

A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira

The genesis of the Family Health Support Center (NASF) in the primary healthcare agenda in Brazil

La génesis del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) en la agenda brasileña de atención primaria en salud

Erika Rodrigues de Almeida ¹
Maria Guadalupe Medina ¹

doi: 10.1590/0102-311X00310820

Resumo

Este estudo tem como objeto a sociogênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil, investigada por meio de análise documental e 16 entrevistas em profundidade com informantes-chave. A partir da triangulação de dados e fontes e à luz do referencial teórico de Pierre Bourdieu, realizou-se uma análise sócio-histórica, de modo a construir uma linha cronológica dos acontecimentos relacionados à formulação do NASF, incluindo conflitos, interesses, alianças e acordos realizados para que a proposta fosse viabilizada. Evidenciaram-se quatro momentos na trajetória de construção do NASF: entre 2000 e 2002, ocorreram as primeiras articulações para a construção de uma proposta de ampliação das equipes de atenção primária à saúde (APS); de 2003 a 2005, formulou-se uma proposta de ampliação da equipe mínima com desenho centrado em ações de caráter curativo e individual (NAISF); de 2005 a 2006, houve revogação da portaria ministerial que instituiu a primeira proposta e observou-se um “vácuo” no debate sobre a ampliação das equipes de APS; e de 2007 a 2008, instituiu-se o NASF, cuja proposta centrava-se em ações de apoio matricial às equipes de saúde da família. A gênese do NASF resultou de uma conjunção favorável do contexto político-institucional, de importante articulação de agentes do campo burocrático e de pressões de entidades profissionais e gestores municipais de saúde junto ao Ministério da Saúde. As duas propostas formuladas (NAISF e NASF) apresentavam desenhos distintos, embora ambas visassem ampliar o escopo de práticas e a resolubilidade da APS. A análise da gênese permitiu compreender possíveis repercussões do processo de formulação nas ambiguidades presentes ainda hoje nas práticas do NASF.

Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Equipe Multiprofissional; História; Política de Saúde

Correspondência

E. R. Almeida
Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
Rua Basílio da Gama s/n, Salvador, BA 40110-040 - Brasil.
erika.ralmeida@hotmail.com

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.



Introdução

Os sistemas de atenção à saúde em todo o mundo têm enfrentado dificuldades para acompanhar as mudanças e os desafios postos pela evolução do processo saúde-doença das populações, contexto em que uma atenção primária à saúde (APS) resolutiveira tem se mostrado cada vez mais imprescindível para o enfrentamento dos problemas de saúde ¹.

No Brasil, na década de 1990 e nos anos 2000, diversas iniciativas governamentais para a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para organização e expansão da APS foram implementadas, como o aumento da cobertura dos serviços de APS e a operacionalização de programas e ações voltadas à qualificação do cuidado ofertado à população ². Nesse âmbito, destaca-se a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são equipes multiprofissionais cuja atuação objetiva ampliar a abrangência e o escopo das ações de APS, com vistas ao aumento da resiliência nesse nível de atenção ^{3,4}.

Outros países também têm utilizado o apoio de especialistas para aperfeiçoar a APS, como Portugal ⁵, Noruega, Canadá, França, Reino Unido, Países Baixos ^{6,7}, Cuba e alguns países da América Latina ^{8,9,10}, que, por meio da ampliação das equipes de APS e de práticas colaborativas entre os profissionais, observaram melhorias no cuidado ofertado à população, como redução de tempo e de custos de tratamento. Entretanto, tais experiências ainda se deparam com expressivos desafios: alta rotatividade dos profissionais e persistência do paradigma biomédico tradicional no sistema educativo, em detrimento de modelos multidisciplinares e intersectoriais ^{5,6,7,8,9,10}.

No Brasil, os estudos acerca do NASF versam sobre a inserção de determinados núcleos profissionais no âmbito da APS e sobre as práticas de saúde desenvolvidas. Alguns têm observado o predomínio de ações clínicas individuais e assistencialistas, além de práticas com fortes características dos modelos médico-assistencial e sanitário ^{11,12,13,14,15,16,17,18}. Outros têm identificado processos de trabalho baseados no apoio matricial e com práticas de cuidado menos individualizadas ^{12,13,14,15,17,18}.

Alguns estudos ainda têm constatado pouca clareza acerca das atribuições dos profissionais do NASF, além de dificuldades relacionadas à formação em saúde, que se mantém fragmentada e centrada no núcleo específico de cada profissão ^{11,12,15,17}.

Um artigo que analisou a trajetória histórica de implantação do NASF apontou que ela foi marcada, de um lado, por seu caráter inovador, por relevantes mudanças e investimentos e por sua implantação em todo o país. Os autores relatam, entretanto, que o funcionamento do NASF no cotidiano dos serviços tem ocorrido de modo heterogêneo e, por vezes, tenso, a depender da realidade local em que o NASF se insere ¹⁵.

As ambiguidades relacionadas a concepções e práticas das equipes do NASF estão presentes em grande parte dos estudos sobre esse tema e, embora já tenham sido destacadas por diversos autores, a relação delas com o processo de construção do NASF ainda não foi suficientemente explorada. Nesse sentido, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar a sociogênese do NASF. Partimos do pressuposto de que a análise da gênese é um recurso teórico-metodológico importante e potente, que permite compreender as condições históricas que possibilitam sua emergência e a consequente superação da “amnésia da gênese” ^{19,20}. Desse modo, contribui para a compreensão da conformação atual do NASF, suas características e contradições, que se expressam no exercício das práticas no âmbito das equipes de APS dos municípios brasileiros.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo da sociogênese do NASF, baseado na teoria do social de Pierre Bourdieu ^{19,20,21,22,23}, realizado por meio da identificação dos agentes envolvidos em seu processo de formulação, da análise de suas trajetórias e da relação delas com as posições e tomadas de posição durante o processo que culminou em sua gênese, situando-os em relação às posições ocupadas no espaço social e no campo específico do qual faziam parte ²⁰.

Pinell ²⁰, fundamentado na sociologia de Pierre Bourdieu, propõe que a compreensão da formulação das políticas se dê a partir da análise das lutas desenvolvidas entre os agentes no interior de diferentes polos de determinado espaço social, por meio da elucidação das principais questões em

jogo nesse espaço, que culminaram no processo de produção social dos problemas de saúde e, conseqüentemente, das políticas a eles direcionados. O estudo histórico da gênese dos campos e espaços sociais é capaz de revelar conflitos e disputas que existiam na origem de determinado campo e que podem ter sido esquecidos^{19,20}. Entretanto, posto que abrangem projetos que eventualmente foram derrotados, trazem de forma latente contradições com o projeto vitorioso.

Utilizamos como categorias analíticas *habitus* e os seguintes tipos de capital: político, social, científico, simbólico, burocrático e militante^{19,23,24}. O *habitus* corresponde às disposições dos agentes e seus esquemas de percepção, produzidos pela história coletiva, modificados pela história individual de cada um e incorporados de forma inconsciente ao longo de sua trajetória de vida^{19,21}. Já o capital pode ser entendido como uma energia social acumulada, um elemento que permite ao seu portador jogar, disputar e lutar em um dado espaço social. É a partir do acúmulo de diferentes capitais que os agentes se posicionam em determinado espaço social e, assim, influenciam na formulação de determinada política¹⁹. Os diferentes tipos de capitais são resumidamente descritos no Quadro 1.

