecida como Seridó Potiguar. Foi privilegiada a escuta de profissionais de saúde atuantes em três dos vinte municípios da região, escolhidos intencionalmente por serem as maiores cidades e com equipes NASF-AB em funcionamento há mais de dois anos.

Tendo a saturação como critério limite para coleta das informações, foram entrevistados treze profissionais das três localidades, dos quais cinco atuavam em ER da ESF, cinco em equipes do NASF-AB além de três gestores municipais. Estes últimos faziam parte do corpo técnico das respectivas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), atuando nos cargos de assistente administrativo, coordenadora de promoção à saúde e secretária municipal de saúde, respectivamente.

A coleta das informações ocorreu nos meses de setembro a dezembro de 2019, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas conduzidas por um roteiro norteador, realizadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados em seus próprios locais de trabalho. Para garantir o anonimato dos entrevistados, serão representados por suas categorias acrescidos de um número de ordem.

Os participantes foram esclarecidos sobre a proposta do estudo para conhecimento e clareza sobre a concepção e finalidade deste. Acordada a participação com cada profissional, foram apresentados e assinados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando sua participação na pesquisa, bem como o Termo de autorização para gravação de voz.

As informações obtidas foram categorizadas em consonância com os pressupostos da Análise de Conteúdo de Bardin (2011) em sua modalidade temática, reconhecida por seu potencial de análise em permitir ultrapassar a mera descrição da mensagem, atingindo, uma

forma de interpretação mais profunda mediante a realização de inferência, a partir de unidades de significação denominadas temas.

Para tanto, foram obedecidas as seguintes etapas de tratamento das informações: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação. Na pré-análise foi realizada uma leitura mais profunda das informações obtidas em campo a partir da transcrição das falas dos participantes, permitindo escolher formas de classificação inicial (palavras, frases ou orações) e determinar conceitos teóricos para fundamentar a análise do material. Na etapa da exploração do material, houve a distribuição das informações obtidas nas formas de classificação escolhidas na fase anterior. Em seguida, foram estabelecidos núcleos temáticos de significados que dialogaram com os pressupostos iniciais em eixos mais amplos, nos quais houve o reagrupamento das partes do texto analisado (BARDIN, 2011).

Com isso, foi possível estruturarmos duas categorias analíticas que versam sobre o objetivo pesquisado, tensionando diferentes olhares e proposições sobre os rumos da AB a partir do novo modelo de financiamento, assim como das inflexões políticas atuais para os cenários da AB.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi CEP/FACISA, sob Parecer de número 3.390.975. Foram observados os princípios éticos preconizados pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Novo financiamento para novos rumos de uma AB: Avançamos ou retrocedemos?

Para compor a tríade das propostas entre 2016 e 2019, além da EC 95 e da PNAB 2017, uma nova proposta de financiamento para o nível primário foi aprovada recentemente e vem trazer uma série de consequências para sua organização. Instituído em 2019 pela Portaria 2979, o Programa Previne Brasil, estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS com o objetivo de “ampliar o acesso da população aos serviços de saúde para garantir a universalidade do SUS” (BRASIL, 2019, p. 15) e afirma ainda que

[...] a proposta também visa melhorar a qualidade da APS na medida em que tem como um de seus pilares a valorização do trabalho das equipes e serviços para o alcance de resultados em saúde (componente do pagamento por desempenho) (BRASIL, 2019, p. 17)

Por outro lado, reconhece-se que a busca pelo fortalecimento dos atributos deve guiar a Política Nacional da APS e as decisões políticas a respeito, inclusive com mudanças no

financiamento federal. Ademais, é necessário que, além da garantia de financiamento compatível com as atribuições e potencial da APS, os mecanismos de alocação de recursos federais para a APS e respectivos repasses aos entes municipais sejam cuidadosamente estruturados a fim de que se constituam também como meio indutor do alcance de melhores resultados em saúde (BRASIL, 2019).

Ao reconhecermos as percepções sobre os possíveis impactos do novo formato de financiamento e especificamente a situação das equipes Nasf-AB neste cenário, foi possível visualizar que o entendimento geral é de que os Nasf-AB podem ser mantidos a critério dos gestores municipais, porém o recurso específico de acordo com a sua modalidade e destinado em PAB variável será interrompido:

Foi uma posição do MS, é um recurso que não vem mais e que acabou, não é decisão do município. Até porque nunca se cogitou acabar com NASF mesmo com as dificuldades que nós temos (Gestor 1).

