



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro**

**Josiane Ribeiro Silva Medrado**

**Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica  
(NASF-AB) no estado do Rio de Janeiro: implantação,  
avanços e perspectivas**

Rio de Janeiro

2022

Josiane Ribeiro Silva Medrado

**Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) no estado do Rio de Janeiro: implantação, avanços e perspectivas**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Silveira Ney

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M492 Medrado, Josiane Ribeiro Silva

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) no estado do Rio de Janeiro: implantação, avanços e perspectivas / Josiane Ribeiro Silva Medrado – 2022.

117 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Marcia Silveira Ney

Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Saúde da Família - Rio de Janeiro - Teses. 2. Atenção Primária à Saúde – Teses. 3. Gestão em saúde – Teses. 4. Financiamento da assistência à saúde – Teses. 5. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Teses. I. Ney, Marcia Silveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614:392.3(815.3)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Josiane Ribeiro Silva Medrado

**Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) no estado do Rio de Janeiro: implantação, avanços e perspectivas**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 12 de maio de 2022.

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Marcia Silveira Ney (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Eduardo Levcovitz  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Gustavo Correa Matta  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca -  
ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2022

## DEDICATÓRIA

Aos meus filhos amados, Alice e Arthur, pelos sorrisos e afagos.

## **AGRADECIMENTOS**

São tantos....

Primeiramente, agradeço a Deus, pelo dom da vida, pelo amparo e cuidado de cada dia.

Sou grata aos meus amados e queridos pais, José Carlos e Sônia Maria, por todo amor incondicional e incentivo em todas as áreas da minha vida.

Agradeço ao meu esposo, Leandro, pelo incentivo aos estudos, afeto e apoio incondicional.

À minha orientadora Marcia Silveira Ney, sou grata pela confiança depositada na minha proposta de trabalho. Obrigada pelas contribuições e por me manter motivada durante o processo.

À Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e ao Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro por proporcionar essa oportunidade de investir na qualificação de seus profissionais.

Aos professores do Curso do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva pelo aprendizado e excelência na qualidade técnica de cada um.

Aos professores Eduardo Levcovitz e Gustavo Correa Matta que participaram da minha banca de qualificação, pelas valiosas contribuições dadas ao projeto de pesquisa e que participarão da banca de defesa desta dissertação, momento tão importante de consolidação deste trabalho.

Aos amigos e companheiros de trabalho da Superintendência de Atenção Primária à Saúde – SAPS/SES-RJ pelo apoio, incentivo e torcida para a realização desse trabalho, em especial ao meu coordenador e amigo de todas as horas, André Schimidt.

Também agradeço a todos os meus colegas de curso, pela oportunidade do convívio e pela troca nessa jornada acadêmica.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste meu percurso no Mestrado.

O que vale na vida não é ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e  
semeando, no fim terás o que colher.

*Cora Coralina*

## RESUMO

MEDRADO, J.R.S. *Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) no estado do Rio de Janeiro: implantação, avanços e perspectivas*. 2022. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O NASF foi pensado como um dispositivo potente com o intuito de promover mudanças nas práticas de cuidado e no modo de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família. Desde sua implantação, há 14 anos, representa objeto de indagações acerca do seu papel. Transformações significativas no âmbito da Atenção Primária brasileira vêm acontecendo nos últimos anos colocando em risco a manutenção dessas equipes. O objetivo geral do estudo foi descrever o modelo de gestão e de financiamento dos NASF no estado do Rio de Janeiro, suas potencialidades e os desafios no âmbito da PNAB. Os objetivos específicos buscaram compreender as principais mudanças conceituais e de gestão do NASF impostas pela PNAB 2012 e PNAB 2017, analisando comparativamente os seus avanços e limites; descrever e analisar o histórico de implantação das equipes NASF no âmbito do estado do Rio de Janeiro, desde a publicação da Portaria nº154 de 2008 até 2021; descrever o Programa de Financiamento Estadual da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) no estado do Rio de Janeiro no período de 2019 até 2021 e discutir o papel do PREFAPS e sua influência para a manutenção e fortalecimento dos NASF no estado do Rio de Janeiro. O percurso metodológico seguiu as seguintes etapas: revisão bibliográfica; levantamento de documentos normativos relacionados ao NASF, a PNAB e ao financiamento da APS; coleta de dados secundários, relacionados ao quantitativo de equipes NASF implantadas e cadastradas; cobertura de APS e ESF e dados populacionais do ERJ; análise documental e descrição dos resultados. Como resultados apontados relata-se que apesar de ser considerada satisfatória a adesão dos municípios à proposta do NASF no ERJ de forma ascendente na ampliação das equipes no período de 2008 a 2016, observa-se que sua implementação se deu de maneira heterogênea nas Regiões. No período de 2017 a 2021 percebeu-se uma redução dessas equipes no estado, efeito da diminuição do número de equipes no município do Rio de Janeiro com a reestruturação da APS e também o reflexo das mudanças ocorridas na PNAB de 2017 e em 2019 com o Programa Previne Brasil. Observou-se que apesar do esforço da gestão estadual para manter as equipes NASF, o PREFAPS influenciou pouco para a sua manutenção, sendo necessárias ações de apoio técnico e maior aporte financeiro para garantir que o NASF possa cumprir seu papel mais abrangente na APS. Ao final do estudo sugerimos a continuidade de novas análises acerca da temática e apontamos algumas recomendações no âmbito da gestão estadual, para o fortalecimento e manutenção das equipes APS, sobretudo para as equipes NASF.

Palavras - chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Política Nacional de Atenção Básica. Financiamento da Atenção Primária.

## ABSTRACT

MEDRADO, J.R.S. *The Support Centers for Family Health and Primary Care (NASF-AB) in the state of Rio de Janeiro: implementation, advances and perspectives*. 2022. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The NASF was thought of as a powerful device with the aim of promoting changes in care practices and in the ways in which a Familia Health Strategy team works. Since its implementation, 14 years ago, it has been the object of inquiries about its role. Significant changes in the scope of Brazilian Primary Care have been taking place in recent years, putting the maintenance of these teams at risk. The general objective of the study was to describe the management and financing model of the NASF in the state of Rio de Janeiro, its potential and the challenges within the scope of the PNAB. The specific objectives sought to understand the main conceptual and management changes of the NASF imposed by the PNAB 2012 and PNAB 2017, comparatively analyzing their advances and limits; describe and analyze the history of implementation of NASF teams within the state of Rio de Janeiro, from the publication of Ordinance nº154 from 2008 to 2021; describe the State Financing Program for Primary Health Care (PREFAPS) in the state of Rio de Janeiro from 2019 to 2021 and discuss the role of PREFAPS and its influence on the maintenance and strengthening of NASF in the state of Rio de Janeiro. The methodological course followed the following steps: bibliographic review; survey of normative documents related to the NASF, the PNAB and the financing of PHC; secondary data collection, related to the number of NASF teams implemented and registered; coverage of PHC and ESF and population data from the ERJ; document analysis and description of the results. As results pointed out, it is reported that although the adherence of municipalities to the NASF proposal in the ERJ is considered satisfactory in the expansion of teams, in the period from 2008 to 2016, it is observed that its implementation took place in a heterogeneous way in the Regions. In the period from 2017 to 2021, there was a reduction in these teams in the state, an effect of the decrease in the number of teams in the municipality of Rio de Janeiro with the restructuring of the APS and also a reflection of the changes that occurred in the PNAB in 2017 and in 2019 with the Previner Program Brazil. It was observed that despite the effort of state management to maintain the NASF teams, PREFAPS had little influence on their maintenance, requiring technical support actions and greater financial support to ensure that the NASF can fulfill its broader role in PHC. At the end of the study, we suggest the continuation of new analyzes on the subject and point out some recommendations within the scope of state management, for the strengthening and maintenance of the APS teams, especially for the NASF teams.

Keywords: Family Health Support Center. National Primary Care Policy. Financing of Primary Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Mapa da Divisão Política Administrativa em Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, 2021.....	25
Figura 2 –	Linha do Tempo com os marcos de construção do NASF no período de 2005 a 2021 correlacionando os momentos políticos dos presidentes e ministros da saúde à época.....	57
Tabela 1 –	Indicadores selecionados de implantação de equipes ESF e de NASF e cobertura de ESF e AB nas Regiões de Saúde por municípios no âmbito do estado do Rio de Janeiro no ano de 2020.....	63
Figura 3 –	Indicadores de acompanhamento do Programa Saúde na Área para o ano de 2011.....	75
Figura 4 –	Linha do Tempo dos cofinanciamentos para a Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro, no período de 2007 a 2019 .....	78
Figura 5 –	Linha do Tempo com os Marcos Normativos do Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS).....	85
Tabela 2 –	Comparativo do número de equipes NASF-AB consideradas para o Componente Sustentabilidade e valores de transferências para o período de 2020 e 2021.....	90

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de equipes NASF cadastradas no SCNES, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, no período entre 2008 e 2021.....	59
Gráfico 2 – Distribuição de equipes NASF cadastradas no SCNES, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2021.....	60
Gráfico 3 – Distribuição de equipes NASF cadastradas no SCNES, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, nas Regiões de Saúde Metropolitana II, Médio Paraíba e Centro Sul, no período de 2008 a 2021.....	61
Gráfico 4 – Distribuição de equipes NASF cadastradas no SCNES, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, nas Regiões de Saúde Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Norte, Noroeste e Serrana, no período de 2008 a 2021.....	62
Gráfico 5 – Número de equipes de Saúde da Família e equipes NASF no estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2020.....	66
Gráfico 6 – Número de equipes de Saúde da Família implantadas no município do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2020.....	68
Gráfico 7 – Número de equipes de Saúde da Família e equipes NASF implantadas no município do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2020.....	69
Gráfico 8 – Distribuição de equipes NASF cadastradas no SCNES, no estado do Rio de Janeiro, no município do Rio de Janeiro e na Região Metropolitana I, no período de 2008 a 2021.....	70
Gráfico 9 – Quantitativo total, por tipo de equipe pagas pelo Componente I – Sustentabilidade do PREFAPS, no estado do Rio de Janeiro, no período de 2019 e 2021.....	94

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	População estimada segundo Regiões de Saúde e municípios do estado do Rio de Janeiro para o ano de 2020.....	27
Quadro 2 –	Síntese do resultado da busca e seleção dos artigos na pesquisa bibliográfica.....	31
Quadro 3 –	Normativas selecionadas para a análise documental relativos à APS e ao NASF.....	33
Quadro 4 –	Normativas no âmbito do Estado sobre o PREFAPS e Documentos Técnicos.....	34
Quadro 5 –	Categorias consideradas na análise documental e seus significados para a pesquisa.....	35
Quadro 6 –	Dados extraídos nos sistemas de informações oficiais e período de análise.....	36
Quadro 7 –	Comparativo entre a PNAB 2011 e PNAB 2017, por eixo temático.....	47
Quadro 8 –	Comparativo entre a PNAB 2011 e PNAB 2017 em relação ao NASF, por eixo temático.....	49
Quadro 9 –	Parâmetros das modalidades e valores de custeio para as equipes NASF.....	53
Quadro 10 –	Indicadores de acompanhamento do Programa Saúde na Área para o ano de 2008 .....	74
Quadro 11 –	Valores de referência mensal por faixa do Componente I – Sustentabilidade para as equipes de Saúde da Família (eSF) e Saúde Bucal na Saúde da Família (eSB/SF) .....	80
Quadro 12 –	Comparativo dos valores do Componente I-Sustentabilidade para as equipes, no período de 2019 e 2020.....	81
Quadro 13 –	Comparativo dos valores do Componente II- Expansão para as equipes, no período de 2019 e 2020.....	82
Quadro 14 –	Relação do rol de indicadores e metas referentes ao Componente III – Desempenho, no período de 2019 e 2020.....	83

Quadro 15 – Valores das transferências de recursos do Componente I - Sustentabilidade, por tipo de equipe e quadrimestre de referência, ano 2019.....	87
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CF	Clínica da Família
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CnaR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
COSEMS -RJ	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
eAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
e-CNAR	Equipe de Consultório na Rua
E-GESTOR AB	Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica
e-NASF AB	Equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
eSB/SF	Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família

eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E-SUS APS	Estratégia SUS Atenção Primária
FES	Fundo Estadual de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NAISF	Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NSI	Núcleo de Saúde Integral
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAB Fixo	Piso de Atenção Básica Fixo
PAB Variável	Piso de Atenção Básica Variável
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHI	Programa de Apoio aos Hospitais do Interior
PAS	Polos de Academia da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMPB	Programa Médicos Pelo Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PREFAPS	Programa de Financiamento Estadual da Atenção Primária à Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SAB	Superintendência de Atenção Básica
SAPS	Superintendência de Atenção Primária à Saúde
SARS - CoV-2	Síndrome Aguda Respiratória Severa do Coronavírus
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online

SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SSA	Serviço Social Autônomo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	United Nacional Childrens Fund

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1	<b>OBJETIVOS DO ESTUDO</b> .....	23
1.1	<b>Objetivo Geral</b> .....	23
1.2	<b>Objetivos Específicos</b> .....	23
2	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	24
2.1	<b>Abordagem teórico metodológica</b> .....	24
2.2	<b>Cenário da Pesquisa</b> .....	24
2.3	<b>Estratégias de coleta e análise de dados</b> .....	30
2.3.1	<u>Etapa 1 - Revisão Bibliográfica</u> .....	31
2.3.2	<u>Etapa 2 - Levantamento de documentos</u> .....	32
2.3.3	<u>Etapa 3 - Análise documental</u> .....	35
2.3.4	<u>Etapa 4 - Coleta de Dados Secundários</u> .....	35
2.4	<b>Aspectos Éticos da Pesquisa</b> .....	37
3	<b>CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM OLHAR PARA A PNAB E PARA O NASF</b> .....	38
3.1	<b>Contextualização histórica</b> .....	38
3.2	<b>A Atenção Primária à Saúde no Brasil</b> .....	39
3.3	<b>A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) versões de 2011 e 2017: semelhanças e diferenças</b> .....	44
3.4	<b>Reflexões sobre a origem do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) até os dias atuais</b> .....	50
4	<b>A TRAJETÓRIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO NASF NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</b> .....	58
4.1	<b>Panorama da Implementação do NASF no estado do Rio de Janeiro</b> .....	58
4.2	<b>Contextualizando a Implementação do NASF no Município do Rio de Janeiro</b> .....	68
5	<b>O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</b> .....	73

5.1	<b>O Programa de Financiamento Estadual da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS).....</b>	79
5.1.1	<u>Componente de Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde.....</u>	80
5.1.2	<u>Componente de Expansão da Estratégia Saúde da Família.....</u>	81
5.1.3	<u>Componente de Desempenho da Atenção Primária à Saúde.....</u>	82
5.2	<b>Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB) no PREFAPS.....</b>	85
6	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	96
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	102
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	105
	<b>ANEXO 1 – Carta de Anuência.....</b>	114

## INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) no Brasil passou por vários momentos de organização, tendo a década de 90 do século passado alguns marcos importantes que influenciaram na reestruturação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1991, um dos marcos foi a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a origem do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, sendo reordenada em 1996, como Estratégia Saúde da Família (ESF) (MELO *et al.*, 2018a).