As fontes de informação deste estudo foram documentos (públicos e de circulação restrita) que apresentavam elementos elucidativos do processo de formulação e entrevistas em profundidade, realizadas entre 2014 e 2015, com os 16 principais agentes envolvidos na gênese do NASF, recrutados mediante amostragem por cadeias de referência, utilizando-se a técnica *snowball*²⁵.

Os primeiros agentes entrevistados foram selecionados a partir de análise dos documentos normativos e técnicos sobre o NASF publicados no portal do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, especialmente o *Caderno de Atenção Básica*. A partir da realização das primeiras entrevistas, outros agentes foram recrutados como possíveis integrantes do estudo.

Todas as entrevistas, baseadas em roteiros semiestruturados elaborados para a pesquisa, foram gravadas e transcritas na íntegra, e o tamanho da amostra foi demarcado pela saturação de informações. Os instrumentos continham seções que versavam sobre a gênese do NASF, a percepção acerca

Quadro 1

Classificação e descrição dos tipos de capital utilizados na análise sócio-histórica dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

TIPO	DESCRIÇÃO-SÍNTESE
Político	Capacidade de mobilização de um agente. É uma espécie de capital social e simbólico, obtido a título pessoal, resultado de um capital pessoal de notoriedade e popularidade (ser conhecido e reconhecido), ou por delegação de uma organização detentora desse tipo de capital, como partidos ou sindicatos.
Social	É um capital de relações que podem fornecer "apoios" úteis. É um conjunto de recursos atuais ou potenciais que são ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de pertencimento a um grupo. O capital social tende a ter uma espécie de multiplicador de seus poderes por um efeito de agregação simbólica.
Cultural	Abrange as habilidades, as informações e o conhecimento de um agente. Corresponde ao conjunto de qualificações intelectuais produzidas e transmitidas pela família e pelas instituições escolares.
Científico	É uma subdivisão do capital cultural decorrente das competências práticas de fazer ciência, que permite saber ter e ser uma autoridade científica legítima.
Econômico	Corresponde ao reconhecimento relacionado à riqueza (recursos financeiros), que faz com que a força econômica exerça também um efeito simbólico para além da riqueza, dada pelo reconhecimento.
Simbólico	Corresponde ao conjunto de rituais de reconhecimento social, compreende o prestígio, a honra, e pode ser entendido como uma síntese dos capitais cultural, econômico e social.
Burocrático	É aquele delegado pelo Estado, que permite ao agente representá-lo, falar em seu nome e deter poder sobre os outros tipos de capital.
Militante	É um capital de reconhecimento e corresponde a um conjunto de saberes e práticas mobilizadas durante as ações coletivas, as lutas inter ou intrapartidárias. É incorporado sob a forma de técnicas, de disposições de agir, intervir ou simplesmente obedecer. Este capital pode ser convertido em outros universos, na medida em que pode facilitar certas reconversões capazes de manter ou transformar a posição de um indivíduo ou de um grupo na estrutura social.

Fonte: elaborado com base em Bourdieu^{19,21,23} e Matonti & Poupeau²⁴.

do NASF (relevância, relação com os modelos de atenção da APS e do Sistema Único de Saúde – SUS, resultados/efeitos esperados), o envolvimento das entidades profissionais na gênese do NASF e a trajetória de vida dos agentes.

Foi realizada leitura sistemática do material empírico coletado, o qual foi organizado e classificado para constituir um quadro com o levantamento das evidências por eixos e categorias de análise. O Quadro 2 apresenta o esquema analítico utilizado no estudo.

A classificação dos agentes de acordo com a inserção nos campos e espaços sociais foi realizada com base na composição das diferentes espécies de capital e foi elaborada a partir dos estudos desenvolvidos por Vieira-da-Silva & Pinell²⁶, Souza²⁷ e Barros²⁸. Os critérios para classificação dos agentes de acordo com a composição das diferentes espécies de capital estão explicitados no Quadro 3.

A fim de proteger a identidade dos agentes participantes do estudo, os entrevistados foram codificados e serão assim referidos na apresentação dos resultados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (protocolo nº 962.083).

Quadro 2

Esquema analítico utilizado no estudo sobre a gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

EIXO DE ANÁLISE	PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS	CATEGORIAS DE ANÁLISE
Cronologia dos fatos	Extração de trechos das falas dos agentes contendo informações relacionadas aos acontecimentos históricos (reuniões, fóruns e seminários) vinculados ao processo de formulação do NASF, destacando as datas em que ocorreram; Identificação, nos documentos analisados, de informações que apoiam a elucidação dos acontecimentos históricos vinculados ao processo de formulação do NASF; Triangulação de fontes e dados para compor a linha cronológica dos fatos que culminaram na formulação do NASF.	Acontecimentos históricos relacionados à formulação do NASF; Fatos que motivaram a formulação; Conflitos, interesses, alianças e acordos realizados para que a proposta fosse viabilizada.
Agentes envolvidos	Identificação, a partir das falas dos agentes e dos documentos analisados, dos envolvidos no processo de formulação do NASF, nos diferentes momentos históricos, a fim de compor o espaço social em que o NASF foi construído; Análise das trajetórias pessoais e profissionais dos agentes entrevistados, a partir das entrevistas e de seus currículos (Lattes).	Formação e trajetória profissional dos agentes; Disposições políticas (filiação ou voto em partido político, participação em movimentos profissionais e sociais, militância e participação em partidos, participação em movimentos relacionados às residências em saúde); Posições ocupadas pelos agentes em cada espaço social, no intuito de elucidar as diversas tomadas de posição de cada agente no processo de formulação do NASF.
Relação da trajetória dos agentes com as propostas do NASF	Análise do desenho do NASF, a partir do <i>habitus</i> e dos diferentes tipos de capitais de cada agente, com o objetivo de compreender a influência das trajetórias dos agentes nas propostas formuladas, especialmente quanto a possíveis disputas de projeto e à interferência das posições ocupadas por cada agente na definição do conteúdo que prevaleceu; Construção de sociograma, no intuito de identificar a formação de grupos por afinidade de concepções/projetos; Análise de possíveis mudanças nas propostas do NASF e de suas eventuais causas, como a composição do espaço social em que o NASF foi construído.	Análise da rede de relações entre os agentes envolvidos na gênese do NASF, em que averiguou-se a existência de vínculos ou laços de influência entre os agentes, objetivos comuns, relações de afinidade, bem como a existência de grupos e/ou subgrupos no espaço da gênese do NASF; <i>Habitus</i> e volume de cada tipo de capital para cada agente.

Quadro 3

Critérios de análise da composição dos diferentes tipos de capital dos agentes no período da gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 2000 a 2008.