Logo, as interpretações são variadas, mas na realidade nenhum município se mostrou em condições de custear o Nasf-AB, partindo, portanto, para sua extinção a partir de 2020. Revela-se a expectativa em substituí-los por meio de processos seletivos para equipes multiprofissionais inseridos nas ESF, porém com outra “roupagem”, mesmo diante das incertezas dessa nova aposta:

Eu não sei como que vai ser o ano que vem, que não vai mais existir coordenação de NASF, não vai mais existir NASF, não sei nem para onde é que eu vou, o que eu vou fazer (Gestor 2).

Diante deste cenário, alguns autores têm defendido a instituição de um modelo misto de financiamento que considere um método de capitação ponderada por critérios de equidade, de pagamento por desempenho das eqSF e de incentivos a ações estratégicas e prioritárias, tomando como exemplo os melhores sistemas baseados em APS do mundo. O artigo intitulado “Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil” se propõe a fazer uma defesa argumentativa pelo Previne Brasil, reconhecendo alguns avanços da APS, mas trazendo críticas relacionadas à sua cobertura e colocando na balança os ganhos e os gastos públicos, demonstrando um posicionamento de insatisfação “Além do desafio em aumentar a efetividade da APS no SUS, sua eficiência também preocupa” (HARZHEIM *et al.*, 2020; HONE *et al.*, 2017; MAGNAGO; PIERANTONI, 2015).

Por outro lado, autores como, Massuda (2020) levantam interrogações sobre o novo financiamento, provocando reflexões acerca de sua intencionalidade e orienta para a necessidade de identificação e monitoramento dos impactos que este irá trazer para o SUS. O

autor sinaliza que a capitação adotada como critério para financiamento cria um condicionante para o repasse de recursos à APS, produzindo consequências para o sistema de saúde. Dessa forma, o financiamento deixa de ser universal, restringindo-se à população cadastrada pelos municípios.

Neste processo, embora o Ministério da Saúde (MS) apresente questionamentos sobre a resolutividade das equipes de NASF-AB, o que se verifica é a facilidade de revogar e apagar projetos que apresentam dificuldades, mas que tiveram avanços significativos e expressam alta relevância dentro do contexto da saúde:

Com o NASF ficou bem mais organizado, a gente conseguiu trazer alguns serviços, alguma melhoria no atendimento da unidade de saúde. Acho que o NASF já tava aqui na unidade há uns 2 anos já, então muita coisa já tinha sido construída e com a saída deles assim muita coisa vai ficar fragilizada porque não tem como a gente substituí-los (Enfermeira).

Criar espaços e mecanismos de monitoramento e avaliação, para que o NASF-AB possa ocupar uma posição de resolução junto às ESF, nem foi cogitado como estratégia para superação de suas dificuldades e traduz o sentimento negativo por parte dos profissionais que não encontram em seus gestores o amparo que subsidie sua permanência.

A posição que as gestões estão tomando em relação a gente é triste. Sempre a equipe de NASF foi alvo de muito desrespeito por parte das gestões pelo não reconhecimento do nosso trabalho. Então a gente sempre foi alvo dessa situação totalmente à margem (Psicóloga NASF).

As tensões entre os trabalhadores da AB sofrem influência da maneira como as SMS administram os processos de trabalho. A vontade política e a gestão do trabalho são essenciais na organização das práticas. Além de que aspectos como planejamento, monitoramento e avaliação, educação permanente, condições de trabalho, política de inserção, remuneração e valorização do trabalhador aumentam as possibilidades de consolidação da ESF, incluindo equipes de NASF, e reorientação dos modelos de atenção (MENDONÇA *et al.* 2015; SOUZA; MEDINA 2018; TESSER, 2017).

Os gestores, profissionais da ESF e NASF-AB lamentam sua retirada dos municípios com falas de perda de um apoio importante para as ações da ESF. Entretanto, as percepções paradoxais sobre seu objetivo, papel na AB, trabalho do Apoio Matricial e expectativas sobre sua resolutividade os impossibilita de fazer uma defesa mais robusta em relação à permanência dessa equipe:

Trazendo para nossa realidade, não vai mudar muita coisa, porque segundo eles estão comentando, vai existir uma portaria municipal e eles vão

determinar o que eles querem...Então eu acho que vai ficar tudo muito amarradinho e querendo ou não vão pegar muito da referência de NASF, só não vai ter o nome, porém a minha preocupação é com os indicadores, porque parece que o governo, ele quer quantidade, tá muito preocupado com quantidade, mas no sentido geral de todo território nacional. Mas aqui o processo de trabalho eu acho que vai ficar mais organizado, porque as pessoas vão estar literalmente dentro da estratégia, porque como eu te disse hoje nós somos muito a parte, tipo assim, lembra de NASF quando está precisando de algo, nunca vê o NASF como integrante da estratégia (Gestor 2).