As décadas de 1990 a 2020, especificamente entre os anos de 1998 e 2018, foram marcadas pela expansão vertiginosa da ESF. De acordo com Massuda (2020, p. 1184) “a ESF foi adotada por mais de 95% dos municípios brasileiros e o número de equipes cresceu de 2 mil para 43 mil, passando a cobrir cerca de 130 milhões de pessoas (62,5% da população brasileira)”.

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

Em 2011 foi publicada a Portaria nº 2488 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, bem como para o NASF. Nesta diretriz foi reforçado, o escopo de atuação, a sua organização, composição e a competência da esfera municipal acerca desses Núcleos.

No período de 2013 a 2018, ocorreu uma expansão das equipes NASF, em âmbito nacional, conforme descreveu Melo *et al.* (2018a) “em 2013 havia 2.767 implantados, passando a 4.288 em 2015, 4.406 em 2016, a 4.886 em 2017 e a 5.221 em março de 2018”. (MELO *et al.* 2018a, p. 329).

Com a nova versão da PNAB, publicada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2017, mudanças significativas foram impostas para a AB. O NASF passou a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)<sup>1</sup>, inserindo alterações significativas na lógica da sua concepção e do seu processo de trabalho (BRASIL, 2017).

Seguindo uma onda de fortes mudanças de contrarreformas políticas e econômicas e atos oficiais sinérgicos, novamente para a Atenção Básica, em 2019, foi instituído pela Portaria nº 2979, o Programa Previne Brasil, que estabeleceu um novo modelo de financiamento federal de custeio da APS no âmbito do SUS.

As transferências intergovernamentais deste Programa são baseadas em três critérios: a) capitação ponderada, calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária; b) pagamento por desempenho, voltado para o pagamento dos resultados alcançados a partir do conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (eSF/eAP) e; c) incentivo para ações estratégicas, que contemplam a implementação de programas, ações e estratégias que refletem na melhoria do cuidado na APS.

Tais mudanças, nas formas de transferências financeiras, alteram de maneira significativa os parâmetros de custeio e manutenção das equipes de Saúde da Família e conseqüentemente das equipes NASF.

Nesse mesmo ano, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, foi aprovado pela Resolução SES nº 1846, o Programa de Financiamento Estadual para a Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) que visa apoiar a APS dos municípios a partir de transferências de incentivo financeiro à manutenção e expansão das equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (eSB/SF), Consultório na Rua (CnaR), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Polos de Academia da Saúde (PAS), bem como fomentar a qualidade e o alcance de metas no âmbito da APS.

No âmbito da esfera federal, alguns instrumentos normativos foram revogados, dentre os quais, os que definem os parâmetros e custeio dos NASF-AB. Em janeiro de 2020, através da Nota Técnica nº 3, o MS deixa de realizar o

---

<sup>1</sup> Devido às mudanças de nomenclatura do objeto central deste estudo (NASF para NASF-AB) optou-se por utilizar as duas nomenclaturas respeitando os marcos temporais de mudança das mesmas.

credenciamento e conseqüentemente, o financiamento de novas equipes NASF-AB colocando em risco também, a manutenção das equipes já credenciadas. A partir deste momento, as gestões estaduais e municipais passam a ter autonomia na aplicação dos incentivos de custeio federal referente ao novo modelo de financiamento. Nessa perspectiva, questiona-se se a priorização de outras áreas poderia ocasionar a descontinuidade das equipes NASF-AB já atuantes, enfraquecendo, desta forma, a sua atuação global e a própria manutenção desses núcleos.

Outro fator que merece destaque foi a sanção da Lei nº 14231 de 28 de outubro de 2021, que inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na ESF. Essa perspectiva, ao nosso ver, fragiliza o NASF-AB enquanto um dispositivo de apoio integrado às equipes de Saúde da Família, ficando claro uma indução a privilegiar a lógica de organização das equipes de AB em detrimento da lógica das equipes de Saúde da Família.

Cabe destacar que o ano de 2020 foi marcado mundialmente pela pandemia do SARS-CoV-2, uma doença infecciosa altamente contagiosa, declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em janeiro de 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Nesse sentido, o enfrentamento da pandemia é considerado função essencial da Saúde Pública através de ações voltadas para a população (JACKSON FILHO *et al.*,2020). Dessa forma, os serviços de saúde precisaram reorganizar o processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde, incluindo o NASF enquanto participante deste cenário e com isso trazendo novos desafios para as equipes.

A motivação para estudar o tema Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), suas perspectivas e desafios atuais vão de encontro com a minha trajetória profissional, iniciada em 2011. Iniciei a trajetória de estudo nesta linha de pesquisa, no Curso Multiprofissional em Saúde da Família, nos moldes de residência, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), onde experienciei o cotidiano de uma equipe de saúde da família, na Clínica da Família Felipe Cardoso, no bairro da Penha, no município do Rio de Janeiro. Formada em Serviço Social, me aproximei do processo de trabalho de uma equipe NASF, que à época estava sendo implantada, pois era o núcleo que me propiciava tal inserção em uma equipe.

Em 2013, iniciei na Residência em Gestão da Atenção Básica, também na ENSP/FIOCRUZ e durante as atividades no campo de prática na esfera estadual me reaproximei dessa temática, através da perspectiva do trabalho de apoio institucional desenvolvido pela Superintendência de Atenção Básica (SAB)<sup>2</sup>. Em 2015, retornei a esta Superintendência como apoiadora institucional, cargo que ocupo até os dias atuais.

Em 2019, com a criação do Programa de Financiamento Estadual da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) foi constituída na Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS), uma frente de trabalho com o foco no NASF. O objetivo dessa frente de trabalho, no primeiro momento, era realizar um diagnóstico das equipes NASF no estado do Rio de Janeiro (ERJ) e a partir dele pensar em estratégias de apoio para o fortalecimento dessas equipes.

A minha atuação foi pautada na realização de articulação com as equipes de apoio institucional da SAPS, para dar suporte técnico às demandas oriundas dos municípios. No final do ano de 2020, foi realizado no formato de webinar, o Encontro Estadual para o Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica do estado do Rio de Janeiro, com o tema “Que NASF-AB temos? Que NASF-AB queremos?”. O intuito era discutir novas perspectivas de apoio integrado junto às equipes NASF e a viabilidade de implantação de um indicador, no âmbito do PREFAPS para o Componente de Desempenho, que refletisse o trabalho dessas equipes para o monitoramento de suas ações.

Outro produto oriundo destas atividades junto aos municípios foi a elaboração do Panorama das equipes NASF no estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2021b). Publicizado em 2021, o Panorama retrata um mapeamento das equipes NASF em termos quantitativos (número de equipes, distribuição, número de profissionais, distribuição por categoria profissional, entre outros) e qualitativos (ações desenvolvidas pelas equipes, potencialidades e desafios presentes nos municípios, mudanças recentes, entre outros) nos municípios do estado e em suas respectivas Regiões de Saúde.

---

<sup>2</sup> A Superintendência de Atenção Básica (SAB) teve sua nomenclatura modificada para Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS), com a publicação do Decreto nº 46.862 de 06 de dezembro de 2019 quando altera, sem aumento de despesa, a estrutura organizacional da SES e dá outras providências. (RIO DE JANEIRO, 2019).

O NASF foi pensado como um dispositivo potente com o intuito de promover mudanças nas práticas de cuidado e no modo de atuação das equipes de Atenção Básica, de maneira conjunta e integrada. No entanto, desde sua implantação, há 14 anos, vem se constituindo enquanto objeto de indagações e pesquisas acerca do seu papel, da sua composição e do seu *modus operandi*. Concomitantemente, transformações significativas no âmbito da APS brasileira vêm acontecendo nos últimos anos colocando em risco a manutenção dessas equipes.

Neste sentido, diante das atuais mudanças ocorridas na APS e especificamente no que tange à extinção do credenciamento de novas equipes pelo MS e à nova forma de financiamento com a implementação do Programa Previne Brasil, me senti motivada em retomar essa pauta fomentando essa discussão no âmbito da SAPS/SES-RJ, a fim de manter esse debate ativo e discutir possíveis caminhos para o Estado apoiar e fortalecer a manutenção desses Núcleos.

Desta forma, a presente dissertação busca descrever o processo de implantação do NASF no âmbito do estado do Rio de Janeiro, refletir mediante as mudanças ocorridas para as equipes NASF, com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, e as modificações na lógica de financiamento da Atenção Primária.

A pesquisa apresenta o histórico de implantação das equipes NASF no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, de 2008 até 2021 e traz reflexões sobre as principais mudanças conceituais e de gestão do NASF impostas pela PNAB 2011 e PNAB 2017. Descrevemos o modelo de financiamento para a atenção primária utilizado no estado do Rio de Janeiro, o PREFAPS, com uma análise sobre a sua trajetória e existência, e seu papel para a manutenção dessas equipes.

Diante do cenário de incertezas e desafios para essas equipes e levando em consideração o papel do ente estadual, que dentre suas atribuições tem a função de promover o apoio técnico e financeiro juntos aos municípios, as questões norteadoras do estudo são: a) As mudanças da PNAB 2017 e do modelo de custeio na APS colocam em risco a manutenção do NASF enquanto uma estratégia de apoio?; b) Podemos considerar o Programa de Financiamento Estadual para a Atenção Primária (PREFAPS) um dispositivo que influencia para a manutenção dos NASF no ERJ?

A presente dissertação está estruturada em introdução, objetivos, caminhos metodológicos e os seguintes capítulos.

No capítulo 1 abordamos o contexto político e normativo da Atenção Primária e do NASF e as mudanças ocorridas para essas equipes à luz da PNAB, no qual é realizada uma análise comparativa das duas últimas versões, 2011 e 2017.

No capítulo 2 apresentamos a trajetória de implantação do NASF no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, bem como sua caracterização e nuances, problematizando avanços e os desafios para essa implementação.

No capítulo 3 apresentamos os Programas de Financiamento do Estado do Rio de Janeiro para a Atenção Básica, tendo como foco principal o Programa de Financiamento Estadual para a Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) e como ocorre a incorporação do NASF nesse Programa.

Ao final tecemos discussões e considerações sobre o panorama atual e os caminhos potenciais para o Estado no sentido de fortalecer essas equipes segundo os achados da pesquisa.

## **1 OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **1.1. Objetivo Geral:**

Descrever o modelo de gestão e de financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no estado do Rio de Janeiro, suas potencialidades e os desafios no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.

### **1.2 Objetivos Específicos:**

- a) Compreender as principais mudanças conceituais e de gestão do NASF impostas pela PNAB 2012 e PNAB 2017, analisando comparativamente os seus avanços e limites;
- b) Descrever e analisar o histórico de implantação das equipes NASF no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, desde a publicação da Portaria nº154 de 2008 até 2021;
- c) Descrever o Programa de Financiamento Estadual da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) no Estado do Rio de Janeiro no período de 2019 até 2021;
- d) Discutir sobre o papel do PREFAPS e sua influência para a manutenção e fortalecimento dos NASF no ERJ.

## **2 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **2.1 Abordagem teórico metodológica**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e natureza descritiva, sendo o estudo de caso a diretriz norteadora. A escolha pelo método foi baseada nas concepções de Yin (2010), que afirma que no desenho do Estudo de Caso o pesquisador reflete sobre os processos futuros com o objetivo de maximizar a eficiência e mitigar os riscos da pesquisa. O uso desta estratégia com o enfoque exploratório e descritivo pode permitir o acesso a múltiplas possibilidades durante a execução do estudo, aproximando-o de um cenário complexo e real.

A orientação do recorte para a pesquisa, cujo foco é a implantação das equipes NASF no estado do Rio de Janeiro, considerou o período de 2008 a 2021. A escolha pela temporalidade coincide com a análise dos marcos normativos de implantação desse dispositivo.

Como fatores limitantes da pesquisa, existem poucas evidências científicas publicizadas sobre a gestão do NASF, sobretudo no âmbito do ERJ e a dificuldade de coletar informações sobre as equipes NASF e equipes ESF nos sistemas de informações oficiais, seja por questões de instabilidade dos sistemas, ficando por vezes inoperante, ou pela desatualização de informações nos sistemas.

### **2.2 Cenário da Pesquisa**

O cenário da pesquisa se delimita ao estado do Rio de Janeiro (local de realização do Mestrado Profissional) e cenário de grande importância nacional.

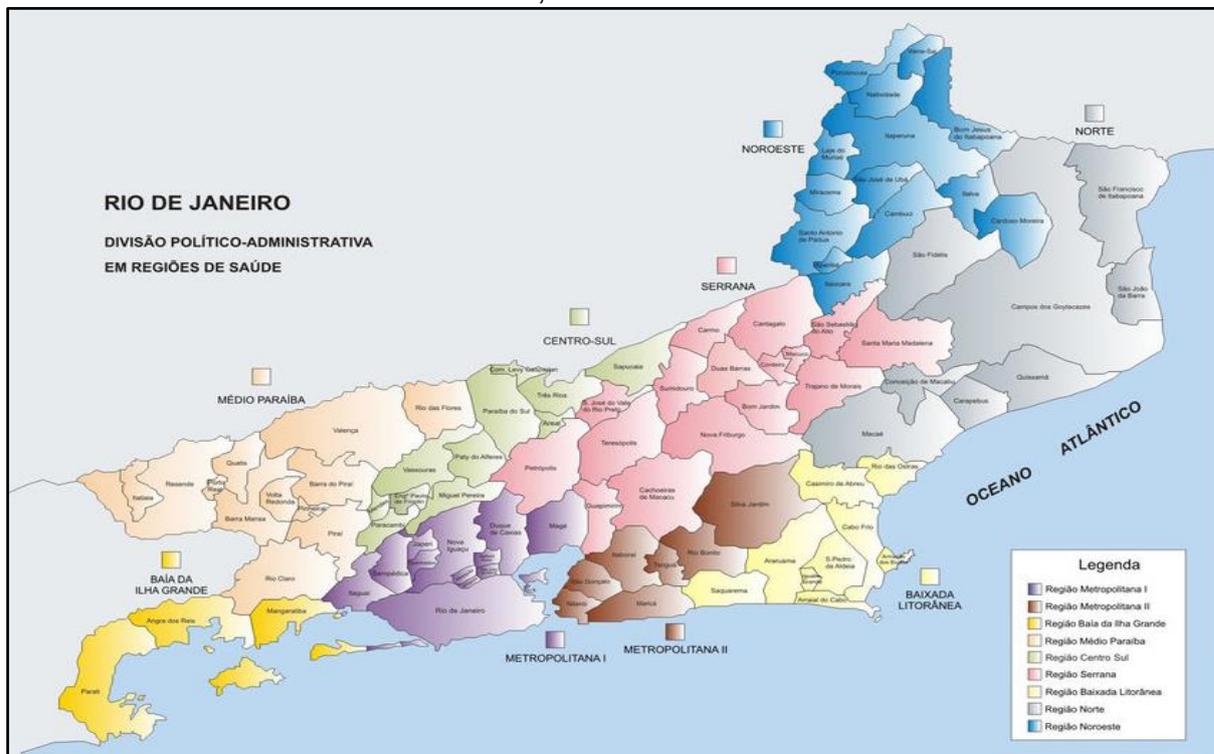
De acordo com os dados do Censo 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o ERJ tem uma área territorial de 43,8 mil km<sup>2</sup>, sendo um dos menores estados do Brasil em termos geográficos. Contudo, a população, de cerca de 17 milhões de habitantes, o torna o 3º mais populoso do país, com um alto

índice de povoamento em relação às demais Unidades da Federação. Possui uma densidade demográfica de 366 habitantes/km<sup>2</sup>, sendo um dos estados mais povoados do Brasil e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,761. A população fluminense é essencialmente urbana (IBGE, 2020).