TIPOS DE CAPITAL	VOLUME DO CAPITAL			
	Muito alto (AA)	Alto (A)	Médio (M)	Baixo (B)
Simbólico	Reconhecimento nacional; prêmios internacionais.	Reconhecimento local; prêmios nacionais.	Prêmios locais.	-
Científico	Doutorado; produção científica na área de Saúde Coletiva – mais de 10 artigos em periódicos A ou B nos últimos 5 anos.	Mestrado; produção científica na área de Saúde Coletiva – de 5 a 10 artigos em periódicos A ou B nos últimos 5 anos.	Especialização; produção científica na área de Saúde Coletiva – menos de 5 artigos em periódicos A, B ou C nos últimos 5 anos.	Graduação; produção científica na área de Saúde Coletiva – em periódicos não indexados nos últimos 3 anos.
Burocrático Ocupação de cargos técnicos e administrativos	Cargos em organismos internacionais (OMS, OPAS, BIRD, Kaiser Family Foundation etc.); cargos de direção ou coordenação no Ministério da Saúde; direção de processos relacionados à gênese do NASF.	Cargos em organismos nacionais (SBMFC, CNRM, CNRMS etc.); cargos de direção ou coordenação em Secretarias Estaduais de Saúde; coordenação de processos relacionados à gênese do NASF.	Cargos de direção/ coordenação em Secretarias Municipais de Saúde; participação técnica em processos relacionados à gênese do NASF.	Assessoria/Consultoria técnica em órgão da saúde.
Político Participação em cargos de indicação política ou em partidos políticos	Ministro da Saúde; presidente de Agência; dirigente nacional de partido.	Secretário Estadual de Saúde; dirigente estadual de partido.	Secretário Municipal de Saúde; dirigente municipal de partido.	Cargos técnicos nomeados politicamente; filiado a partido político.
Militante Lideranças profissionais e populares	Dirigente nacional de comissão, conselho ou associação nacional.	Dirigente estadual ou participante em comissão, conselho ou associação nacional.	Dirigente municipal ou participante em comissão, conselho ou associação regional ou estadual.	Participante em comissão, conselho ou associação municipal ou local.
Social Pertencimento a grupos ao interior do espaço; relação entre agentes	Pertencimento ao grupo com maior influência sobre a definição da política.	Pertencimento ao grupo com influência moderada sobre a definição da política.	-	-

BIRD: Banco Interamericano de Desenvolvimento; CNRM: Comissão Nacional de Residência Médica; CNRMS: Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde; OMS: Organização Mundial da Saúde; OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde; SBMFC: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Fonte: adaptado das classificações usadas por Vieira-da-Silva & Pinell²⁶, Souza²⁷ e Barros²⁸.

Resultados e discussão

Os dados produzidos no presente estudo permitiram reconstituir a linha do tempo da emergência/gênese do NASF no Brasil (Quadro 4), procedimento em que foram percebidos quatro momentos, aqui apresentados em recortes cronológicos que consideram elementos do contexto político-organizacional do SUS e do cenário político do Brasil. À luz do referencial teórico adotado no estudo, também se identificou o volume dos diferentes tipos de capital, as posições ocupadas no subespaço da APS e o(s) momento(s) em que os agentes estiveram envolvidos na gênese do NASF (Quadro 5). Tais informações foram fundamentais para elucidar as forças que atuaram na gênese do NASF e a influência dos diversos tipos de capital em cada tomada de posição quanto ao desenho das propostas construídas.

Quadro 4

Composição do campo burocrático e principais fatos e acontecimentos da linha do tempo da gênese e da emergência dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

MOMENTOS DE GÊNESE E EMERGÊNCIA DO NASF	ANO	COMPOSIÇÃO DO CAMPO BUROCRÁTICO						PRINCIPAIS FATOS/ ACONTECIMENTOS
		Presidente da República	Ministro da Saúde	SE	SAS	DAB	CGGAB	
Momento I	2000	Fernando Henrique Cardoso	José Serra	Barjas Negri	Renilson Rehem	Heloísa Machado de Souza	Afra Suassuna	Reuniões do CNS – ampliação da equipe mínima
	2001	Fernando Henrique Cardoso	José Serra	Barjas Negri	Renilson Rehem	Heloísa Machado de Souza	Afra Suassuna	11ª Conferência Nacional de Saúde (política de RH para o SUS); Plano Nacional de Educação (<i>Lei nº 10.172</i>); 1ª Censo de Saúde da Família; Saúde bucal na ESF
	2002	Fernando Henrique Cardoso	Barjas Negri	Barjas Negri	Renilson Rehem	Heloísa Machado de Souza	Afra Suassuna	PROESF; PLS Ato Médico
Momento II	2003	Luís Inácio Lula da Silva	Humberto Costa	Gastão Wagner	Jorge Solla	Afra Suassuna	Reneide Muniz	Início do Governo Lula; GT-MS de ampliação da equipe mínima
	2004	Luís Inácio Lula da Silva	Humberto Costa	Gastão Wagner; Antônio Alves de Souza; José Agenor Álvares	Jorge Solla	Afra Suassuna	Socorro Matos	Minuta de portaria NSI
Momento III	2005	Luís Inácio Lula da Silva	Humberto Costa; Saraiva Felipe	José Agenor Álvares; Arinaldo Rosendo	Jorge Solla; José Gomes Temporão	Luis Fernando Rolim Sampaio	Socorro Matos	Publicação da <i>Portaria nº 1.065</i> (NAISF) – 04/Jul/2005; Revogação da <i>Portaria nº 1.065</i> – 05/Jul/2005
	2006	Luís Inácio Lula da Silva	Saraiva Felipe; José Agenor Álvares	Arinaldo Rosendo; Márcia Mazzoli	José Gomes Temporão	Luis Fernando Rolim Sampaio	Claunara Schilling	PNAB; PNPS; PNPIC
Momento IV	2007	Luís Inácio Lula da Silva	José Gomes Temporão	Márcia Mazzoli; Francisco Campos	José Gomes Temporão; José Carvalho de Noronha	Luis Fernando Rolim Sampaio	Claunara Schilling	Reapresentação da proposta do NAISF; Reativação do GT-MS de ampliação da equipe mínima
	2008	Luís Inácio Lula da Silva	José Gomes Temporão	Francisco Campos	José Carvalho de Noronha	Claunara Schilling	Núlvio Lermen Jr.	Publicação da <i>Portaria nº 154</i> (NASF)

CGGAB: coordenador-geral de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde; CNS: Conselho Nacional de Saúde; DAB: diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; GT-MS: Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde; NAISF: Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família; NSI: Núcleo de Saúde Integral; PLS: Projeto de Lei no Senado Federal; PNAB: Política Nacional de Atenção Básica; PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde; PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família; RH: recursos humanos; SAS: secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; SE: secretário executivo do Ministério da Saúde; SUS: Sistema Único de Saúde.