A postura do MS de retirada do NASF-AB, enquanto estratégia a ser custeada, não provocou debates dos gestores no sentido de reivindicá-lo, assumiram uma posição de entender o recado silencioso e a forma de compensação é a substituição de uma equipe matriciadora por alguns profissionais aparentemente das mesmas especialidades a serem vinculados às ESF:

Não tem perspectiva de ampliação do NASF, porque a forma de financiamento da AB mudou, vai acabar a equipe NASF e agora o município vai ter que fazer um estudo, onde precisa e de quais profissionais. Por exemplo, em uma determinada unidade de saúde a necessidade maior de lá seja ter um psicólogo, uma outra unidade um fisioterapeuta e por aí vai. Porque agora não vai ser mais a equipe NASF com a nova forma de financiamento, como a gente já disse, acabou o NASF e o município tem a autonomia para dizer quais profissionais quer (Gestor 1).

É possível perceber que existe, inclusive, uma falha de compreensão em relação ao recurso, antes destinado ao NASF-AB. O que se sabe é que de fato este não se vincula mais a estas equipes, por isso mesmo não estão contempladas nas ações a serem custeadas. Todavia, há um equívoco ao reproduzir a ideia de que “o recurso não vem mais”, o recurso ainda existe e será repassado aos municípios, porém sem obrigatoriedade de destiná-lo ao NASF-AB. Cabe aos gestores empregá-lo conforme considerar necessário, seja mantendo sua equipe NASF-AB, substituindo por outra conformação de equipe (SOUZA; MEDINA, 2018).

No tocante à cobertura, Harzeim *et al.* (2020) apresentam a perspectiva de que as 90 milhões de pessoas que hoje são cadastradas em eqSF, possam ser ampliadas para uma meta estimada em 148.674.300 milhões de pessoas incluídas a partir da consolidação do Previne.

O estudo de Massuda (2020), por sua vez, contesta a informação disponibilizada pelo MS no lançamento do Programa Previne Brasil, entendendo que com a meta de 148.674.300 milhões a ideia do governo não seria financiar a APS para o total da população brasileira. Neste caso, parte da população ainda estaria excluída dos serviços primários do SUS, fato que foi alvo de crítica e serviu de argumento para modificação do modelo de financiamento per capita para o de capitação ponderada. Dados que mais uma vez demonstram a dificuldade de

uma parcela significativa da população que sofrem com acesso a bens e serviços e continuam apartadas dos cuidados primários de saúde (BRASIL, 2019, 2020).

Embora haja a possibilidade de aumento do número de pessoas cadastradas na APS, é preciso levar em conta a efetividade deste cadastro para que seja garantido o financiamento, e isso é passível de uma série de variações em todo o país (HONE *et al.*, 2017). Alguns municípios terão condições que dificultarão ou facilitarão o registro da população, ou seja, aqueles que apresentarem condições desfavoráveis podem ter seus recursos reduzidos, ainda que sejam de regiões com alta demanda e necessidade (MASSUDA 2020; MENDONÇA *et al.*, 2015).

Em relação à remuneração por avaliação de desempenho, apesar de estimular o aumento da produtividade pelas equipes para alcançar metas pré-estabelecidas, evidências apontam singelas melhorias em indicadores, que, por sua vez, não têm sido acompanhados em melhorias nas condições concretas de trabalho e dos resultados em saúde (OCKÉ-REIS, 2017; MOROSINI *et al.*, 2018). Podendo ainda acarretar uma diminuição da atenção das equipes para demandas que fujam das métricas de avaliação, além de desviar do escopo de trabalho da APS em ter como objeto as demandas de saúde de um determinado território (HARZHEIM, 2020).

Cabe salientar a possível falta de comprometimento da abrangência dos serviços da APS, tendo em vista que o novo financiamento poderá deixar de contemplar as equipes de NASF-AB, consideradas como fundamentais na ampliação do escopo de atividades e no aumento do potencial resolutivo da AB, além de apoiar a sua integração na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (SOUZA; MEDINA, 2018).

Inflexões políticas atuais para os cenários da AB

Para compreender melhor o contexto de risco em que se encontra a AB é preciso analisar elementos que configuram uma descaracterização do nível primário de atenção e como chegamos especificamente na situação de incertezas que se encontram as equipes de NASF-AB.

A PNAB de 2006 e sua primeira revisão de 2011 buscavam preservar a centralidade da ESF na consolidação de uma AB firme, que pudesse estender a cobertura, promover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, tida como porta de entrada no SUS, coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS (BRASIL, 2011).