Segundo o Censo 2010, 96,7% da população do estado – cerca de 15,4 milhões de pessoas – reside em áreas urbanas, sendo que a maior parte se concentra nos municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (IBGE, 2020). Em relação à dimensão econômica, o ERJ tem um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$353,9 bilhões, ocupando a 2ª posição no ranking nacional sendo responsável por 10,9% da renda gerada no Brasil. (IBGE, 2020).

O ERJ é dividido em nove Regiões de Saúde, fazendo divisas com os estados de Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Mapa da Divisão Política Administrativa em Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2021.



Fonte: RIO DE JANEIRO (Estado), 2017.

A divisão em 9 Regiões foi realizada de forma territorial e administrativa, com diferenças significativas na distribuição de municípios e porte populacional. No que se refere às características econômicas, a Região Metropolitana I é marcada por ter a capital do estado e por concentrar 70% da força econômica do estado (IBGE,2020). As Regiões Norte e Metropolitana II congregam a produção de Petróleo na Bacia de Campos e o Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro, no município de Itaboraí. A Região Médio Paraíba é notada pela Companhia Siderúrgica Nacional e pela presença de indústrias nas áreas da metalurgia, automobilística e têxtil (IBGE,2020). Em relação ao porte populacional dos municípios do estado do Rio de Janeiro as Regiões Metropolitanas I e II correspondem por mais de 70% da população do estado sendo a capital, localizada na Região Metropolitana I, com o maior contingente populacional do estado, conforme Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – População estimada segundo Regiões de Saúde e Municípios do estado do Rio de Janeiro para o ano de 2020.

(continua)

<b>Região de Saúde/Município</b>	<b>População estimada</b>
<b>Baía da Ilha Grande</b>	<b>295.944</b>
Angra dos Reis	207.044
Mangaratiba	45.220
Paraty	43.680
<b>Baixada Litorânea</b>	<b>855.444</b>
Araruama	134.293
Armação dos Búzios	34.477
Arraial do Cabo	30.593
Cabo Frio	230.378
Casimiro de Abreu	45.041
Iguaba Grande	28.837
Rio das Ostras	155.193
São Pedro da Aldeia	106.049
Saquarema	90.583
<b>Centro-Sul</b>	<b>342.078</b>
Areal	12.669
Comendador Levy Gasparian	8.576
Engenheiro Paulo de Frontin	14.071
Mendes	18.648
Miguel Pereira	25.581
Paracambi	52.683
Paraíba do Sul	44.518
Paty do Alferes	27.858
Sapucaia	18.249
Três Rios	82.142
Vassouras	37.083
<b>Médio Paraíba</b>	<b>918.097</b>
Barra do Piraí	100.764
Barra Mansa	184.833
Itatiaia	32.064
Pinheiral	25.364
Piraí	29.545
Porto Real	19.974
Quatis	14.435
Resende	132.312
Rio Claro	18.605
Rio das Flores	9.344
Valença	76.869
Volta Redonda	273.988

Quadro 1 – População estimada segundo Regiões de Saúde e Municípios do estado do Rio de Janeiro para o ano de 2020.

(continuação)

<b>Metropolitana I</b>	<b>10.542.254</b>
Belford Roxo	513.118
Duque de Caxias	924.624
Itaguaí	134.819
Japeri	105.548
Magé	246.433
Mesquita	176.569
Nilópolis	162.693
Nova Iguaçu	823.302
Queimados	151.335
Rio de Janeiro	6.747.815
São João de Meriti	472.906
Seropédica	83.092
<b>Metropolitana II</b>	<b>2.131.058</b>
Itaboraí	242.543
Maricá	164.504
Niterói	515.317
Rio Bonito	60.573
São Gonçalo	1.091.737
Silva Jardim	21.774
Tanguá	34.610
<b>Noroeste</b>	<b>349.417</b>
Aperibé	11.901
Bom Jesus do Itabapoana	37.203
Cambuci	15.514
Cardoso Moreira	12.821
Italva	15.299
Itaocara	23.222
Itaperuna	103.800
Laje do Muriaé	7.326
Miracema	27.154
Natividade	15.311
Porciúncula	18.960
Santo Antônio de Pádua	42.594
São José de Ubá	7.206
Varre-Sai	11.106
<b>Norte</b>	<b>955.122</b>
Campos dos Goytacazes	511.168
Carapebus	16.586
Conceição de Macabu	23.398
Macaé	261.501
Quissamã	25.126
São Fidélis	38.710
São Francisco de Itabapoana	42.210
São João da Barra	36.423

Quadro 1 – População estimada segundo Regiões de Saúde e Municípios do estado do Rio de Janeiro para o ano de 2020.

(conclusão)

<b>Serrana</b>	<b>976.775</b>
Bom Jardim	27.616
Cachoeiras de Macacu	59.303
Cantagalo	20.168
Carmo	19.030
Cordeiro	22.041
Duas Barras	11.528
Guapimirim	61.388
Macuco	5.623
Nova Friburgo	191.158
Petrópolis	306.678
Santa Maria Madalena	10.392
São José do Vale do Rio Preto	21.916
São Sebastião do Alto	9.387
Sumidouro	15.667
Teresópolis	184.240
Trajano de Moraes	10.640
<b>Estado do Rio de Janeiro</b>	<b>17.366.189</b>

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2020c.

Tal proporção reflete no peso do município do Rio de Janeiro e das Regiões Metropolitanas quando observamos a distribuição das equipes NASF. Ademais, soma-se ao fato, do Rio de Janeiro por ter sido capital federal, concentrar um número expressivo de estabelecimentos de saúde, sobretudo de hospitais federais, sendo o município do Rio de Janeiro, responsável por concentrar 37,5% dos estabelecimentos de saúde do ERJ (BRASIL, 2021).

O estado do Rio de Janeiro demorou para alavancar o percentual de cobertura de ESF e AB durante anos perante o Ministério da Saúde no país. Após a Reforma da APS no município do Rio de Janeiro, no período de 2009 a 2016, o Estado ampliou consideravelmente a cobertura populacional estimada de eSF e eAP, refletindo o peso do município do Rio de Janeiro.

Segundo dados do E-Gestor AB, o ERJ na competência de dezembro de 2020 apresentava 47,55% de cobertura populacional estimada de ESF e 58,94% de cobertura na Atenção Básica, sendo 2488 eSF homologadas. No que tange as equipes NASF, na competência de dezembro de 2019, o ERJ contava com 208 equipes NASF modalidade I credenciadas pelo MS, sendo 187 implantadas e 08

equipes NASF modalidade II credenciadas pelo MS, sendo 9 implantadas (E-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA, [2021b]).

### **2.3 Estratégias de coleta e análise de dados**

Para analisar a trajetória de implantação do NASF no contexto do ERJ, foi considerado o período entre 2008 e 2021. Tal intervalo, justifica-se pela compreensão dos seguintes argumentos:

Primeiro, da criação do NASF em 2008 e pelo fato do estado do Rio de Janeiro ter sido um dos estados pioneiros a implantar equipes NASF (3 equipes em julho de 2008, seis meses após a publicação da Portaria de criação dos NASF).

Segundo, pelo fato de, em 2019, no âmbito federal, ter ocorrido a alteração da lógica de financiamento do custeio da APS, que incidiu diretamente na manutenção e na expansão de novas equipes multiprofissionais no país. E no âmbito do ERJ, a aprovação do PREFAPS com a transferência financeira estadual para as equipes de Saúde da Família, dentre elas, as equipes NASF-AB.

E terceiro, pela disponibilidade de informações acerca das equipes NASF-AB no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES/MS), a partir da ferramenta de tabulação de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (TABNET/DATASUS).

A pesquisa foi organizada nas seguintes etapas para a coleta de dados: revisão bibliográfica, levantamento de documentos normativos, tais como leis, portarias, decretos no âmbito federal e estadual, coleta de dados secundários, referentes ao quantitativo de equipes NASF implantadas e cadastradas; cobertura de APS e ESF e dados populacionais do ERJ; análise documental e descrição dos resultados.

### 2.3.1 Etapa 1 - Revisão Bibliográfica

A revisão bibliográfica foi realizada nas bases de dados e artigos científicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), utilizando como critério de busca os descritores: núcleo de apoio à saúde da família, política pública de saúde; atenção primária à saúde. Foram considerados os textos completos, com idioma em língua portuguesa e o intervalo de publicação nos últimos 14 anos, em virtude da criação do NASF em 2008.

Foram encontrados 53 artigos na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando os descritores NASF e Política Pública de Saúde, destes apenas 05 foram selecionados para a análise. No Portal da SCIELO foram achados 55 artigos a partir dos descritores Atenção Primária à Saúde e Política Pública de Saúde, sendo 12 artigos selecionados. Ao realizar a busca pelo descritor NASF, conseguiu-se 113 artigos, sendo apenas 10 selecionados. No total foram encontrados 221 artigos, sendo selecionados 27 artigos para a análise (Quadro 2).

Os estudos relacionados às experiências nucleares isoladas dos profissionais que compõem as equipes NASF não foram utilizados. Os textos duplicados foram descartados.

Quadro 2 – Síntese do resultado da busca e seleção dos artigos na pesquisa bibliográfica.

Fonte	Descritores	Resultado da Busca	Seleção
BVS	Nasf AND política pública de saúde	53 artigos	5 artigos
SCIELO	atenção primária à saúde AND política pública de saúde	55 artigos	12 artigos
	Nasf	113 artigos	10 artigos
TOTAL		221 artigos	27 artigos

Fonte: A autora, 2022.

### 2.3.2 Etapa 2 - Levantamento de documentos

Para o levantamento documental foram selecionadas portarias, instruções normativas, deliberações e materiais oficiais do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), publicados entre os anos de 2005 e 2021, referente à Atenção Primária e ao NASF, identificados no Sistema Saúde Legis e nas páginas institucionais do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e da Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Cada regulamentação selecionada e o objetivo de sua criação estão descritas no Quadro 3, a seguir.

Em seguida, no Quadro 4, apresentamos no âmbito estadual, as Resoluções e Deliberações sobre o PREFAPS e Documentos Técnicos.

Quadro 3 – Normativas selecionadas para a análise documental relativos à APS e ao NASF.

Regulamentação	Objetivo
Portaria Nº 1.065, de 04 de julho de 2005	Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF), com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde.
Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)
Cadernos de Atenção Básica nº 27/2010	Fornece diretrizes para a implementação dos NASF e sua articulação com as áreas estratégicas do sistema de saúde: saúde da criança/do adolescente; saúde mental; reabilitação/saúde integral; saúde da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; e práticas integrativas e complementares.
Portaria Nº 2488 de 21 de outubro de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Portaria Nº 3124 de 28 de dezembro de 2012	Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades I e II às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF III, e dá outras providências.
Portaria Nº 548 de 04 de abril de 2013	Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade I, II e III.
Portaria Nº 562, de 4 de abril de 2013	Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).
Cadernos de Atenção Básica nº 39/2014	O Caderno aborda a implantação do NASF, as ferramentas tecnológicas para o processo de trabalho NASF, a articulação da rede de atenção à saúde e de redes sociais de apoio e o uso da informação para a qualificação das ações do NASF.
Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
Nota técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil.
Lei Nº 14.231, de 28 de outubro de 2021	Inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na Estratégia de Saúde da Família.

Fonte: A autora, 2022.

Quadro 4 – Normativas no âmbito do Estado sobre o PREFAPS e Documentos Técnicos.

<b>Resoluções e Deliberações para o PREFAPS</b>	
<b>Fonte</b>	<b>Informações de Interesse</b>
CIB	Resolução SES nº 1846 de 09 de maio de 2019 Aprova o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro (PREFAPS)
	Resolução SES nº 1938 de 25 de novembro de 2019 Altera a resolução SES nº 1.846, de 09 de maio de 2019, que aprovou o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro, incluindo em seu escopo equipes de Consultório na Rua (eCnaR) e de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (e-NASF AB), e dá outras providências.
	Deliberação CIB-RJ- n.º 6.232 de 13 de agosto de 2020 Estabelece os critérios e valores do Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro (PREFAPS) para o ano de 2020.
	Resolução SES nº 2146 de 26 de outubro de 2020 Ratificação da Deliberação CIB-RJ- n.º 6.232 de 13 de agosto de 2020
	Deliberação CIB-RJ nº 6.379, de 15 de abril de 2021 Atualiza o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) para o ano de 2021.
	Deliberação CIB-RJ nº 6404, de 13 de maio de 2021. Atualização do Componente Desempenho e seu rol de indicadores e metas para o ano de 2021.
<b>Documentos e Informes Técnicos</b>	
SAPS/SES-RJ	Panorama das equipes NASF no ERJ 2021
	Informe Técnico 01 SAPS/SGAIS/SES Avaliação do primeiro quadrimestre de 2019 do Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde.
	Informe Técnico 02 SAPS/SGAIS/SES Avaliação do segundo quadrimestre de 2019 do Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde.
	Informe Técnico 03 SAPS/SGAIS/SES Avaliação do terceiro quadrimestre de 2019 do Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: A autora, 2022.

### 2.3.3 Etapa 3 - Análise documental

A seleção para a análise documental considerou as normativas que versam sobre as diretrizes nacionais para a Atenção Básica, a criação e regulamentação dos NASF e o financiamento dos NASF no âmbito federal e estadual.

Para nortear a análise utilizamos quatro categorias, a saber: nomenclatura, modalidade, papel do NASF e financiamento apresentadas no Quadro 5. Essas categorias foram selecionadas por compreendermos que são as principais mudanças ocorridas para as equipes NASF.

Quadro 5 – Categorias consideradas na análise documental e seus significados para a pesquisa.

<b>Categorias</b>	<b>Definição</b>
Nomenclatura	Termo utilizado para representar o NASF
Modalidade	Diferenciação das equipes NASF, a partir do número de equipes ESF apoiadas
Papel do NASF	Atribuições e responsabilidades atribuídas ao NASF
Financiamento	Condições de financiamento das equipes NASF

Fonte: A autora, 2022.

### 2.3.4 Etapa 4 - Coleta de Dados Secundários

Para a coleta de dados secundários foram utilizados os seguintes sistemas de informações oficiais com acesso público e gratuito disponíveis na internet: IBGE, TABNET/SES-RJ, E-GESTOR AB, SCNES/TABNET/DATASUS, conforme descrito no Quadro 6.

Quadro 6 – Dados extraídos nos sistemas de informações oficiais e período de análise.