Quadro 5

Volume dos diferentes tipos de capital, posições ocupadas no subespaço da atenção primária à saúde (APS) e momento(s) que os agentes estiveram envolvidos na gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

AGENTE	FORMAÇÃO (GRADUAÇÃO)	POSIÇÃO(ÕES) OCUPADA(S) NO SUBESPAÇO DA APS	ÓRGÃO/ INSTITUIÇÃO	TIPOS/VOLUMES DE CAPITAL						MOMENTO DA GÊNESE DO NASF EM QUE O(A) AGENTE ESTEVE ENVOLVIDO			
				CC	CSi	CB	CP	CM	CSo	1	2	3	4
E1	Medicina	Secretaria Executiva	GM/MS	AA	AA	AA	AA	AA	AA		x		
E2	Enfermagem	Assessoria	CONASS	B	M	M	A	A	AA	x	x	x	x
E3	Medicina	Direção	DAB/MS	M	A	A	B	M	AA	x	x		
E4	Medicina	Coordenação	DAB/MS	M	M	M	M	A	M				x
E5	Medicina	Coordenação	DAB/MS	M	M	A	B	B	AA		x	x	
E6	Medicina	Direção	DAB/MS	A	M	A	B	M	M			x	x
E7	Medicina	Assessoria/Consultoria técnica	DAB/MS	B	B	M	B	B	B	x	x	x	x
E8	Psicologia	Consultoria técnica	DAB/MS	M	M	M	B	B	M				x
E9	Medicina	Direção	DAB/MS	A	A	AA	M	B	AA	x	x	x	x
E10	Educação Física	Coordenação	FCFAS/ CONFEF	B	M	B	A	AA	AA	x	x	x	x
E11	Enfermagem	Consultoria técnica	DAB/MS	B	B	B	B	B	M	x	x	x	x
E12	Enfermagem	Assessoria	GM/MS	M	A	AA	A	A	AA		x		
E13	Nutrição	Presidente	FENTAS/CFN	B	M	M	M	AA	AA	x	x	x	x
E14	Medicina	Consultoria técnica	DAB/MS	M	M	M	B	M	B		x	x	x
E15	Enfermagem	Direção	DAB/MS	M	M	A	M	B	AA	x			
E16	Medicina	Consultoria técnica	DAB/MS	B	B	B	B	B	B		x	x	x

AA: muito alto; A: alto; B: baixo; CB: capital burocrático; CC: capital científico; CFN: Conselho Federal de Nutricionistas; CM: capital militante; CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; CONFEF: Conselho Federal de Educação Física; CP: capital político; CSi: capital simbólico; CSo: capital social; DAB/MS: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; FCFAS: Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde; FENTAS: Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde; GM/MS: Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde; M: médio.

2000 a 2002: primeiros movimentos para ampliação da equipe da ESF

A APS brasileira tem como marco fundamental a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS; 1991) e do Programa Saúde da Família (PSF; 1994). Ambos foram essenciais para a estruturação dos cuidados primários no SUS e para o fortalecimento da política de saúde brasileira ²⁹. Entretanto, no início dos anos 2000, ainda se percebia dificuldades para a melhoria dos indicadores de saúde da população, cujo perfil epidemiológico era caracterizado por tripla carga de doenças ³⁰.

Segundo alguns entrevistados (E2, E3, E7, E9, E10, E11, E13, E15), nesse período esboçaram-se vários movimentos em prol da ampliação qualitativa da equipe mínima da ESF. Gestores municipais da saúde, entidades representativas dos profissionais da área e diversos movimentos sociais se mobilizaram e apresentaram ao Ministério da Saúde a demanda de inserção de outras profissões no âmbito da APS.

Em paralelo, o relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, recomendou a garantia de atuação de outros profissionais nos serviços de saúde, de modo a proporcionar uma atenção multiprofissional de acordo com a realidade de cada município ³¹.

No âmbito do Ministério da Saúde, os agentes que lideravam a pauta da APS (E3, E15) possuíam expressivo volume de capitais social, burocrático e simbólico, além de relevantes trajetórias no campo

da gestão e da assistência no SUS e na APS, inclusive com participação em experiências consideradas precursoras do PACS e do PSF.

Esses agentes foram fundamentais para a construção da agenda da APS nesse período, quando ocorreu o primeiro censo nacional para monitoramento da implantação da ESF e avaliação de seu funcionamento, por meio do qual se ratificou a necessidade de ampliação das equipes e do escopo de práticas da APS (E11, E15). Baseado nesse censo, em 2002 o Ministério da Saúde delineou estratégias para expandir o número de equipes de APS, preferencialmente nos moldes da ESF, como o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF).

No que tange à ampliação dos núcleos de saberes e práticas, nesse período ocorreu a incorporação de profissionais da saúde bucal na ESF, resultado de importante articulação de odontólogos sanitaristas. Alguns desses agentes eram integrantes da equipe do Ministério da Saúde e apresentaram experiências exitosas de alguns municípios quanto à inserção do dentista na APS, além de terem considerado o debate concomitante de temas correlatos, como a fluoretação das águas, para induzir a entrada deste tema na agenda de governo (E3, E9, E15).

Também data desse período o início do debate em torno do Ato Médico, quando foram apresentados dois projetos de lei ao Senado Federal. Por conseguinte, as entidades representativas das demais categorias de profissionais da saúde se mobilizaram a fim de impedir a tramitação desses projetos. Essa articulação foi fundamental para questionar a pressão exercida pela categoria médica pelo monopólio do cuidado em saúde na APS, bem como para fortalecer a discussão sobre a necessidade de equipes multiprofissionais ampliadas na APS (E3, E9, E10, E13).

Diversos autores têm criticado o Ato Médico, considerando-o um retrocesso frente aos avanços conquistados com a emergência da Saúde Coletiva, representados especialmente pelas práticas multi/transdisciplinares e pela redefinição do conceito de saúde a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde^{32,33}. Ainda assim, até o final de 2002, a ampliação qualitativa das equipes de APS se deu apenas pela inserção do dentista.

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

A eleição de um novo Presidente da República, em 2003, levou a importantes alterações no cenário político nacional. Diversos entrevistados (E1, E5, E7, E9, E11, E14) referiram que essa mudança veio acompanhada de um importante movimento de transição no Ministério da Saúde, com a incorporação de muitos agentes do Movimento Sanitário na instituição.

Nesse novo cenário, merecem destaque alguns agentes que contribuíram para o aprimoramento da agenda de fortalecimento e consolidação da APS no âmbito da gestão federal e que influenciaram, de forma expressiva, a estruturação da primeira proposta do NASF: E1, E3, E5, E7, E9 e E14. Todos esses agentes, entrevistados no presente estudo, tinham graduação em Medicina e trajetória no campo da Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Dentre eles, os que detinham maior volume de capitais social e burocrático (E1, E3, E5, E9) ocuparam cargos comissionados no Ministério da Saúde à época, incluindo a secretaria executiva, cargo de alta direção do órgão, e exerceram forte influência na implementação de seus projetos para a APS, dentre os quais se destacou a instituição de um grupo de trabalho voltado à revisão do conjunto de portarias relacionadas ao tema, que teve como produto final a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nesse grupo, foram retomadas discussões em torno do papel da ESF, da necessidade de expansão de sua cobertura e da implantação de iniciativas de qualificação do cuidado.

Para esta última agenda, as evidências apontam aproximação entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Esporte, motivada pela reivindicação da inserção de profissionais da Educação Física na APS, com a justificativa de que essa categoria poderia ampliar a agenda da promoção da saúde no SUS. Alguns entrevistados (E5, E10, E13) destacaram essa aproximação como um marco para a formulação de uma primeira minuta de portaria que versava sobre equipes multiprofissionais a serem incorporadas na APS, denominadas de Núcleo de Saúde Integral (NSI).