Entretanto, autores como Morosini *et al.* (2017) ressaltam o contexto e conjuntura política em que ela foi originada, compreendendo a aprovação de tais medidas ditas “racionalizantes” sob a justificativa de enfrentar o desequilíbrio fiscal, atribuído ao descontrole das políticas públicas paternalistas, que teriam agravado a crise econômica. Sob este prisma, a orientação incidiu sobre a necessidade de modificação na destinação dos recursos do fundo público, limitando e reduzindo o papel do Estado ao passo que fomentou a participação do setor privado.

Dentre as medidas que legitimam este processo de ataques ao serviço público, destaca-se a EC nº 95/2016 – emenda do “Teto dos Gastos” que congelou por 20 anos a destinação de recursos públicos – provocando efeitos nas políticas públicas e conseqüentemente no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016). Medidas como estas impactam na relação frágil entre o SUS e a sociedade e tendenciam para o fortalecimento do setor privado, em um apelo de alternativa de qualidade para as necessidades de saúde (BROCARDI *et al.*, 2018).

Ainda em 2016, a revisão da PNAB 2011 já era ensaiada “Ali, já se apresentava uma perspectiva regressiva, especialmente preocupante, considerando-se a correlação de forças muito desfavorável aos que defendem a saúde como um direito universal” (MOROSINI *et al.*, 2017, p. 8). Em 2017, a versão mais recente da PNAB é publicada e seu texto traz explícito alternativas para os arranjos e implementação da AB, oferecendo flexibilidade e autonomia aos gestores municipais, com o argumento da necessidade de atender as especificidades *locorregionais*.

A partir de então, é preciso analisar alguns pontos relevantes e em como estes podem impactar o curso da AB que progredia no sentido de expansão, agregando outras composições que fortaleceram às eqSF. Primeiramente, a abertura para outras conformações da AB, não ficando restrita à Saúde da Família, seguida da recomendação de que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade, e não mais 100% da população da ESF. Além disso, há a desobrigatoriedade de um número mínimo de ACS, podendo haver eqSF com apenas um ACS; a extinção da previsão de oito horas semanais dedicadas à formação profissional e também a extinção da palavra Apoio do nome NASF com sua modificação para NASF-AB, entre outras medidas.

A análise feita no estudo de Morosini *et al.* (2017) visualizou pontos críticos na PNAB 2017 e entre inúmeros aspectos podemos destacar: a relativização/flexibilização dos parâmetros da cobertura, segmentação do cuidado por padrões diferenciados de ações e

cuidados para a AB, sob o argumento das condições ou especificidades locais, reposicionamento da ESF e a retomada da AB tradicional, integração das atribuições ou fusão dos ACS e dos ACE, com inclinação ao corte de custos e diminuição de postos de trabalho, além da fragilização da coordenação nacional no pacto federativo da saúde. Ressalta-se que a flexibilização do modelo de atenção e uso dos recursos (PAB variável) fragiliza a regulação e indução exercidas pelo Ministério da Saúde (MS), responsável pelos avanços no processo de descentralização do SUS. Ressalta-se ainda a ausência de estratégias de valorização distinta para a ESF em relação às equipes de AB, para as quais, não eram destinados recursos.

A última versão da PNAB atinge os avanços da ESF e os processos em curso, que preparam caminhos para a concretude de uma AB forte e imprescindível na lógica de RAS, em um sistema universal de atenção integral à saúde. Essa percepção crítica que alguns autores têm sobre a política também contemplou algumas frentes importantes na defesa do SUS. A revisão foi criticada por meio de uma nota conjunta entre Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), a qual possuía caráter de denúncia pela perda da prioridade que a ESF havia conquistado na história de organização do SUS, com a abertura dada a outras configurações da AB. A preocupação que paira são os retrocessos de uma AB que vinha trilhando a integralidade associada às ESF (MOROSINI *et al.*, 2017).

As PNAB tiveram importância no processo de implantação dos princípios e diretrizes do SUS, dando o tom no modelo de atenção à saúde e na gestão municipal do trabalho em saúde. Concomitante, as formas de financiamento possibilitam uma estruturação das organizações dos serviços e ações de saúde propostos nestas políticas (BRASIL, 2006).

Podemos destacar que o discurso dos entrevistados remete a um cenário de uma AB que, muito em breve, não contará mais com o apoio e suporte das NASF-AB. Porém, uma avaliação mais precisa e aprofundada só será possível quando os impactos do novo financiamento forem experienciados na prática e surgirem as primeiras fagulhas sinalizando perdas a partir da extinção de uma estratégia tão potente, que até o momento tem permanecido apenas nas entrelinhas do MS.