<b>Sistemas de Informação</b>		
<b>Fonte</b>	<b>Informações de Interesse</b>	<b>Período</b>
IBGE	Dados demográficos do estado do Rio de Janeiro	2020
TABNET/ SES-RJ	População estimada segundo Regiões de Saúde e Municípios no estado do Rio de Janeiro	2020
E-GESTOR AB	Cobertura de APS e ESF	2008 a 2020
	Dados relativos ao histórico de equipes NASF implantadas no estado do Rio de Janeiro, custeadas pelo MS	2008 a 2019
SCNES TABNET/DATASUS	Dados relativos ao número de equipes NASF cadastradas no estado do Rio de Janeiro	2008 a 2021

Fonte: A autora, 2022.

A extração foi realizada através do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES/MS), a partir da ferramenta TABNET/DATASUS (BRASIL, 2021), a listagem de municípios do estado do Rio de Janeiro para informação do número de equipes NASF cadastradas entre 2008 e 2021.

O número de equipes NASF implantadas no estado do Rio de Janeiro entre 2008 e 2019 custeadas pelo MS e os dados de cobertura de APS e ESF no período de 2008 a 2020 foram extraídos do E-Gestor AB, relatórios públicos (E-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA, [2021a]). Os dados foram catalogados em planilhas no software Microsoft Excel versão office 365, classificados por município e organizados por Região de Saúde através de uma série histórica de 2008 até 2020.

## 2.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

Este estudo dispensa submissão e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, pois utiliza apenas a pesquisa em base de dados, sendo, portanto, de domínio público e contendo informações que não identificam os indivíduos.

A pesquisa recebeu concessão da Coordenação de Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde para sua realização, mediante Carta de Anuência da Área Técnica da SES-RJ em concordância com a Carta nº 0212/CONEP/CNS/2010 e com a Resolução CNS 466/2012 (ANEXO A).

### **3 CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM OLHAR PARA A PNAB E PARA O NASF**

Este capítulo tem como propósito apresentar um breve histórico sobre os marcos da APS no âmbito internacional, discorrendo como a APS se deu no cenário nacional e seus desdobramentos à luz da Política Nacional de Atenção Básica, com enfoque sobre a criação do NASF, seus avanços e desafios.

#### **3.1 Contextualização histórica**

Antes de entramos no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, vale elucidar alguns marcos importantes, no cenário internacional, que influenciaram a APS no país. A APS foi pensada, internacionalmente, desde o início do século XX, a partir do Relatório Dawson, no ano de 1922, em que “a ideia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde” (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 44). A proposta visava o esquema de organização dos serviços de saúde em rede, tendo como ideia a provisão sistemática de serviços médicos, disponíveis para uma população de uma dada região. Essa orientação serviu de subsídio para a construção do Serviço Nacional de Saúde Inglês.

No ano de 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, ocorreu um marco fundamental sobre a APS, a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que “propôs a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde e, conseqüentemente, alcançar as metas do Programa Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT 2000)” (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 46).

Durante a Conferência, as primeiras definições sobre a APS foram os marcos estabelecidos para que os países se organizassem politicamente em busca de reformar os sistemas de saúde voltados para a APS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Outro pressuposto são os atributos de organização e orientação da APS. De acordo com Starfield (2002), uma importante formulação concebeu a APS a partir

da ideia de atributos, destacando-se: o primeiro contato, a abordagem integral, a continuidade e longitudinalidade, a coordenação, a abordagem familiar e comunitária referindo-se ao grau de busca da APS pelas pessoas, ao grau de vinculação e relacionamento entre APS e pessoas sob seus cuidados, capacidade resolutive e ao poder para coordenar casos e fluxos assistenciais.

O ideário de Alma-Ata é destacado como um marco para a APS, de justiça social e direito universal à saúde. No entanto, em 1980 em resposta à proposta de Alma Ata, o Banco Mundial e a UNICEF, apresentaram uma proposta alternativa, um pacote de APS seletiva, centrado fundamentalmente na atenção à saúde da criança e da mulher, sob o argumento de que faltaria dinheiro, vontade política e infraestrutura (A DECLARAÇÃO..., 2018).

Entretanto, 40 anos depois de Alma-Ata foi realizada a Conferência Global de APS, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e United Nations Children's Fund (UNICEF) que coloca em risco a defesa da APS integral em sistemas públicos universais de saúde nos quais o acesso aos serviços de saúde é direito de cidadania. A Declaração de Astana considera o direito à saúde restrita ao asseguramento de uma cesta limitada de serviços, diferenciada segundo grupos de renda, em uma nova abordagem da APS seletiva que alia seguros privados e pacotes mínimos (GIOVANELLA; RIZZOTTO, 2018).

A Declaração de Astana aponta importantes retrocessos para os sistemas públicos universais de saúde além de ir ao encontro do ideário das políticas neoliberais de austeridade e de ajuste fiscal que reduzem fortemente o papel do Estado na garantia de direitos sociais.

### **3.2 A Atenção Primária à Saúde no Brasil**

No Brasil, no ano de 1986, o país realizava a VIII Conferência Nacional de Saúde, no qual seriam discutidas formas de garantir aos cidadãos o acesso aos serviços de saúde existentes na época. Porém, para essa discussão receber tamanho enfoque, mobilizações sociais já aconteciam anos antes em diversos estados com o objetivo de conquistar direitos cruciais à vida, entre eles à saúde. O movimento intitulado Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988 torna a

saúde um direito de todos com o dever de ser garantido pelo Estado. Assim, em 1990 com a promulgação das leis nº 8.080 e nº 8.142, o Sistema Único de Saúde (SUS) é implantado no Brasil.

De acordo com Fausto e Matta (2007, p.43), “a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação de Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde”.

Segundo o Ministério da Saúde:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária [...] utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas [...] deve ser o contato preferencial dos usuários, a porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011, p. 48).

Nesse esforço de construção de um modelo assistencial foi implantado oficialmente em 1991, o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), que teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) em buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades.

Em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família que trazia em sua concepção o estabelecimento de vínculo, assim como a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Entretanto, a partir de 1996 o Ministério rompe com o conceito de programa com o objetivo de desvincular a ideia de verticalidade e transitoriedade, utilizando então a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No início, os critérios de distribuição de recursos federais para o financiamento das ações de AB eram centrados na produção de serviços,

privilegiando os municípios de maior capacidade de oferta. De acordo com Castro, Machado e Lima (2008), “as mudanças relacionadas aos mecanismos de transferências desses recursos ocorreram concomitantemente com o avanço do processo de descentralização do setor Saúde, com ênfase na municipalização” (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2008, p. 78).

Vale ressaltar que a partir da NOB 96, com a introdução dos Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável como forma de financiamento para a APS, facilitou a implantação da ESF. De acordo com Melo *et al.* (2018b, p. 40)

operados por meio de repasse financeiro fundo a fundo, superou a lógica de financiamento por convênio e produção (procedimentos) tendo o caráter relativamente redistributivo e tipo de repasse mais global por meio do PAB Fixo (per capita) e do PAB Variável (por adesão a componentes da ESF).

Nesse sentido, a aplicação de recursos financeiros na Estratégia de Saúde da Família é compreendido pelo Ministério da Saúde como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012b).

Segundo Corbo, Morosini e Pontes (2007), inicialmente, o PSF era visto como modelo de extensão de cobertura do acesso aos serviços de saúde, entretanto, é a partir de 1996 que passa a ser considerada uma estratégia de transformação do modelo assistencial vigente, propondo a substituição das práticas de assistência tradicionais.

A publicação da Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006 coloca como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Desta forma, instaura-se no Brasil uma nova proposta de atenção à saúde, que mudaria não somente a concepção de assistência propriamente dita, mas também a concepção de processo de trabalho em saúde, agora pautada na proposta da atuação interdisciplinar – a partir do trabalho multiprofissional em equipe – e no fortalecimento de estratégias formativas (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007). Além disso, destacam-se alguns conceitos e noções que são

centrais para o entendimento e prática desse modelo como acolhimento, vínculo, adscrição de clientela, territorialização, responsabilidade sanitária, ações individuais e coletivas e a retaguarda do apoio matricial (MELO *et al.*, 2018b).

No cenário internacional, o Brasil foi destaque no Relatório da OMS Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca, como exemplo de país a seguir em busca de uma APS abrangente (OMS, 2008).

Conforme a expansão da ESF acontecia no país nesse período, alguns nós críticos cresciam na mesma velocidade. Mesmo com a publicação de normativas e iniciativas voltadas para o crescimento da ESF, a dimensão territorial do país e as diferenças regionais e socioeconômicas existentes deixavam evidentes problemas, tais como infraestruturas inadequadas, subfinanciamento, e a dificuldade de fixação de profissionais médicos, que ainda persistem até os dias atuais (VIEIRA DE MACEDO *et al.*, 2016).

O MS na tentativa de enfrentá-los, promoveu a criação de ações, programas e estratégias na tentativa de resolver ou pelo menos minimizar tais desafios.

No ano de 2011, no governo Dilma Rousseff, foi lançado o Programa Requalifica UBS, com o objetivo de criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação, construção de UBS, envolvendo também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) propôs um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde com o objetivo de incentivar gestores e equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Em 2013, o e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) foi criado através da Portaria GM/MS nº 1.412 como uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional em substituição completa do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Outra iniciativa foi o lançamento do Programa Mais Médicos (PMM). Seu objetivo era o provimento emergencial de profissionais médicos em regiões onde há a escassez ou ausência desses profissionais em locais de difícil acesso e o incentivo à formação, na expansão de novas vagas de graduação e residência médica visando à qualificação desses profissionais.

Os anos de 2014 e 2015 foram marcados pelo prenúncio de uma grave crise política e econômica que assolaria o país, repercutindo no SUS. No âmbito da AB, destacou-se a aprovação da Lei Federal nº 12.994<sup>3</sup> com definição de piso salarial e obrigatoriedade pela contratação apenas por vínculos diretos, para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de Combate às Endemias (ACE), recaindo fortemente a contratação de tais profissionais para os municípios (MELO *et al.*, 2018a).

Em 2016, período marcado por uma forte crise econômica no cenário nacional e internacional houve a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação. Tal medida de austeridade fiscal foi apontada pelo Ministro da Saúde à época, Ricardo Barros, como “uma medida de eficiência econômica, defendendo a criação de planos privados populares de saúde suplementar” (MELO *et al.*, 2018b, p. 41).

No ano seguinte, houve mudanças nas regras do financiamento federal do SUS, findando os seis blocos<sup>4</sup> de financiamento do SUS, dentre eles o de AB, para a adoção de dois grandes blocos: de custeio e de investimento (MENDES; MARQUES, 2014).

No curso de profundas mudanças nos cenários político e econômico do país que assolaram em cheio o SUS, uma nova mudança no financiamento da APS ocorreu. Instituído pela Portaria nº 2979 de 12 de novembro de 2019, o Programa Previne Brasil estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando de maneira significativa as formas de transferência intergovernamental de recursos para os municípios.

Esta proposta extinguiu o então PAB e propôs que o custeio ocorresse com base nos seguintes componentes do programa, a saber: a) Capitação Ponderada, prevê a transferência financeira por cada usuário cadastrado em uma equipe, seja eSF, eAP, equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), equipes de Consultório na Rua (eCnaR) ou equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP); b)

---

<sup>3</sup> Lei 12.994 de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias (BRASIL, 2014a).

<sup>4</sup> Os seis blocos de financiamento do SUS, a saber: Atenção Básica (AB); Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Desempenho, presume uma transferência financeira atrelado ao alcance de metas dos indicadores propostos pelo MS e c) Incentivo às Ações Estratégicas. Os dois primeiros componentes englobam os recursos referentes as transferências financeiras do PAB fixo e do PAB variável relacionados às equipes de Saúde da Família, equipes NASF e ao PMAQ-AB. O último componente prevê transferências financeiras para ações consideradas estratégicas, dentre as quais destacamos as equipes de Saúde Bucal, Consultório na Rua, Agentes Comunitários de Saúde, Informatiza APS dentre outras.

Dando seguimento a esse cenário de mudanças, o Programa Mais Médicos (PMM) foi substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil (PMPB), sendo instituído o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública. Tem como finalidade “promover em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde em caráter complementar e colaborativo com a atuação dos entes federativos” (BRASIL, 2020a, p. 2).

Essa medida é potencialmente indutora de uma maior precariedade no âmbito da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), e mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF)

Nesse sentido, diante de profundas transformações que colocam em risco os pressupostos que balizam a APS, em que a correlação de forças está muito desfavorável aos que defendem a saúde como um direito e a mentalidade privatista atuando fortemente, testemunhamos o flagelo do crescimento do SUS gerando um desmonte progressivo, em particular, o desmantelamento da APS no cenário brasileiro.

### **3.3 A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) versões de 2011 e 2017: semelhanças e diferenças**

Um marco legal que estabeleceu a missão, os princípios e as diretrizes da Atenção Primária no Brasil foi a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A primeira versão data de 2006, através da Portaria Nº 648 de 28 de março, sendo

revogada em 2011, pela Portaria GM/MS 2488 de 21 de outubro e reformulada em 2017.

A PNAB 2006 foi formulada em um cenário político bastante conturbado, no qual ocorria à época uma reforma ministerial importante, gerando grande insegurança institucional (ALMEIDA, 2016). Neste estudo limitamos a análise das versões de 2011 e 2017 por considerar que a PNAB de 2006 está contemplada na versão de 2011. O intuito é comparar as edições de 2011 e 2017 identificando as permanências, as supressões e as alterações dos seus elementos constituintes, sobretudo no que tange ao NASF.

Com o advento do movimento de expansão da ESF que ocorria em todo o país, em busca para preservar sua centralidade e consolidar uma APS forte foram elementos suficientes para que houvesse a primeira revisão da PNAB em 2011 mesmo com a adversidade do cenário nacional de instabilidade econômica e política.

O novo texto apesar de manter a essência da versão anterior introduziu importantes inovações voltadas à ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da Atenção Básica, com destaque para a flexibilidade da carga horária médica, a introdução de novos arranjos de equipes e o PMAQ-AB (BRASIL, 2011).

Diante da persistência e desafios da baixa resolubilidade desses serviços, em 2015, os gestores municipais e estaduais de saúde mostraram interesse em debater a PNAB vigente. Paralelamente acontecia a 15ª Conferência Nacional de Saúde que no seu relatório propôs garantir o processo de revisão da PNAB. O Departamento da Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde iniciou um conjunto de reuniões, oficinas e fóruns envolvendo trabalhadores, gestores, usuários e pesquisadores (ALMEIDA *et al.*, 2018).