Ressalta-se, ainda, que essa agenda foi oportunizada, sobretudo, pelo fato do então presidente do Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS) ter formação na área de Educação Física e também acumular assento no Conselho Federal de Educação Física. Por seu expressivo volume de

capitais militante, político e social, tinha alta capacidade de mobilização e articulação, e recebeu forte apoio para o deferimento das reivindicações apresentadas.

Segundo alguns agentes (E5, E9, E11, E14), a publicação do documento *Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde* ³⁴ também influenciou essa agenda, visto que apontava a necessidade de ampliar a oferta de ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, de forma que os agentes reconheçam o NSI como uma via para tal ampliação.

A construção do NSI prosseguiu nesse sentido, por meio da formulação de diversas propostas, posteriormente consolidadas e renomeadas de Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), tida como a proposta precursora do NASF.

Tais núcleos centrariam suas ações em três áreas específicas (saúde mental, reabilitação e atividade física e saúde) e duas áreas interseccionais (alimentação e nutrição e serviço social), com os objetivos de avançar na consecução da integralidade da atenção e da gestão em saúde e de aumentar a resolubilidade, por meio de ações de caráter assistencial e de promoção à saúde, sem nenhuma menção ao apoio matricial ³⁵.

É importante destacar que diversas experiências vivenciadas ou conhecidas por agentes envolvidos nessa agenda inspiraram a proposta do NAISF, como aquelas observadas em Campinas (E1), São Paulo (E5) e Santos (E5), no Estado de São Paulo; Florianópolis (E16), em Santa Catarina; Camaragibe (E3, E12), em Pernambuco; Contagem (E7, E9) e Brumadinho (E7, E9), em Minas Gerais; Aracaju (E2), em Sergipe; e Sobral (E2, E3), no Ceará; pois foram consideradas por eles experiências exitosas de ampliação das categorias profissionais e do escopo de práticas na APS, e serviram de modelo para auxiliar a construção da proposta nacional.

No intuito de conhecer as experiências de inserção de categorias profissionais na APS desenvolvidas no país, o Ministério da Saúde convidou municípios a apresentá-las em oficinas e seminários, que serviram de subsídio para compor o esboço da primeira proposta de NAISF.

Vale ressaltar que o NAISF foi pautado na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, que destacou a necessidade de criar e assegurar incentivos técnicos e financeiros, pelas três esferas do governo, para a implantação de equipes multiprofissionais de apoio às equipes da ESF ³⁶.

Os agentes que representavam as categorias profissionais continuaram disputando o espaço do NAISF, exigindo a inserção de suas respectivas especialidades na proposta. Ressalta-se que todas as profissões da área da saúde apresentaram pleito de inserção na APS, especialmente nos debates ocorridos no FCFAS e no Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS) (E10, E13). Alguns agentes destacaram que esse momento foi de grande desarmonia, tendo em vista os diversos interesses corporativos que se apresentavam fortemente no debate (E5, E7, E9).

Os entrevistados (E7, E11, E14) referiram, ainda, que houve significativa pressão das especialidades médicas relacionadas às práticas integrativas e complementares (PICS) para serem contempladas pela proposta do NAISF, por meio de ofícios, reuniões no Ministério da Saúde e articulações com parlamentares, especialmente pela simultaneidade das discussões, dado que à época se discutia a formulação da Política Nacional de PICS. Um dos agentes envolvidos no processo de formulação da proposta, com importante trajetória no campo das PICS, tentou inserir essa discussão na agenda do Ministério da Saúde, mas não obteve êxito. Ele reconheceu sua baixa capacidade de persuasão, o que podemos relacionar a seu baixo volume de capitais social e burocrático.

Ressalta-se que parte do segmento de médicos de família apresentou posição desfavorável à criação do NAISF, apesar de muitos agentes do campo burocrático envolvidos na formulação do NAISF terem essa especialidade. Segundo alguns entrevistados (E5, E7, E11, E14, E16), esse grupo defendia uma APS mais seletiva e com escopo de práticas restrito às ações médicas e ao cuidado em enfermagem, e entendiam que a agenda do NAISF poderia “atrapalhar” a agenda da institucionalização da MFC e da carreira médica, por concorrência orçamentária.

Para além das disputas relacionadas ao tipo de profissional que deveria compor a equipe do NAISF, que remetem aos agentes vinculados a determinadas categorias profissionais, os agentes do campo burocrático que transitavam no Ministério da Saúde formavam dois grupos que defendiam modelos distintos para o NAISF. Tais grupos defendiam diferentes projetos políticos relacionados a modelos de atenção à saúde, que se expressavam em propostas distintas de NAISF. Um deles reforçava a incorporação de especialistas que iriam atender diretamente os usuários nos serviços de APS;

o outro defendia a estruturação de equipe de retaguarda técnico-pedagógica e clínico-assistencial voltada para propiciar qualificação e apoio aos profissionais da APS.

Esses grupos eram reconhecidos pelos agentes entrevistados (E1, E3, E5, E7, E9, E11, E14) como o “grupo de Campinas”, apoiado pelo então secretário executivo do Ministério da Saúde e por uma das lideranças do DAB, que defendia uma perspectiva de apoio ou retaguarda às equipes de APS, numa lógica de matriciamento de saberes e práticas; e o “grupo de Pernambuco”, que tinha o aval político do então ministro da saúde e o reforço do “grupo da Bahia” – este liderado pelo então secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – e que advogava um modelo mais voltado à clínica assistencial direta aos usuários dos serviços. Este grupo argumentava que faltava uma base teórico-metodológica sólida da proposta de apoio matricial que justificasse sua incorporação no NAISF.

Ressalta-se que houve um momento de grande acirramento dessas disputas, que inclusive culminou com a exoneração do então secretário executivo do Ministério da Saúde. Em que pese o expressivo capital social desse agente, sua saída enfraqueceu o projeto por ele defendido e o projeto do grupo de Pernambuco saiu vitorioso.

O desenho final da proposta (minuta da portaria) foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite no início de 2005 e na 155ª reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em 4 de julho de 2005, a *Portaria nº 1.065*³⁵, que instituiu os NAISF, foi publicada, juntamente com diversas outras portarias relacionadas à APS.

Entretanto, no dia seguinte à publicação da Portaria, o ministro da Saúde Humberto Costa foi exonerado como uma das ações da reforma ministerial do Presidente Lula, ocorrida em virtude da crise política vivenciada no país naquele período, que exigiu negociações e reforço da base aliada no Congresso Nacional, em especial com o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) (E1, E14). Com isso, todas as portarias publicadas no dia anterior foram revogadas.

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

Com a reforma ministerial, uma extensa modificação no quadro do Ministério da Saúde foi realizada, que incluiu a instituição do médico mineiro José Saraiva Felipe como comandante da pasta. Nesse período, a equipe que permaneceu tinha como principal preocupação a manutenção de projetos considerados vitais para o SUS, como a construção da PNAB e de outras políticas estruturantes (E2, E5, E7, E9, E11, E14, E16). Em que pese o cenário desfavorável, a PNAB foi publicada em 2006, assim como a Política Nacional de Promoção da Saúde e a de PICS, possivelmente devido ao alto volume de capitais social e burocrático de dois agentes (E5, E9) que mantiveram cargos comissionados no DAB após transição do quadro dirigente do Ministério da Saúde. O apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) também contribuiu para a aprovação dessas políticas (E2).