Faz-se necessária também uma análise em termos quantitativos da permanência e extinção das equipes NASF-AB na região de saúde cenário da pesquisa, a fim de ilustrar em números o debate em questão. No entanto, não foi possível trazê-la para este estudo, pois estes dados estão desatualizados, com a última atualização em dezembro de 2019. Logo não foi possível determinar de maneira fidedigna o quantitativo de NASF-AB em 2021.

O atual cenário da saúde brasileira trouxe para esta pesquisa olhares mais atentos sobre o processo do fazer saúde, principalmente na perspectiva do processo de trabalho dos NASF/NASF-AB, visto que não foi consolidado até hoje, como é percebido nas dificuldades no processo de matriciamento, e tais mudanças acarretarão em mais incertezas sobre o tipo de assistência ofertada por estas equipes.

Considerações finais

Reconhecemos que seria necessário um prazo mais longo para que fosse possível (re)avaliar o papel do NASF-AB e trazer os impactos diante de sua provável extinção na AB, mais precisamente para as equipes de Saúde da Família e suas populações. É preciso ressaltar também a existência de um cenário de Pandemia com a Covid-19 que atingiu todo o país e obrigou as eqSF, eqAB e equipes de NASF-AB ou outras conformações multiprofissionais a adaptarem seus processos de trabalho na lida com este evento inesperado. Como os processos de trabalho da AB irão se conformar a partir de um financiamento que aponta para um tensionamento negativo na integralidade do cuidado, em paralelo a uma condição que tem modificado as agendas de trabalho dos serviços de diferentes densidades tecnológicas, ainda são interrogações para as quais neste momento não há respostas.

Ainda que pisemos em terrenos incertos sobre a situação de permanência ou extinção das equipes NASF-AB, sobre como se estruturam os processos de trabalho em substituição ao AM para as eqSF, outras composições de AB, etc, é fundamental que estejamos atentos e críticos a todo processo de mudança, entendendo quais os reais interesses por trás de seus textos, principalmente, em tempos de governos extremistas, com pautas antidemocráticas e discursos conservadores. Do contrário, assim como as novas políticas que discursam pela atualização e melhoria, a inércia e falta de debate aduba o solo para a desconstrução do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. CEBES. ENSP/Fiocruz. Contra a reformulação da PNA: Nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. **ABRASCO**, 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e manuais técnicos. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. n. 27. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/sobre>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL Ministério da Saúde (MS). Programa Previne Brasil quer incluir 50 milhões de brasileiros no SUS. **Agência Brasil**, 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-11/programa-previne-brasil-quer-incluir-50-milhoes-de-brasileiros-no-sus>. Acesso em: 03 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Novo modelo de financiamento para APS**. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em: 25 abr. 2020.

BROCARD, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): Panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 130-144, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JTpn9rLv7QyLYwTsc8pDQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

HARZHEIM E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401361&lng=en. Acesso em: 01 jul. 2020.

HONE T, *et al.* Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and Strong health governance. **Health Affairs**, v. 36, n. 1, p. 149- 158, 2017. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2016.0966>. Acesso em: 14 abr. 2020.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: A experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 9-17, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TWX6Kmgys8H3vmm3QktG7Kv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: Avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401181&lng=en. Acesso em: 01 jul. 2020.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355 - 2365, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/89F5tnhmgNXGDLzTKtw6Wd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en. Acesso em: 15 jun. 2020.

OCKÉ-REIS, C. O. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 365-371, abr./jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200365&lng=pt&nr m=iso. Acesso em: 01 fev. 2020.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. NASF: Fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 2, p. 145-158, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/v8KFq8vxqxVtYVQLxWQzBMK/?lang=pt>. Acesso em: 03 jul. 2020.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: Para superar um vazio. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 41-951, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cJkgnzmkvGCFPVXQwxPdggf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2021.

Como referenciar este artigo

VALE, T. R. F.; FARIA, M. L. V. C.; SEVERO, K. S.; PINTO, T. R. Equipes de NASF-AB em um cenário de riscos para a atenção básica. **Temas em Educ. e Saúde**, Araraquara, v.18, n.00, e022004, jan./dez. 2022. e-ISSN 2526-3471. DOI: <https://doi.org/10.26673/tes.v18i00.15554>

Submetido em: 25/09/2021

Revisões Requeridas em: 10/11/2021

Aprovado em: 09/01/2022

Publicado em: 30/06/2022