O processo de revisão foi interrompido, ainda em 2015, diante de acontecimentos no cenário político que originaram mudanças significativas no Poder Executivo Federal. Segundo Machado, Lima e Baptista (2017), as reformas ministeriais comandadas no governo da Presidente Dilma Rousseff acarretaram mudanças no Ministério da Saúde, com a saída do ministro Arthur Chioro e o ingresso do deputado Marcelo Castro. Tal mudança teve o intuito de dar sustentação política ao governo Dilma, especialmente no Congresso Nacional, que não se concretizou, culminando com o impeachment da Presidente em agosto de

2016, sendo o cargo assumido pelo então vice-presidente, Michel Temer (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Em 2016, a revisão da PNAB retornou para agenda ministerial em virtude da publicação da Portaria nº 958 de 10 de maio de 2016 que facultava a presença de ACS nas equipes e a incorporação de mais técnicos de enfermagem. Diante de tamanha repercussão e insatisfação gerada pela categoria dos ACS, em pouco tempo essa portaria foi revogada. Em meio ao cenário de transição governamental, tendo assumido o Ministério da Saúde, o deputado Ricardo Barros, abriu uma nova janela de oportunidades para que o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) pautassem de forma mais incisiva a revisão da PNAB, por possuir um alinhamento político com o novo ministério. Mesmo com fortes questionamentos dos setores da sociedade civil, trabalhadores da saúde reunidos no Conselho Nacional de Saúde (CNS), a nova PNAB foi publicada através da Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017.

As principais mudanças da PNAB 2017, ocorreram com relação ao reconhecimento de outros formatos de equipe, a inclusão do profissional Gerente de Unidade Básica de Saúde, a integração Vigilância em Saúde e Atenção Básica, flexibilização da carga horária das equipes, prazo de implantação de novas equipes, conforme apresentado no Quadro 7.

Com relação aos NASF as principais mudanças propostas foram: a alteração da nomenclatura, a ampliação da vinculação às equipes de AB “tradicionais”, o financiamento e processo de trabalho sinalizados no Quadro 8.

Quadro 7 – Comparativo entre a PNAB 2011 e PNAB 2017 por eixo temático.

(continua)

Eixo temático	PNAB 2011	PNAB 2017
<b>Equipe de Atenção Básica</b>	EAB não era reconhecida; EAB não tinha financiamento federal; Município podia compor da forma que lhe fosse conveniente, incluindo definição de composição e carga horária; EAB não enviava produção de saúde.	EAB passa a ser reconhecida; EAB deve atender aos princípios e diretrizes da AB; EAB tem caráter transitório em direção à ESF;
<b>ACS E ACE – Integração da AB e Vigilância</b>	ACE não compunha ESF/EAB; Processo de trabalho e território diferentes; ACS obrigatório na ESF (1 para cada 750 pessoas e máximo de 12 por equipe) sendo facultativo na EAB; EACS sem definição de quantidade mínima de ACS; Sem atribuições dos ACE; 8 atribuições dos ACS; Coordenação do trabalho do ACS apenas pelo enfermeiro;	ACE pode ser membro da ESF/EAB; Território único e planejamento integrado das ações; ACS obrigatório na ESF (quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local / em áreas de vulnerabilidade, 1 para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população/ excluído máximo por equipe) sendo facultativo na EAB; EACS com quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local; Incorpora as atribuições do ACE (Lei 11.350) e acrescenta 11 atribuições comuns ACE e ACS; Amplia as atribuições dos ACS (12); Coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe (nível superior); Inseridas ações de integração da AB e Vigilância.
<b>Composição das Equipes</b>	ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS; ESF complementar: saúde bucal, NASF; EAB não havia definição - a critério do gestor local.	ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS; ESF complementar: ACE, saúde bucal, NASF; EAB deve seguir parâmetros da ESF.
<b>Carga Horária</b>	SF 40h + 5 tipos de ESF (equipes com composição de carga horária e transitória);	ESF 40h para todos os membros + EAB 40h por categoria profissional (máx.3 profissionais por categoria, mínimo de 10h/semana).
<b>Gerente de Atenção Básica</b>	Não reconhecia esse trabalhador	Reconhece a figura do gerente de UBS, recomendando sua inserção na equipe, a depender da necessidade local; Gerente de AB deve ter nível superior, preferencialmente da área da saúde. Caso seja enfermeiro, a UBS deverá ter outro enfermeiro para as ações de cunho clínico.

Quadro 7 – Comparativo entre a PNAB 2011 e PNAB 2017 por eixo temático.

(conclusão)

Eixo temático	PNAB 2011	PNAB 2017
<b>Oferta Nacional de Serviços e Ações Essenciais e Ampliados</b>	Não possuía	A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras.
<b>Territorialização/ Vínculo</b>	Usuário só podia se vincular a uma UBS.	Usuário pode se vincular a mais de uma UBS.
<b>Segurança do paciente</b>	Não possuía	Incorpora o debate em torno da segurança do paciente no âmbito da AB, como atribuições de todos os membros da equipe.
<b>Regulação</b>	Tratado de forma superficial	Acrescenta, nas atribuições dos membros da equipe, a função de participar e contribuir com os processos de regulação do acesso a partir da AB; Sinaliza o Telessaúde e a utilização de protocolos como ferramentas de apoio e aperfeiçoamento do processo de regulação.
<b>Pontos de Apoio</b>	Não há referência	Reconhece os pontos de apoio como estrutura física que compõe a AB para atendimento às populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.); Destaca que os pontos de apoio devem respeitar as normas gerais de segurança sanitária, bem como ser um local de acolhimento humanizado para a população.
<b>Educação Permanente e Formação em saúde</b>	EP distribuída ao longo do texto, não versava sobre formação em saúde (ensino na saúde); Não abordava espaço físico para tais ações;	Versa sobre formação em saúde que deve ser incorporada no processo de trabalho das equipes; Sinaliza a importância de estrutura física e ambiência que comporte os processos de EP e formação em saúde; Incorpora a temática do ensino na saúde-integração ensino-serviço, destacando o papel da AB como locus de formação na graduação e residência, de pesquisa e extensão.
<b>Credenciamento</b>	Não constava	Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, no prazo máximo de 4(quatro) meses, a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.

Fonte: A autora, 2022.

Quadro 8 – Comparativo entre a PNAB 2011 e PNAB 2017 em relação ao NASF, por eixo temático.

NASF	PNAB 2011	PNAB 2017
<b>Nomenclatura</b>	NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família;	NASF-AB= Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica;
<b>Vinculação</b>	Só podia se vincular apenas às eSF;	Pode se vincular às eSF e EAB;
<b>Modalidades</b>	3 modalidades: NASF I, NASF II e NASF III	Mantêm as 3 modalidades
<b>Processo de trabalho</b>	Continha descrição do processo de trabalho do NASF;	Não contém descrição do processo de trabalho do NASF-AB, considerando que este está no CABs (39) e em normativas específicas;
<b>Composição das equipes</b>	19 CBO podem compor os NASF;	Mantêm os 19 CBO para compor os NASF-AB;
<b>Financiamento</b>	Definia os valores de implantação e custeio;	Valores de implantação e custeio serão normatizados em portarias específicas;
<b>Parâmetros de vinculação</b>	NASF I (5-9 ESF); NASF II (3-4 ESF); NASF III (1-2 ESF).	Parâmetros de vinculação mantidos

Fonte: A autora, 2022.

Observa-se que a PNAB 2017 foi acrescida de muitos elementos que chamam a atenção para um descompasso dos avanços que até então estava sendo construído desde 2006 tais como: o incentivo do modelo de equipes de AB tradicional, em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal; a indução da redução do profissional ACS na equipe mínima; a flexibilização da carga horária dos profissionais.

Em relação ao NASF, a PNAB 2017 não traz mudanças quanto às categorias profissionais, nem sua carga horária. Contudo, a mudança na sua nomenclatura sugere outra concepção de trabalho diferente da função de apoio, pela possibilidade de cobrir também as unidades básicas tradicionais, pela

maior dificuldade de operar na lógica do apoio matricial com este tipo de UBS, considerando o regime de carga horária dos profissionais dessas equipes e a baixa indução para funcionarem com atributos e diretrizes observados na ESF.

Outro aspecto que chama atenção é que mesmo após a publicação da nova PNAB, não houve qualquer ato normativo de reajuste dos valores de custeio das equipes de Saúde da Família, NASF e Saúde Bucal. Pelo contrário, essa mudança favoreceu para que houvesse uma mudança na lógica do financiamento de custeio para a Atenção Primária, sobretudo para o NASF, que sofreu perdas radicais, quando o MS deixa de credenciar e financiar novas equipes.

Nesse processo, a concentração de poder nos gestores formais do SUS, através da gestão governamental tripartite do SUS indicou um duelo de forças em desequilíbrio com a sociedade civil e os trabalhadores, produzindo mais uma cisão nas bases de sustentação do SUS. Se configurarmos uma trama relacionando os elementos conjunturais políticos do país e os elementos da nova PNAB, o principal efeito tende a ser o desmonte da ESF, em um cenário em que esta grande política pública tem sua existência gravemente ameaçada.

### **3.4 Reflexões sobre a origem do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) até os dias atuais**

Diante do cenário apresentado é importante enfatizar a trajetória de implantação dos NASF no país e refletir sobre as suas concepções, os seus desafios e avanços até os dias atuais.

Nessa linha, ao retomarmos os primórdios do NASF identificamos que algumas iniciativas precursoras ao NASF foram criadas com a ideia de incorporar as equipes multiprofissionais na Atenção Básica com o objetivo de dar suporte técnico às equipes mínimas.

Em 2004, na gestão do então ministro da Saúde, Humberto Costa foi formulada uma proposta de Núcleo de Saúde Integral (NSI) sendo esta influenciada de forma expressiva a partir do diálogo aberto com o Ministério do Esporte, que tinha como concepção de base três eixos: promoção de atividade física no SUS; saúde mental e reabilitação (ALMEIDA, 2016). Essa proposta passou por diversas

formulações que foram consolidadas e renomeadas de Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF)<sup>5</sup>.

De acordo com a Portaria, os NAISF eram constituídos,

por profissionais de diferentes áreas de conhecimento<sup>6</sup> compondo com os profissionais da Saúde da Família uma equipe que atue em um território definido, a partir de quatro modalidades de ação:

I) alimentação/nutrição e atividade física;

II) atividade física;

III) saúde mental e reabilitação [...]. Para implantar, para fins de financiamento, um Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família para cada 9 a 11 equipes da Saúde da Família, optando por implantar uma, duas, três ou as quatro modalidades, de acordo com suas possibilidades e necessidades [...] nos municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes (BRASIL, 2005, p. 1).

Tais prerrogativas colocadas na Portaria geraram discussões, sendo considerado um modelo excludente frente aos municípios que não tinham o quantitativo de equipes implantadas e nem porte populacional descrito não fazendo jus ao pleito de implantação do NAISF. Paralelamente a essa discussão havia uma pressão de outras categorias profissionais para serem incorporadas ao NAISF. Entretanto, o NAISF teve vida curta e nem chegou a ser incorporado ao sistema. No dia seguinte à publicação da portaria, o ministro Humberto Costa foi exonerado e a portaria bem como outras à época foram revogadas (ALMEIDA, 2016).

No período de 2005 a 2006 houve um vácuo, uma ausência total de debate sobre o NASF, sendo retomado em 2007, com o ministro José Gomes Temporão. Nesse momento, resgata-se a ideia dos NAISF, mas renomeando-o como Núcleo de Apoio à Saúde da Família e redirecionando a proposta, centrando suas ações no apoio às equipes de Saúde da Família, numa perspectiva de matriciamento de saberes e práticas, e não mais como equipe de atenção, com atividades assistenciais diretas aos usuários.

Segundo Almeida (2016), a motivação para a mudança do desenho foi a constatação de mudanças necessárias ao processo de trabalho da equipe em que:

[...] as demandas para as categorias inseridas na equipe mínima (médico, enfermeiro e dentista) diferiam das possíveis demandas para as demais profissões da área da saúde. Assim, entendia-se que não mais seria

---

<sup>5</sup> Portaria nº 1065, de 04 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde (BRASIL, 2005).

<sup>6</sup> Psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais.

necessária uma ampliação de cada equipe mínima para atender a população, mas sim a conformação de equipes de referência ou retaguarda, que iriam atuar junto aos profissionais da equipe mínima numa perspectiva de apoio ao processo de trabalho e, eventualmente, em atendimentos diretos aos usuários dos serviços, a partir da própria demanda da equipe de Saúde da Família (ALMEIDA, 2016, p. 60).

A proposta do NASF, diferentemente de quando foi formulada a proposta do NAISF, não teve objeções dos representantes do CONASS e do CONASEMS, havendo um considerável consenso entre o grupo.

Nesse sentido, visando ampliar o escopo e a resolutividade das ações desenvolvidas na ESF, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado através da Portaria Ministerial nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (republicada em 4 de março de 2008) que definia as principais orientações normativas e operacionais para o seu funcionamento constituindo-se um dispositivo estratégico de suporte à AB. Sua composição através de equipes multiprofissionais, composta pelas seguintes categorias profissionais: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional.

O público-alvo da proposta eram municípios com 100 mil habitantes ou mais, e municípios com menos de 100 mil habitantes na Região Norte, sendo permitida a implantação do NASF em municípios com equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) (BRASIL, 2008). Apesar de representar um significativo aumento no financiamento na AB, não permitiu contemplar, a princípio, um número significativo ou a grande maioria dos municípios brasileiros.

A proporção de NASF por equipes de SF/AB era calculada por duas modalidades: NASF modalidade I, sendo uma equipe NASF para no mínimo oito eSF e no máximo vinte eSF, e NASF modalidade II, no qual uma equipe NASF seria responsável pela cobertura de no mínimo três eSF. Aos municípios que aderissem à proposta do NASF era previsto incentivo de implantação no valor de R\$ 20.000,00 por NASF modalidade I e R\$6.000,00 por NASF modalidade II, e parcelas de igual valor para custeio mensal.

No ano seguinte foi publicado o Caderno de Atenção Básica (CAB) intitulado “Diretrizes do NASF” – nº 27, em caráter complementar à portaria, sendo

considerada uma referência importante para gestores e trabalhadores na implantação e dinâmica do NASF (BRASIL, 2010a). Com esta publicação tornou-se evidente a orientação sobre o processo de trabalho das equipes com a ideia do matriciamento, de discussão de casos, para a construção de projetos terapêuticos singulares em conjunto com a ESF enquanto orientadores teórico-metodológicos para os profissionais que compunham estas equipes. Após a publicação do material foram realizadas oficinas estaduais, em todo o país, com o intuito de propor um método formativo que orientassem os municípios na qualificação do processo de trabalho das equipes NASF, denominadas de Oficinas de Qualificação do NASF (BRASIL, 2010b).

No sentido de aprimorar a atuação e ampliar o quantitativo de NASF no país, o MS publicou algumas regulamentações dentre elas, a Portaria Nº 2488 de 21 de outubro de 2011, referente à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em que foi ampliado o rol de categorias profissionais a comporem o NASF, a saber: profissional com formação em arte e educação (arte educador); Médico veterinário; Médico geriatra; Médico internista (clínica médica); Médico do trabalho; e profissional de saúde sanitaria (graduação em Saúde Coletiva) (BRASIL, 2012b). A publicação da Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, redefiniu os parâmetros de vinculação das modalidades NASF e a portaria nº 548, de 04 de abril de 2013 definiu a transferência de recursos do financiamento do PAB Variável para os NASF de acordo com as modalidades, (BRASIL, 2012a; 2013) conforme Quadro 9.