Vale ressaltar que, apesar de agentes envolvidos nos grupos de trabalho para a elaboração das três políticas supracitadas também terem sido integrantes dos grupos de formulação da proposta do NAISF, nenhuma das três políticas fez menção aos Núcleos nem explicitou em seu texto a questão da multiprofissionalidade ou da multidisciplinaridade na APS.

No âmbito do CNS, a análise das atas das 156ª, 159ª e 161ª reuniões aponta que diversas tentativas de retomar a pauta do NAISF foram realizadas nesses dois anos. Em uma das reuniões, inclusive, houve polêmica em torno da questão da contratação dos profissionais, com falas de conselheiros defendendo vínculos não precários e criticando as alterações na redação da proposta do NAISF, em especial aquelas relacionadas às categorias profissionais obrigatórias para efeito de financiamento.

Merece nota, ainda, um debate realizado na 166ª reunião do CNS, quando da apresentação da PNAB nesse fórum, realizada pelo então diretor-adjunto do DAB, na qual não foi feita qualquer alusão ao NAISF. Após a apresentação, diversos conselheiros criticaram o texto da Portaria, por defenderem que a estratégia maior de mudança de modelo era a perspectiva da atenção à saúde de forma interdisciplinar. Em contraponto, o Ministério da Saúde argumentava que, para 2006, tinha sido priorizada como pauta da APS a ampliação da oferta de vagas em programas de residência médica, pois, na opinião dos gestores municipais, a falta de médicos era o principal obstáculo para a implantação das equipes e mudança do modelo assistencial, conforme conteúdo extraído da ata da referida reunião.

Assim, nesse período o debate em torno do NAISF foi secundarizado e latente, não tendo sido observados avanços em sua formulação.

2007 a 2008: a reemergência do debate e a gênese do NASF

Apenas em 2007, quando o Ministério da Saúde já estava sob o comando do médico José Gomes Temporão, foi reativado o debate em torno do NAISF. Segundo um dos entrevistados (E11), o debate ressurgiu em evento promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em que o então ministro foi provocado pelos participantes sobre o andamento do NAISF. Em agosto de 2007, a proposta foi reapresentada na 176ª reunião do CNS pelo então diretor do DAB.

Para dar continuidade ao processo de construção, constituiu-se grupo ampliado, envolvendo representantes das entidades Ministério da Saúde, CONASEMS, CONASS e CNS. Nesse debate, alguns elementos da proposta inicial foram perdidos, outros permaneceram e novos foram incorporados. A ideia central da primeira proposta – atenção integral – foi substituída pela perspectiva de apoio/suporte às equipes, e renomeada de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), especialmente no intuito de firmar que ela seria fortemente baseada na lógica do apoio matricial. Essa escolha teórico-metodológica, defendida pelo “grupo de Campinas” entre 2003 e 2005, deveu-se, sobretudo, ao fato de ser esse o referencial teórico da maioria dos agentes que integravam o espaço de construção do NASF à época, alguns dos quais, inclusive, tinham sido alunos de seu principal formulador (E4, E6, E8, E16).

Bourdieu^{19,21} defende significativa propensão do capital cultural a funcionar como capital simbólico, conferindo ao agente detentor natural deste capital alguma autoridade legítima. Assim, dirigentes que detêm alguma autoridade relacionada à ciência ou à cultura são geralmente reconhecidos como dignos do exercício do poder em nome de competências legitimadas como naturais, como virtude ou como mérito.

A equipe que liderou este processo buscou dar continuidade ao debate que vinha sendo conduzido até então, incluindo a portaria publicada em 2005, e incorporar os elementos relacionados ao apoio matricial (E4, E6, E8, E9, E16). Analisa-se que a correspondência entre as disposições (*habitus*) desses agentes e as posições ocupadas no subespaço da APS foi fundamental para as tomadas de posição relacionadas às pautas da agenda de governo, em especial a nova configuração do NASF. Salienta-se que todos tinham afinidade com a agenda das residências (MFC e multiprofissional) e entendiam o NASF como um arranjo de equipe fundamental para o fortalecimento dessa modalidade de formação e da multiprofissionalidade na APS.

Um dos argumentos apresentados para justificar a mudança do foco do NAISF-NASF (da atenção integral ao apoio matricial), para alguns agentes (E4, E6, E8), diz respeito ao fato de que as demandas para as categorias inseridas na equipe mínima (consultas individuais, demanda espontânea e ações programáticas) diferiam das possíveis demandas para as demais profissões da área da saúde (ações coletivas, demanda agendada e foco na promoção da saúde). Assim, entendiam que não mais seria necessário ampliar a equipe mínima, mas sim conformar equipes de referência/retaguarda para apoiar o processo de trabalho da ESF e, sob demanda destas equipes, realizarem atendimentos diretos aos usuários dos serviços.

Os agentes (E4, E16) relataram que na construção do NASF as divergências foram mínimas e, quando existiram, foram facilmente dissolvidas por meio do diálogo, de forma que emergiu um produto final consensuado pelo grupo, sem a apresentação de propostas alternativas. Mencionaram, ainda, que esse movimento mais “pacífico” se deu em virtude do desejo coletivo de que a publicação da portaria ocorresse com brevidade, tendo em vista o ocorrido à época do NAISF, quando foi revogada imediatamente após publicação.

Entre as propostas do NAISF e do NASF, percebe-se importante distanciamento de desenho, na medida em que a análise das respectivas portarias que as instituíram, revela que o principal diferencial entre elas é a lógica central de atuação: assistência ambulatorial em oposição a apoio matricial (que agrega a função técnico-pedagógica). Outro diferencial é o número de equipes da ESF por equipe do NASF: passou de 9-11 (NAISF) para 8-20 equipes de referência (NASF). Tal mudança, considerada como uma limitação da nova proposta por alguns entrevistados (E4, E6, E11), se deu em virtude de constrangimentos orçamentários da época, com impacto na execução da proposta.

Alguns estudos ^{15,16,17} analisam que um dos problemas evidenciados no desenho do NASF foi o alto número de equipes da ESF a serem apoiadas por cada equipe NASF, o que poderia comprometer a oferta e a qualidade das ações de cuidado à população. Também analisam que o desenho do NASF traz a equipe como uma retaguarda à ESF e exige a conformação de uma agenda ampla e potencialmente causadora de sobrecarga de trabalho ¹⁷.

Outras diferenças observadas no NASF foram a ampliação de categorias profissionais que poderiam compor suas equipes, incluindo aquelas relacionadas às PICS (eram 8 no NAISF e passaram a 13 categorias no NASF); a ampliação das áreas de atuação desses profissionais e, conseqüentemente, do escopo de práticas (eram 4 no NAISF e passaram a 9 áreas estratégicas no NASF); a definição dos valores de custeio federal da proposta e a previsão de recurso de implantação já contempladas na portaria que instituiu o NASF (no NAISF, a portaria foi publicada sem indicação de valores de financiamento); e a possibilidade de adesão pela totalidade de municípios brasileiros, independentemente de porte populacional, ao passo que o NAISF só poderia ser implantado em municípios com mais de 40 mil habitantes.