Quadro 9 – Parâmetros das Modalidades e valores de custeio para as equipes NASF.

<b>Modalidade NASF</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Valores de custeio</b>
Modalidade 1	1 equipe NASF para 5 a 9 equipes de ESF	R\$ 20.000,00
Modalidade 2	1 equipe NASF para 3 a 4 equipes de ESF	R\$ 12.000,00
Modalidade 3	1 equipe NASF para 1 a 2 equipes de ESF	R\$ 8.000,00

Fonte: A autora, 2022.

Nessa perspectiva, outra iniciativa que abarcou o NASF com a lógica na melhoria da qualidade e no desempenho dessas equipes foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A Portaria Nº 562 de 04 de abril de 2013 definiu o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do PAB Variável para as equipes de Atenção Básica, equipes de Saúde Bucal e NASF.

Em 2014, com a edição do CAB nº 39 dedicada ao tema “Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vol. 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano” (BRASIL, 2014b), novos elementos foram propostos para a organização dos processos de trabalho das equipes NASF. Organização da agenda NASF, garantia de espaços de encontros permanentes e periódicos com as equipes vinculadas e a utilização de algumas ferramentas como o genograma, ecomapa, atendimento domiciliar compartilhado, atendimento individual compartilhado são algumas práticas para subsidiar o processo de trabalho dessas equipes (BRASIL, 2014b).

Durante o período de 2013 a 2018 observamos uma expansão dessas equipes no país, “em 2013 havia 2.767 implantados, chegando a 4.288 em 2015, e aumentando progressivamente nos anos posteriores, 4.406 em 2016, 4.886 em 2017 e 5.221 em março de 2018. Nota-se que durante esse período as categorias profissionais mais frequentes são: psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas” (MELO *et al.* 2018a, p. 329).

Esse processo ao mesmo tempo em que gerava certo otimismo na perspectiva do fortalecimento da Atenção Primária, no aumento do financiamento que estava sendo realizado para sua implantação e consolidação dessas equipes, a partir da incorporação de novas práticas, por outro lado gerava e ainda gera, grandes desafios em traduzir efetivamente sua lógica de processo de trabalho, centralmente embasada na lógica do apoio matricial.

Além disso, é oportuno indicar que as equipes NASF também passaram a enfrentar os mesmos problemas que assolam as equipes ESF, como por exemplo, alta rotatividade de profissionais, precariedade de infraestrutura das UBS, poucos recursos materiais, déficits no sistema de informação das equipes e dificuldades na organização do processo de trabalho.

Com a publicação da PNAB 2017, outras mudanças chamaram a atenção, a começar pela mudança da nomenclatura do NASF retirando o termo “Apoio” sendo substituído pelo termo “Ampliado”, gerando dúvidas sobre o papel do apoio matricial nesta estratégia, além do fato de ampliar a responsabilidade para as chamadas equipes de Atenção Básica tradicionais colocando em risco o modelo da ESF. Nesse contexto, o NASF passa a ser considerado como uma equipe complementar se distanciando da lógica de integração com a ESF.

Vale ressaltar que algumas questões se mostram reticentes desde o início da criação do NASF e com a PNAB 2017 ficaram mais evidentes. A primeira delas versa pelo modo de implantação e operação do NASF nos territórios. De acordo com a PNAB, fica a cargo dos gestores municipais a composição de cada equipe de NASF, que deveriam seguir os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde a serem apoiadas (BRASIL, 2011; 2017).

Nesse sentido, devido às especificidades territoriais, a atuação dessas equipes vem gerando polêmicas e dicotomias entre atividades assistenciais na lógica de atuação ambulatorial (consultas individuais) e ações coletivas voltadas para atividades em grupos, educativas e de apoio matricial às equipes SF. Segundo Melo *et al.* (2018a), “ao mesmo tempo, que o modo como o NASF é estruturado e posto a operar também pode ser atravessado pelas características do território e da rede em que é implantado” (MELO *et al.* 2018a, p. 335). Além, das questões políticas locais de cada município que impactam diretamente nas composições e distribuição de equipes nos territórios.

Outra questão perpassa pela formação profissional dos integrantes das equipes. As diretrizes e normativas não deixam de forma clara a atuação de cada profissional nem o escopo de prática de cada um, o que vem dificultando a compreensão do trabalho do NASF, tanto pelos próprios profissionais do Núcleo como das equipes apoiadas.

Outrossim, cabe destacar um ponto relacionado sobre o monitoramento e avaliação do processo de trabalho dessas equipes. Diante da complexidade do trabalho produzido, existe uma defasagem e uma ausência de sistematização tanto para a coleta quanto para a manutenção de um fluxo de informações nos sistemas disponíveis, sendo uma dificuldade para os sistemas de informações vigentes retratar o trabalho desenvolvido por essas equipes. Atualmente, no Sistema de

Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) encontramos para o registro das equipes NASF, os seguintes tipos de produção: atendimento individual, visita domiciliar, procedimentos (no caso de se utilizar alguma prática integrativa complementar) e ações coletivas. São ações importantes, entretanto não dimensionam todo o processo de trabalho que essas equipes desenvolvem no cotidiano.

Com o novo modelo de financiamento - Programa Previne Brasil –que extingue o PAB fixo e variável e adota a capitação ponderada, como critério para a transferência intergovernamental dos recursos para custeio da Atenção Básica, indica o risco da manutenção do NASF-AB. Em janeiro de 2020 foi publicada a Nota Técnica nº 3, informando que o Ministério da Saúde deixaria de realizar o credenciamento e conseqüentemente, o financiamento de novas equipes NASF-AB. A partir desse momento, as gestões estaduais e municipais passariam a ter autonomia na aplicação dos incentivos de custeio federal referente ao novo modelo de financiamento, além de desobrigar e resguardar as mesmas de registrar novos profissionais no SCNES como equipes NASF-AB. Nessa perspectiva, a priorização de outras áreas pode ocasionar a descontinuidade das equipes NASF-AB já atuantes, enfraquecendo, dessa forma, a sua atuação global e a própria manutenção desses núcleos.

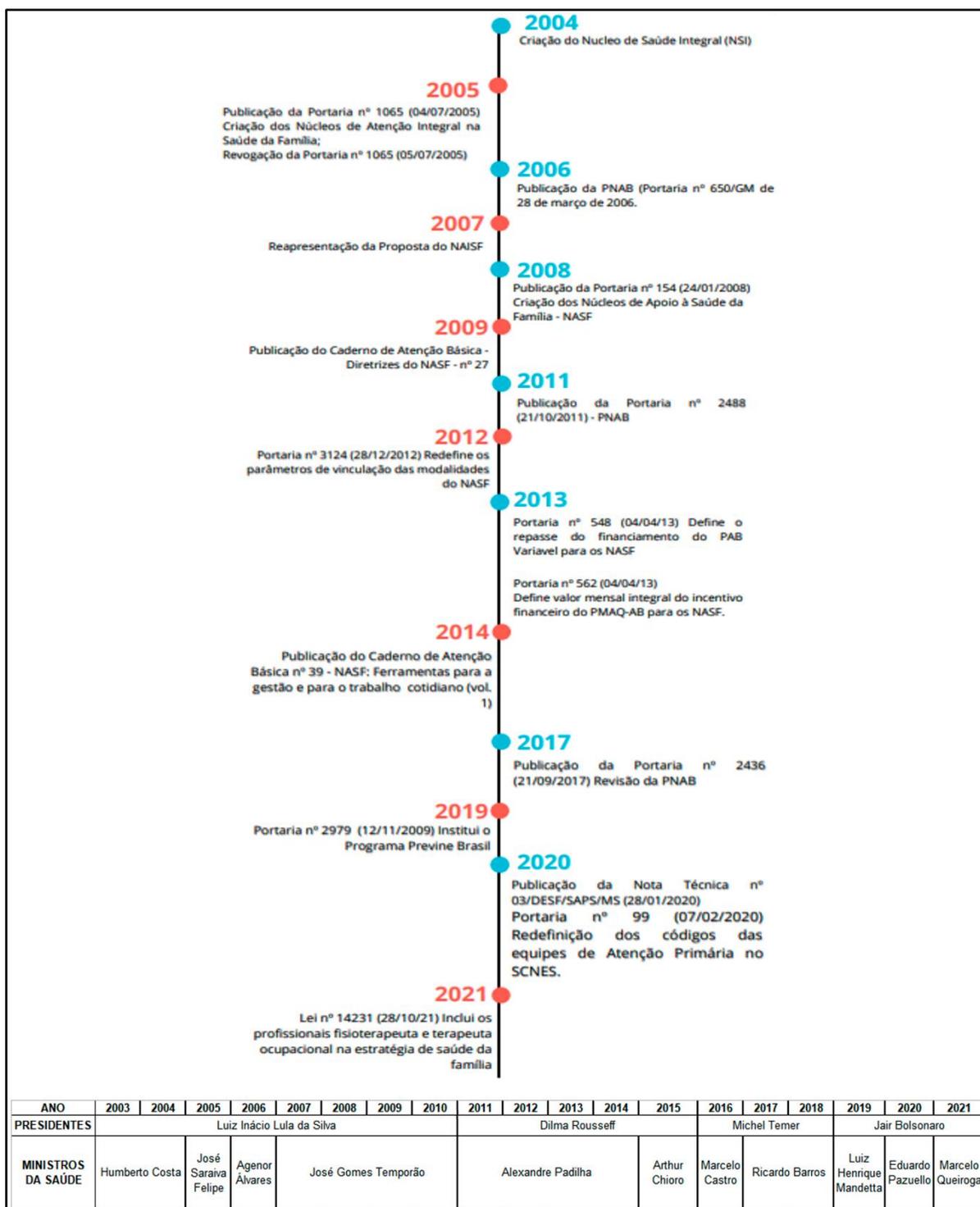
Outra mudança que ocorreu no ano de 2020 foi a redefinição dos códigos de identificação das Equipes de Atenção Primária no SCNES publicada através da Portaria nº 99 de 07 de fevereiro de 2020, ficando a cargo das gestões municipais realizarem essa atualização no SCNES. No que tange às equipes NASF, as modalidades que antes possuíam um código específico de identificação passam a ser identificadas pelo código (72 - e-NASF-AB), agregando todas as modalidades em um único código (BRASIL, 2020d).

Nesse ínterim, outro fator que merece destaque foi a sanção da Lei nº 14.231 de 28 de outubro de 2021, que incluiu os profissionais fisioterapeutas e terapeuta ocupacional na Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, essa perspectiva aponta uma mudança no modelo da Saúde da Família, fragilizando a estratégia do NASF.

A Figura 2 ilustra, através de uma linha do tempo, todo o processo de construção do NASF e seus marcos normativos, durante o período de 2005 a 2021

correlacionando com os momentos políticos dos presidentes e ministros da saúde à época.

Figura 2 – Linha do Tempo com os marcos de construção do NASF no período de 2005 a 2021 correlacionando os momentos políticos dos presidentes e ministros da saúde à época.



Fonte: A autora, 2022.

No capítulo 4 iremos discorrer como se deu a consolidação do NASF no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, sua conformação, suas peculiaridades e desafios para essas equipes.

## **4 A TRAJETÓRIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO NASF NO ESTADO RIO DE JANEIRO**

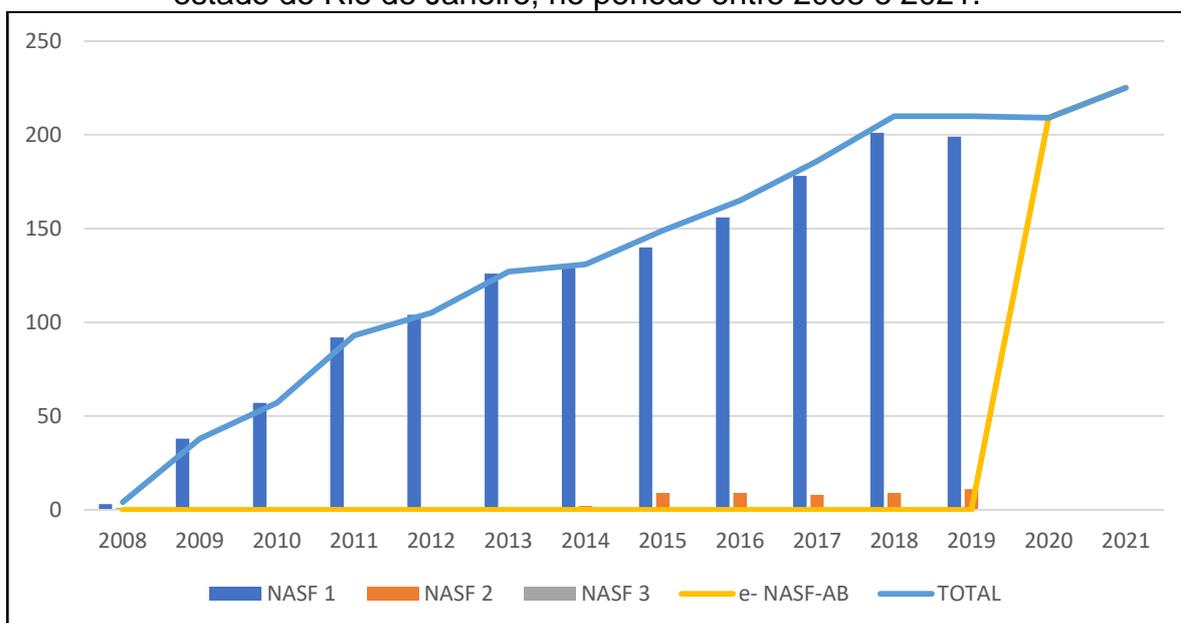
Este capítulo tem como propósito apresentar a implementação do NASF no âmbito do estado do Rio de Janeiro desde 2008, como uma estratégia da política de Atenção Básica, com base nas diretrizes nacionais, sua trajetória de expansão e conformação.

### **4.1 Panorama da implementação do NASF no estado do Rio de Janeiro**

No estado do Rio de Janeiro, a adesão à proposta do NASF ocorreu desde o ano de publicação da primeira regulamentação federal. De acordo com os dados disponíveis no SCNES, no ano de 2008, 4 equipes NASF foram cadastradas, sendo 3 equipes modalidade I e 1 equipe modalidade II. Os municípios que deram o pontapé inicial foram: Armação dos Búzios, Belford Roxo, Bom Jesus do Itabapoana e Cachoeiras de Macacu.

No ano subsequente, houve um salto para 39 equipes cadastradas no SCNES, em 16 municípios do estado, abrangendo a totalidade das Regiões de Saúde, exceto a Região Norte. Em 2010, já com a inserção da Região Norte, contamos com a presença de 24 municípios e 57 equipes NASF no ERJ. O Gráfico 1 mostra curva de evolução do número de equipes NASF implantadas cadastradas no SCNES, no período de 2008 a 2021.

Gráfico 1 – Número de equipes NASF cadastradas no SCNES, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, no período entre 2008 e 2021.



Fonte: BRASIL, 2021.

Observa-se um movimento ascendente em relação a implantação das equipes NASF no ERJ, chegando em 2021 com total de 225 equipes.

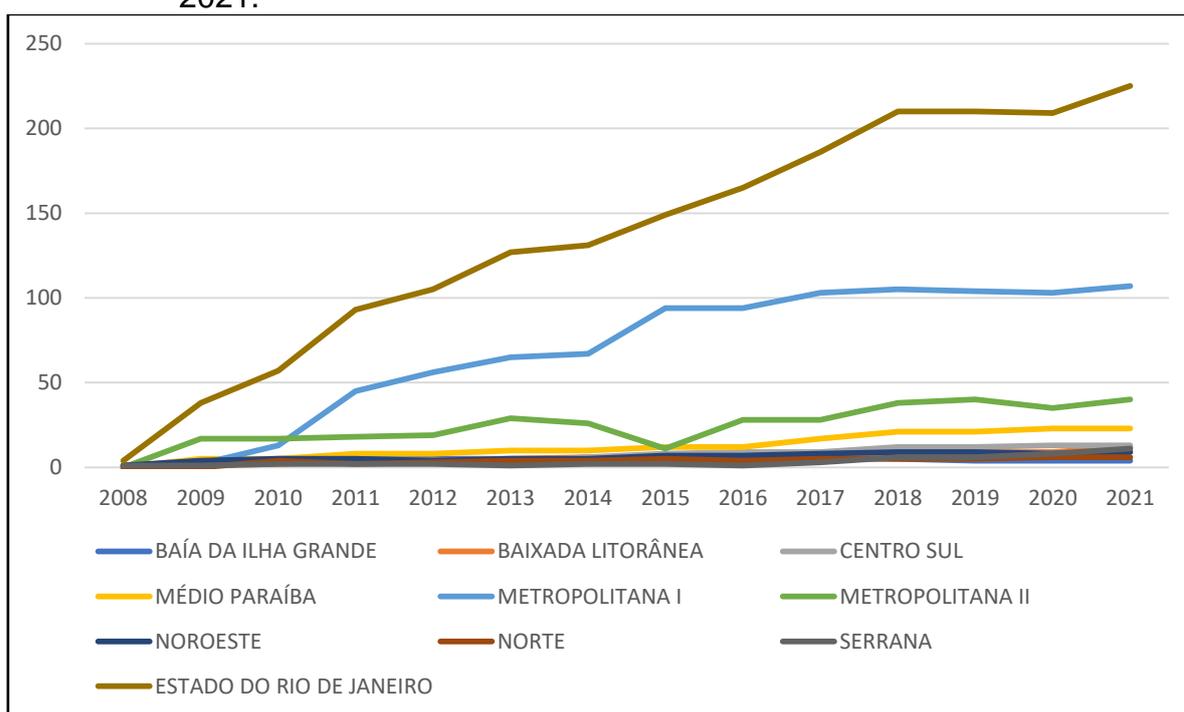
Chamamos a atenção para uma questão destacada no gráfico no ano de 2019. Em 2019, através da Portaria nº 99 de 7 de fevereiro de 2020, foi redefinido o registro da classificação das equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Com relação às equipes NASF, sua identificação passou a ser o código 72 - eNASF-AB, agregando todas as modalidades de NASF, sendo excluídos os seguintes códigos das modalidades de equipes NASF: cód. 06- NASF modalidade I; cód. 07 - NASF modalidade II e cód. 45 - NASF modalidade III. A partir da publicação desta portaria, a forma de contabilização e análise do total de equipes passa a ser diferente.

Pode-se considerar que a adesão ao NASF no ERJ foi satisfatória, uma vez que o número de municípios adeptos e de equipes cresceram significativamente. No entanto, vale salientar que essa expansão não se deu de maneira homogênea, resultando em disparidades entre as Regiões de Saúde, no que tange a implantação do NASF.

A configuração territorial do Sistema Único de Saúde (SUS) expressa e reproduz as desigualdades regionais do Brasil, marcadas profundamente por heranças históricas, econômicas e políticas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017). O mesmo se aplica ao estado do Rio de Janeiro, onde as disparidades regionais são realidade e atravessam o âmbito da política pública de saúde a partir de vários determinantes, como a viabilidade de recursos financeiros e humanos, capacidade técnico-política, infraestrutura, condições demográficas e socioeconômicas, entre outros.

O Gráfico 2 ilustra a distribuição das equipes NASF por Região de Saúde, no ERJ no período de 2008 a 2021.

Gráfico 2 – Distribuição de equipes NASF cadastradas no SCNES, no âmbito do estado do Rio de Janeiro por Regiões de Saúde, no período de 2008 a 2021.



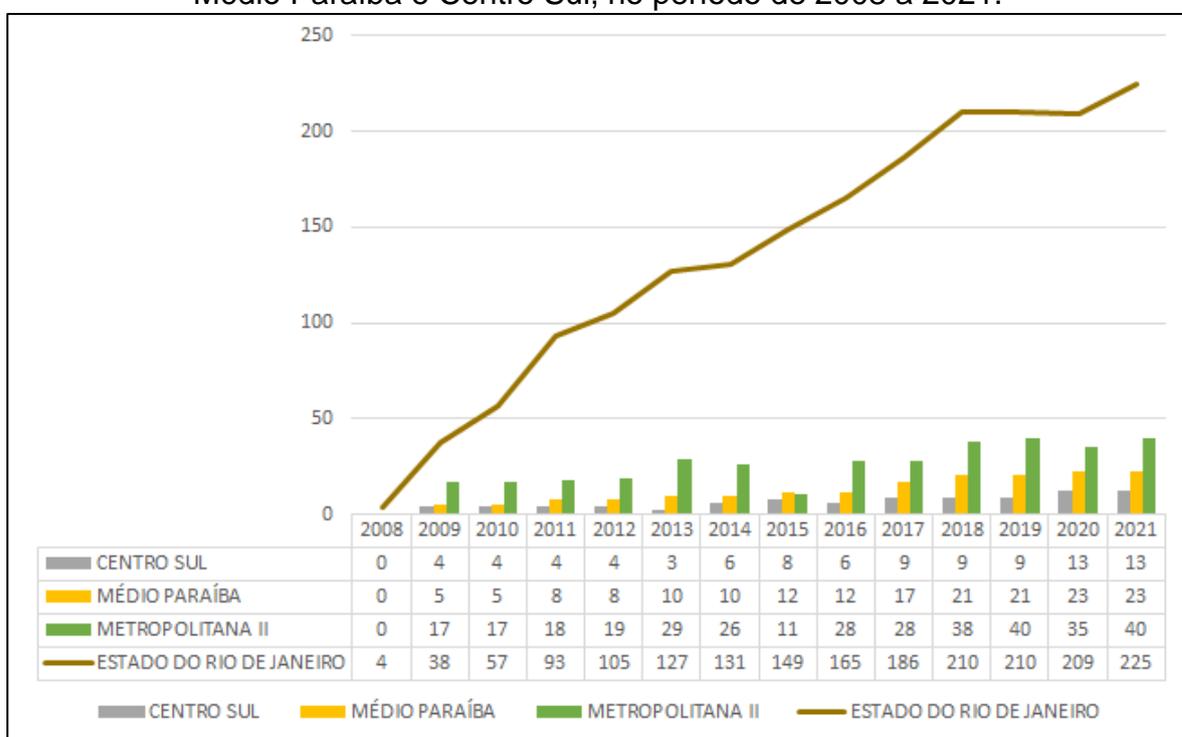
Fonte: BRASIL, 2021.

É possível identificar essas desigualdades expressa na concentração de equipes NASF em determinadas Regiões de Saúde, como a Metropolitana I, que tem um destaque exponencial em relação as demais regiões, muito por conta da concentração de equipes no município do Rio de Janeiro. Depois da Região

Metropolitana I, as regiões com maior número de equipes NASF cadastradas no SCNES são as Regiões Metropolitana II, Médio Paraíba e Centro Sul.

No Gráfico 3 apresentamos o quantitativo de equipes NASF no período de 2008 até 2021, com a ascensão na curva do número de equipes no Estado do Rio de Janeiro e a diferenciação entre as Regiões Metropolitana II, Médio Paraíba e Centro Sul.

Gráfico 3 – Distribuição de equipes NASF cadastradas no SCNES, no âmbito do estado do Rio de Janeiro nas Regiões de Saúde Metropolitana II, Médio Paraíba e Centro Sul, no período de 2008 a 2021.



Fonte: BRASIL, 2021.

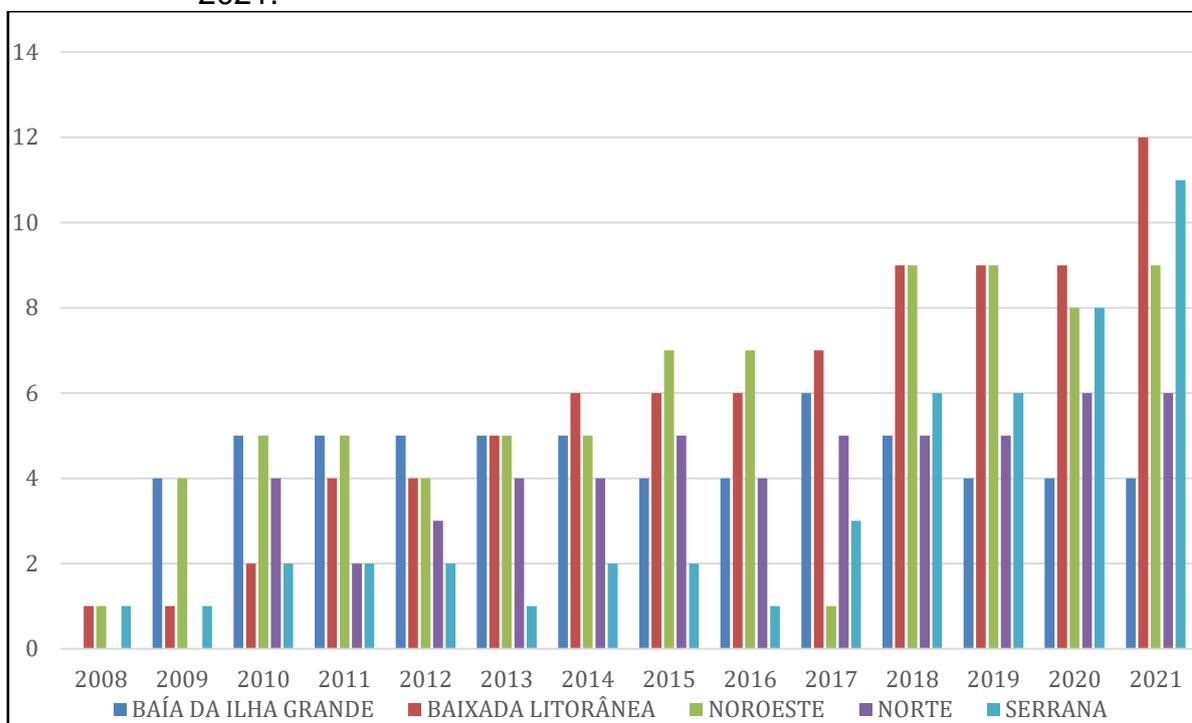
A Região Metropolitana II possui perfis econômicos e demográficos distintos. Está localizada próximo a Região Metropolitana I e tem nos municípios de São Gonçalo e Niterói os centros urbanos com maior concentração populacional da região. No que tange o número de equipes NASF, a região apresentou uma certa oscilação, com destaque para aumento em 2013, queda em 2015 e aumento em 2016. Essa variação se deu por conta da influência do município de São Gonçalo,

que concentra o maior número de equipes NASF na Região e que teve flutuações nesses períodos.

A variação do número de equipes teve um comportamento similar nas Regiões Médio Paraíba e Centro Sul. No entanto, nessas regiões houve uma melhor distribuição das equipes nos municípios que possuem NASF, não havendo uma concentração, como na Região Metropolitana II. Vale ressaltar que por se tratar de municípios menores, grande parte dos municípios apresentaram entre uma (1) ou duas (2) equipes, com exceção de Barra Mansa e Volta Redonda que possuem quatro (4) e cinco (5) equipes NASF, respectivamente.

Nas demais Regiões de Saúde, Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Norte, Noroeste e Serrana, entre os municípios com equipes NASF, não se identificou uma evolução anual tão significativa, conforme apontado no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Distribuição de equipes NASF cadastradas no SCNES, no âmbito do estado do Rio de Janeiro nas Regiões de Saúde Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Norte, Noroeste e Serrana, no período de 2008 a 2021.



Fonte: BRASIL, 2021.

Observa-se uma constância no número de equipes e não foi identificado nenhum município responsável por concentrar essas equipes. No entanto, chama a atenção o número elevado de municípios que compõe a Região Serrana sem equipes NASF. Considerada a maior região do ERJ em extensão territorial e de municípios que a compõe, dezesseis (16) no total, apenas cinco (5) possuem equipes NASF, sendo o município de Petrópolis o que concentra o maior número de equipes NASF na região, com seis (6) equipes.

Na Tabela 1 apresentamos o número de equipes implantadas de ESF e NASF-AB e o percentual de cobertura de ESF e AB nas Regiões e nos municípios do ERJ, no ano de 2020.

Tabela 1 – Indicadores selecionados de implantação de equipes ESF e de NASF e cobertura de ESF e AB nas Regiões de Saúde, por municípios do estado do Rio de Janeiro, no ano de 2020.

(continua)

MUNICIPIOS	POP	EQUIPES NASF-AB	EQUIPES ESF	COBERTURA ESF (%)	COBERTURA AB (%)
<b>BAÍA DA ILHA GRANDE</b>	<b>291.418</b>	<b>4</b>	<b>49</b>	<b>58%</b>	<b>90,54%</b>
ANGRA DOS REIS	203.785	2	35	59,25%	100%
MANGARATIBA	44.468	1	11	85,34%	100%
PARATY	43.165	1	3	23,98%	36,14%
<b>BAIXADA LITORÂNEA</b>	<b>839.958</b>	<b>9</b>	<b>128</b>	<b>52,14%</b>	<b>61,33%</b>
ARARUAMA	132.400	1	16	42,69%	47,72%
ARMAÇÃO DOS BÚZIOS	40.532	1	12	100%	100%
ARRAIAL DO CABO	30.349	0	7	79,57%	79,57%
CABO FRIO	219.863	1	27	42,37%	52,78%
CASIMIRO DE ABREU	44.184	1	11	85,89%	85,89%
IGUABA GRANDE	28.310	1	9	100%	100%
RIO DAS OSTRAS	150.674	2	17	38,93%	54,71%
SÃO PEDRO DA ALDEIA	104.476	1	14	46,23%	64,90%
SAQUAREMA	89.170	1	15	58,04%	61,40%
<b>CENTRO SUL</b>	<b>340.526</b>	<b>13</b>	<b>121</b>	<b>89,71%</b>	<b>92,03%</b>
AREAL	12.572	1	5	100%	100%
COMENDADOR LEVY GASPARIAN	8.561	1	4	100%	100%
ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	14.002	1	6	100%	100%
MENDES	18.614	1	7	100%	100%
MIGUEL PEREIRA	25.538	1	12	100%	100%
PARACAMBI	52.257	1	5	33,01%	48,11%
PARAÍBA DO SUL	44.285	2	21	100%	100%
PATY DO ALFERES	27.769	1	13	100%	100%
SAPUCAIA	18.228	1	7	100%	100%
TRÊS RIOS	81.804	2	27	100%	100%
VASSOURAS	36.896	1	14	100%	100%



Tabela 1 – Indicadores selecionados de implantação de equipes ESF e de NASF e cobertura de ESF e AB nas Regiões de Saúde, por municípios do estado do Rio de Janeiro, no ano de 2020.