Das similaridades entre as propostas, destaca-se a recomendação de composição das equipes por profissionais da saúde mental, em reconhecimento da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais e o papel essencial da APS no cuidado a essas condições.

Alguns entrevistados (E2, E7, E9, E11, E16) que participaram da formulação de ambas as propostas destacaram que a incorporação de especialidades médicas no NASF foi uma das principais mudanças da proposta original, o que foi, inclusive, questionado pelas demais categorias profissionais. Essa incorporação foi relatada como resultado de demandas dos municípios, por meio do CONASEMS, e do desejo do próprio DAB, o que, certamente, expressou o acúmulo de capital dos agentes pertencentes à categoria médica. Vale destacar que todos os cargos dirigentes no DAB, à época, eram ocupados por médicos, o que nos leva a crer que as tomadas de posição (escolhas) no processo de construção do NASF estiveram fortemente relacionadas com as posições sociais e disposições (*habitus*) desses agentes. Como ressalta Bourdieu ¹⁹ (p. 21), “*o espaço de posições sociais se retraduz em um espaço de tomadas de posição pela intermediação do espaço de disposições (ou do habitus)*”.

Em janeiro de 2008 foi publicada a Portaria de criação do NASF (nº 154), que o definia como um arranjo organizacional com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da APS. Seu rol de atividades contemplava dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica.

Os primeiros documentos técnicos publicados sinalizavam a priorização de atividades em grupo em detrimento das atividades de assistência individual e recomendavam que estas ocorressem sempre sob demanda ou encaminhamento das equipes da ESF. Os documentos publicados mais tarde (entre 2014 e 2017), em contraponto, apresentam abordagem mais ampla, na medida em que delegam autonomia ao NASF e à ESF para organização de suas agendas. Ressalta-se que a análise do conjunto de documentos técnicos e normativos acerca do NASF aponta lacunas importantes no que se refere às diretrizes e orientações mais claras para os profissionais que iriam atuar nessas equipes, bem como para as próprias equipes que já atuavam na ESF, o que poderia dificultar a realização de práticas colaborativas e articuladas e, sobretudo, trazer certa opacidade aos resultados e/ou efeitos do trabalho do NASF na APS. Constatamos, assim, uma certa ambigüidade do desenho do NASF e corroboramos com a análise de alguns autores ^{14,15,16,17} que defendem que as diretrizes normativas e técnicas propostas nos documentos oficiais elencam algumas funções sem definir as atividades a serem realizadas, o que levaria à falta de clareza sobre os resultados esperados.

Alguns estudos alertam que as diversas formas de implantação do NASF no país expressam controvérsias e dicotomias, sobretudo, entre a realização de atividades individuais ou ações coletivas e, ainda, entre a atuação dos profissionais diretamente com a população ou no matriciamento das equipes ^{13,15,16,17}.

Considerações finais

Na trajetória de construção do NAISF-NASF, são percebidos quatro momentos distintos: um primeiro momento (2000-2002), quando foram feitas as primeiras articulações em prol da ampliação das equipes de APS; um segundo momento (2003-2005), que culminou na formulação do NAISF; um terceiro momento (2005-2006), caracterizado pela revogação da Portaria que instituiu o NAISF e por um “vácuo” no debate acerca da ampliação das equipes de APS; e um quarto momento (2007-2008), que resultou na instituição do NASF.

Percebeu-se que o NASF emergiu, no interior do DAB, como uma política (ação) de Estado voltada para o aumento da resolubilidade da APS, a partir da ampliação do escopo de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde. A cronologia dos fatos e o conjunto de condições históricas de possibilidade que culminaram na gênese do NASF estabeleceram a origem de duas propostas com algumas semelhanças, porém, com expressivas especificidades de desenho.

A gênese do NAISF-NASF resultou de uma conjunção favorável do contexto político-institucional, de importante articulação de agentes do campo burocrático (com importante volume de capitais social e burocrático) e da pressão de entidades profissionais e gestores municipais de saúde junto ao Ministério da Saúde. A discussão em torno da formulação das propostas foi conduzida por equipes técnicas e gestoras com importante trajetória na APS e no Movimento Sanitário. No âmbito do Ministério da Saúde, tinha-se um grupo político relativamente coeso e que defendia a qualificação da APS por meio de princípios e diretrizes como a integralidade, a multiprofissionalidade e a intersetorialidade. Os agentes que compunham o espaço da APS (em especial o DAB) possuíam relações prévias entre si, disposições (*habitus*) semelhantes e tinham ocupado importantes posições de poder no campo burocrático, o que também foi propício à emergência das propostas.

A análise sócio-histórica permitiu investigar a articulação entre as composições objetivas e subjetivas que contribuíram para a emergência e gênese do NASF, bem como possibilitou compreender a relação entre a trajetória dos agentes e a tomada de posições que culminou na formulação da política. Permitiu, ainda, compreender possíveis repercussões das ambiguidades do processo de formulação nas práticas atuais das equipes. Dessa forma, apresentou-se como uma importante estratégia de ruptura com o senso comum (pré-construções naturalizadas²³) e, sobretudo, de superação da “amnésia da gênese”¹⁹.

Vale destacar que, de uma proposta de ampliação da equipe mínima, por meio da incorporação de várias categorias profissionais na perspectiva de uma atenção integral à saúde – o NAISF –, o NASF passa a constituir-se como uma equipe de retaguarda para várias equipes da ESF, o que não deixa de ser um viés racionalizador, apesar de inovador, na agenda da APS brasileira.

Não obstante as ambiguidades e limitações, o NASF trouxe uma importante contribuição para a estruturação da APS no Brasil. Diversos são os estudos que apontam resultados positivos produzidos pelo NASF na APS brasileira em sua primeira década, tanto na ampliação do acesso a ações e serviços de saúde quanto na melhoria da qualidade da atenção, da integralidade do cuidado e da resolubilidade da APS^{15,16,17,37,38,39,40}.

Em que pesem tais resultados, a PNAB de 2017 apontou importantes mudanças para o NASF – como a retirada do termo “apoio” de sua nomenclatura e a extensão do trabalho do NASF para equipes tradicionais de APS –, e o novo modelo de financiamento da APS – Programa Previne Brasil, instituído em 2019 – excluiu o NASF das ações estratégicas atreladas ao repasse de recursos federais.

Nesse sentido, é oportuno analisar os desdobramentos da implementação do NASF a partir de 2008, com destaque para análises acerca dos efeitos da PNAB 2017 e do Previne Brasil sobre o NASF e a APS brasileira, visto que podem produzir consequências negativas tanto na cobertura de equipes do NASF quanto no escopo de práticas da APS, ambos relacionados a uma fragilização dos atributos essenciais da APS, sobretudo o acesso, a integralidade e a coordenação do cuidado.

Colaboradores

E. R. Almeida contribuiu na concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo. M. G. Medina contribuiu na concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo. Ambas as autoras aprovaram a versão final.

Informações adicionais

ORCID: Erika Rodrigues de Almeida (0000-0002-2034-5079); Maria Guadalupe Medina (0000-0001-7283-2947).

Agradecimentos

Agradecemos a todos os agentes que contribuíram com este trabalho e, assim, com a possibilidade de superar a amnésia em torno da gênese do NASF. Agradecemos também aos docentes e discentes do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (GRAB/ISC/UFBA) pelas contribuições ao projeto que originou este trabalho. A pesquisa que originou este trabalho integra o *Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil* (2000). Esta pesquisa foi realizada durante o período de concessão de Bolsa Produtividade CNPq à M. G. Medina.

Referências

1. Lamothe L, Sylvain C, Sit V. Multimorbidity and primary care: emergence of new forms of network organization. *Santé Publique* 2015; 27(1 Suppl):129-35.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Ministério da Saúde. 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.
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 4 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; 5 abr.
5. Santos AM, Giovanella L, Botelho H, Sousa JC. Desafios organizacionais para fortalecimento da atenção primária à saúde em Portugal. *Rev Bras Educ Méd* 2015; 39:359-69.
6. Fredheim T, Danbolt LJ, Haavet OR, Kjønsberg K, Lien L. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst* 2011; 5:13.
7. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad Saúde Colet (Rio J)* 2012; 20:440-7.
8. Mosquera PA, Hernández J, Vega-Romero R, Junca C. Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2011; 10:124-52.
9. León Franco MH, Ramírez Cano AN, Uribe Ribera LM. Modelo de atención basado en atención primaria de salud. Experiencia en Santander. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander* 2007; 3:32-8.
10. Rey Gamero AC, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de atención primaria en salud: una revisión de literatura. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2013; 12:28-39.
11. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19:3561-71.
12. Ribeiro CD, Flores-Soares MC. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. *Rev Salud Pública* 2015; 17:379-93.
13. Patrocínio SSSM, Machado CV, Fausto MCRF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde Debate* 2015; 39:105-19.
14. Souza TT, Calvo MCM. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. *Saúde Soc* 2016; 25:976-87.

15. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios. *Saúde Debate* 2018; 42:328-40.
16. Souza TS, Medina MG. NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde Debate* 2018; 42:145-58.
17. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Saúde Debate* 2017; 41 Suppl:345-59.
18. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:941-51.
19. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. 11ª Ed. Campinas: Papius; 2013.
20. Pinell P. Análise sociológica das políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
21. Bourdieu P. O senso prático. 2ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2011.
22. Bourdieu P. Sobre o Estado: cursos no Collège de France (1989-92). São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
23. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
24. Matonti F, Poupeau F. Le capital militant. *Essai de définition. Actes Rech Sci Soc* 2004; 155:5-11.
25. Penrod J, Preston DB, Cain R, Starks MT. A discussion of chain referral as a method of sampling hard-to-reach populations. *J Transcult Nurs* 2003; 4:100-7.
26. Vieira-da-Silva LM, Pinell P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociol Health Illn* 2014; 36:432-46.
27. Souza JC. A gênese do programa de incentivo fiscal à alimentação do trabalhador (PIFAT/PAT) [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2013.
28. Barros SG. A política nacional de luta contra a aids e o espaço aids no Brasil [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2013.
29. Baptista TWF, Fausto MCR, Cunha MS. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis (Rio J.)* 2009; 19:1007-28.
30. Carmo EH, Barreto ML, Silva Jr. JB. Changes in the pattern of morbidity and mortality of the Brazilian population: challenges for a new century. *Epidemiol Serv Saúde* 2003; 12:63-75.
31. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
32. Aciole GG. A Lei do Ato Médico: notas sobre suas influências para a educação médica. *Rev Bras Educ Méd* 2006; 30:47-54.
33. Guimarães RGM, Rego S. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2005; 10:7-17.
34. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2004.
35. Ministério da Saúde. Portaria GM 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; 5 jul.
36. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
37. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde Debate* 2018; 42:130-44.
38. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MAC, Santos AF, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00201515.
39. Pinto AR, Nascimento DDG, Nichiata LYI. Desempenho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família na avaliação do PMAQ-AB. *Rev Esc Enferm USP* 2019; 53:e03509.
40. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2018; 42:52-66.

Abstract

The article reports on the sociogenesis of the Family Health Support Center (NASF) in Brazil, based on document analysis and 16 in-depth interviews with key informants. Based on triangulation of data and sources and with Pierre Bourdieu as the theoretical reference, a sociohistorical analysis was performed to build a timeline of events related to the formulation of the NASF, including conflicts, interests, alliances, and agreements to allow the proposal's implementation. Four moments were identified in the history of the NASF: from 2000 to 2002, the first discussion for building a proposal to expand the family healthcare (PHC) teams; from 2003 to 2005, drafting a proposal to expand the core team, with the design centered on curative and individual interventions (NAISF); from 2005 to 2006, the repeal of the Brazilian Ministry of Health ruling that established the first proposal, revealing a "vacuum" in the debate on the expansion of PHC teams; and from 2007 to 2008, when the NASF was created with the central purpose of inter-consultation support activities with the family health teams. The genesis of the NASF resulted from a favorable situation in Brazil's political and institutional context, featuring important linkage with members of the government administration and pressure on the Ministry of Health from professional societies and municipal health administrators. The two proposals (NAISF and NASF) were designed differently, although both aimed to expand the scope of practices and case-resolution capacity in PHC. The analysis of the policy's genesis allowed understanding possible repercussions on the policymaking process in ambiguities that are still present in NASF practices.

Family Health Strategy; Primary Health Care; Interdisciplinary Health Team; History; Health Policy

Resumen

Se realizó un estudio de la sociogénesis del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) en Brasil, por medio de análisis documental y 16 entrevistas en profundidad con informantes-clave. A partir de la triangulación de datos y fuentes, además de con la ayuda de las referencias teóricas de Pierre Bourdieu, se realizó un análisis sociohistórico, de modo que se construyó una línea cronológica de acontecimientos relacionados con la formulación del NASF, incluyendo conflictos, intereses, alianzas y acuerdos realizados para la viabilidad de la propuesta. Se evidenciaron cuatro momentos en la trayectoria de construcción del NASF, entre 2000 y 2002 se produjeron las primeras colaboraciones para la construcción de una propuesta de ampliación de los equipos de atención primaria en salud (APS); de 2003 a 2005 se formuló una propuesta de ampliación del equipo mínimo con un diseño centrado en acciones de carácter curativo e individual (NAISF); de 2005 a 2006 hubo una revocación del Decreto ministerial que instituyó la primera propuesta, y se observó un "vacío" en el debate sobre la ampliación de los equipos de APS; y de 2007 a 2008 se instituyó el NASF, cuya propuesta se centraba en acciones de apoyo matricial a los equipos de salud de la familia. La génesis del NASF fue resultado de una conjunción favorable del contexto político-institucional, de una importante colaboración de agentes del ámbito burocrático, así como de presiones de entidades profesionales y gestores municipales de salud junto al Ministerio de Salud. Las dos propuestas formuladas (NAISF y NASF) presentaban diseños distintos, aunque ambas tuvieron como objetivo ampliar el alcance de las prácticas y la resolutivez de la APS. El análisis de la génesis permitió comprender posibles repercusiones del proceso de formulación en las ambigüedades presentes todavía hoy en las prácticas del NASF.

Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Equipo Multiprofesional; Historia; Política de Salud

Recebido em 30/Out/2020

Versão final reapresentada em 11/Jan/2021

Aprovado em 18/Fev/2021