(continuação)

MUNICIPIOS	POP	EQUIPES NASF-AB	EQUIPES ESF	COBERTURA ESF (%)	COBERTURA AB (%)
<b>MÉDIO PARAÍBA</b>	<b>913.698</b>	<b>23</b>	<b>192</b>	<b>68,87%</b>	<b>85,12%</b>
BARRA DO PIRAÍ	100.374	1	8	27,5	54,99%
BARRA MANSA	184.412	4	37	69,22	85,33%
ITATIAIA	31.805	1	7	75,93	88,76%
PINHEIRAL	25.156	1	6	82,29	82,29%
PIRAÍ	29.277	2	15	100	100%
PORTO REAL	19.683	1	6	100	100%
QUATIS	14.302	0	5	100	100%
RESENDE	131.341	4	26	68,3	79,15%
RIO CLARO	18.529	1	7	100	100%
RIO DAS FLORES	9.284	1	3	100	100%
VALENÇA	76.523	2	19	85,66	99,38%
VOLTA REDONDA	273.012	5	53	66,98	89,83%
<b>METROPOLITANA I</b>	<b>10.497.016</b>	<b>103</b>	<b>1.215</b>	<b>39,94%</b>	<b>50,15%</b>
BELFORD ROXO	510.906	3	34	22,96	32,15%
DUQUE DE CAXIAS	919.596	3	78	29,26	45,41%
ITAGUAÍ	133.019	0	12	31,12	60,89%
JAPERI	104.768	1	18	59,27	65%
MAGÉ	245.071	1	46	64,76	65,98%
MESQUITA	176.103	3	33	64,65%	82,96%
NILÓPOLIS	162.485	3	14	29,73%	87,15%
NOVA IGUAÇU	821.128	14	113	47,48%	69,47%
QUEIMADOS	150.319	0	10	22,95%	34,63%
RIO DE JANEIRO	6.718.903	73	771	39,60%	45,98%
SÃO JOÃO DE MERITI	472.406	1	64	46,74%	61,30%
SEROPÉDICA	82.312	1	22	92,21%	100%
<b>METROPOLITANA II</b>	<b>2.116.506</b>	<b>35</b>	<b>418</b>	<b>66,94%</b>	<b>76,36%</b>
ITABORAÍ	240.592	1	43	61,66%	72,71%
MARICÁ	161.207	2	46	98,44%	100%
NITERÓI	513.584	5	80	53,74%	61,19%
RIO BONITO	60.201	1	20	100%	100%
SÃO GONÇALO	1.084.839	25	208	66,15%	78,32%
SILVA JARDIM	21.774	1	10	100%	100%
TANGUÁ	34.309	0	11	100%	100%

Tabela 1 – Indicadores selecionados de implantação de equipes ESF e de NASF e cobertura de ESF e AB nas Regiões de Saúde, por municípios do estado do Rio de Janeiro, no ano de 2020.

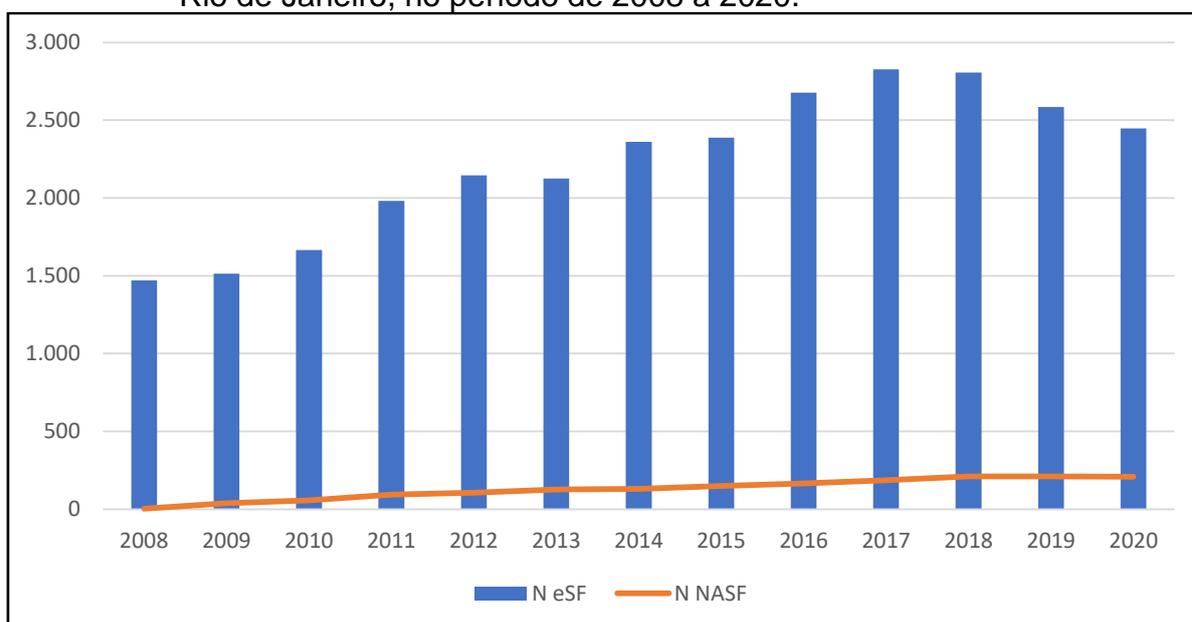
(conclusão)

MUNICIPIOS	POP	EQUIPES NASF-AB	EQUIPES ESF	COBERTURA ESF (%)	COBERTURA AB (%)
<b>NOROESTE</b>	<b>348.191</b>	<b>8</b>	<b>92</b>	<b>80,18%</b>	<b>82,30%</b>
APERIBÉ	11.759	0	4	100%	100%
BOM JESUS DO ITABAPOANA	37.096	1	11	100%	100%
CAMBUCI	15.505	0	2	44,50%	44,50%
CARDOSO MOREIRA	12.823	0	5	100%	100%
ITALVA	15.207	0	4	90,75%	100%
ITAOCARA	23.234	1	5	74,24%	100%
ITAPERUNA	103.224	2	19	63,50%	63,50%
LAJE DO MURIAÉ	7.355	0	1	46,91%	46,91%
MIRACEMA	27.174	1	8	100%	100%
NATIVIDADE	15.317	0	7	100%	100%
PORCIÚNCULA	18.847	0	8	100%	100%
SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA	42.479	1	9	73,09%	73,09%
SÃO JOSÉ DE UBÁ	7.171	1	4	100%	100%
VARRE-SAI	11.000	1	5	100%	100%
<b>NORTE</b>	<b>945.425</b>	<b>6</b>	<b>86</b>	<b>31,18%</b>	<b>53,41%</b>
CAMPOS DOS GOYTACAZES	507.548	0	16	10,88%	40,83%
CARAPEBUS	16.301	1	4	84,66%	84,66%
CONCEIÇÃO DE MACABU	23.228	0	3	44,56%	100%
MACAÉ	256.672	3	27	36,29%	48,10%
QUISSAMÁ	24.700	1	5	69,84%	82,35%
SÃO FIDÉLIS	38.669	0	11	98,14%	100%
SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA	42.205	0	9	73,57%	100%
SÃO JOÃO DA BARRA	36.102	1	11	100%	100%
<b>SERRANA</b>	<b>972.205</b>	<b>8</b>	<b>147</b>	<b>49,88%</b>	<b>65,26%</b>
BOM JARDIM	27.446	0	6	75,42%	75,42%
CACHOEIRAS DE MACACU	58.937	1	10	58,54%	74,98%
CANTAGALO	20.172	0	8	100%	100%
CARMO	18.895	0	6	100%	100%
CORDEIRO	21.926	0	5	78,67%	99,20%
DUAS BARRAS	11.492	0	2	60,04%	97,89%
GUAPIMIRIM	60.517	0	8	45,61%	62,11%
MACUCO	5.599	0	2	100%	100%
NOVA FRIBURGO	190.631	1	19	34,39%	50,36%
PETRÓPOLIS	306.191	3	42	47,32%	65,94%
SANTA MARIA MADALENA	10.404	0	2	66,32%	66,32%
SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO	21.795	0	8	100%	100%
SÃO SEBASTIÃO DO ALTO	9.357	0	3	100%	100%
SUMIDOURO	15.623	0	5	100%	100%
TERESÓPOLIS	182.594	2	17	32,12%	50,46%
TRAJANO DE MORAES	10.626	1	4	100%	100%
<b>ESTADO DO RIO DE JANEIRO</b>	<b>17.264.943</b>	<b>209</b>	<b>2.448</b>	<b>47,55%</b>	<b>58,94%</b>

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021; E-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA, [2021b].

Quando observamos isoladamente o histórico de implantação do NASF no ERJ percebemos uma evolução ascendente, mas ao comparar com o histórico de implantação das equipes de Saúde da Família no ERJ (Gráfico 5), percebemos o quão essa estratégia precisa avançar.

Gráfico 5 – Número de equipes de Saúde da Família e equipes NASF no estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2020.



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021; E-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA, [2021b].

De acordo com o SCNES, no ano de 2020, dos 92 municípios do ERJ, 65 têm NASF, perfazendo um percentual de 70,7% e 27 municípios não possui NASF, configurando 29,3%. Destes municípios que não há equipes NASF implantadas, 40,7% estão localizados na Região Serrana.

Ressalta-se que a desproporcionalidade entre o número de equipes ESF e equipes NASF, conforme apontado na Tabela 01 e no Gráfico 05 é uma grande perda para a organização do cuidado, já citada por outros autores, como Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 11), quando afirmam que o NASF

[...] é uma importante estratégia de construção da integralidade e do cuidado ampliado territorializado. Parte significativa de suas responsabilidades consiste em apoiar e articular serviços e equipes nas ações e práticas a serem adotadas no território, atuando de forma a

integrar a comunidade, a rede de cuidados e as políticas de outros setores (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 11).

No entanto, as normativas que definem a proporção da vinculação das equipes NASF às equipes de Saúde da Família, a partir de suas modalidades, não dão conta da realidade, principalmente nos municípios de maior porte. Ao compararmos na Tabela 1 os municípios de grande porte populacional e a quantidade de equipes NASF implantadas observa-se um número inexpressivo dessas equipes. Da mesma forma, os municípios que possuem 100% de cobertura de ESF não significa ter equipes NASF suficientes, mesmo nos municípios de pequeno porte com menos de 20.000 habitantes. Não é levado em consideração as disparidades territoriais para a atuação dessas equipes, além de questões de infraestrutura, dificuldades de contratação e logística que por vezes acabam comprometendo o processo de trabalho.

No que tange a atuação da esfera estadual no início da implementação dos NASF foi relativamente restrita, tendo o envolvimento das equipes de Saúde Mental em parceria com a equipe da Superintendência de Atenção Básica, voltada para esclarecimentos e apoio aos municípios para a elaboração dos projetos, recebimento e análise das propostas e organização do credenciamento junto à CIB. De acordo com Patrocínio, Machado e Fausto (2015), a equipe estadual de saúde mental teve destaque nesse processo, realizando um papel de articulação junto aos municípios para incentivar a inserção de profissionais dessa área nos NASF.

No estudo realizado em 2011 por Patrocínio, Machado e Fausto (2015, p. 112), “observou-se que as categorias profissionais mais frequentes escolhidas no Estado do Rio de Janeiro para os NASF foram: psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista”. Tal influência para o predomínio dessa categoria profissional pode-se ter dado, em virtude do peso da atuação da equipe de saúde mental da SES.

Em 2020, de acordo com o Panorama<sup>7</sup> realizado pela equipe da Superintendência de Atenção Primária, observamos a permanência das mesmas categorias profissionais mais frequentes nas equipes NASF no ERJ, sendo os fisioterapeutas a categoria com o maior número de profissionais (277), seguido

---

<sup>7</sup> Panorama das Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Estado do Rio de Janeiro. Publicizado no Portal da SES (RIO DE JANEIRO, 2021c).

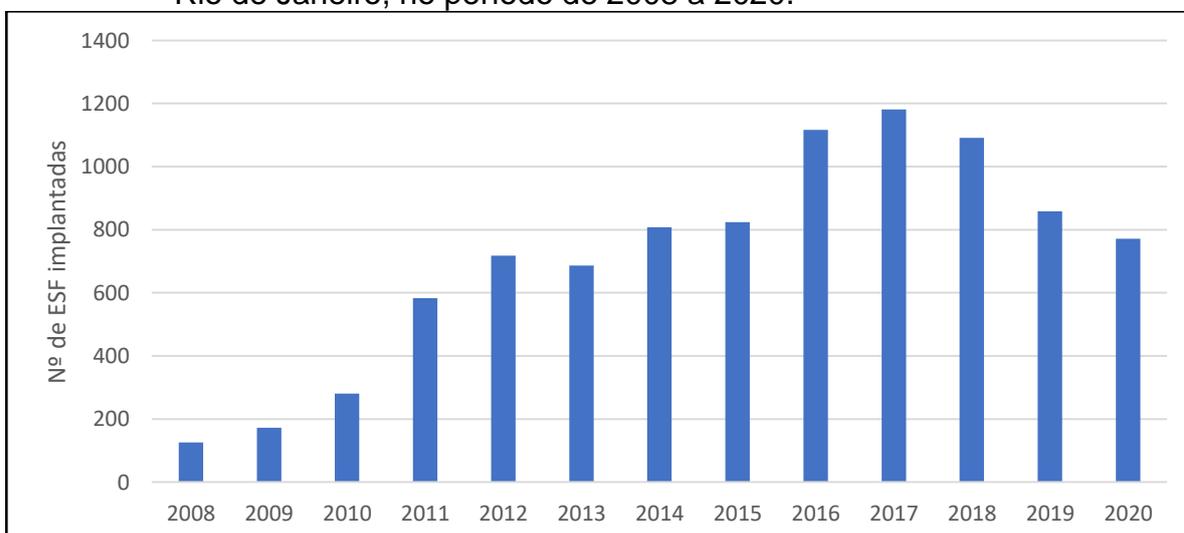
pelos psicólogos (226), assistentes sociais (180) e nutricionistas (168). As especialidades médicas foram representadas em menor número pelos pediatras (75), ginecologistas (58), psiquiatras (32), veterinários (3) e geriatras (2) (RIO DE JANEIRO, 2021a).

#### 4.2 Contextualizando a implementação do NASF no município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro, até o ano de 2009, apresentava um perfil de estagnação da oferta de serviços de Atenção Primária, possuindo uma baixa cobertura de ESF, que alcançava 9,63%. Predominava a lógica de centros de saúde de formato tradicional com médicos de especialidades básicas atendendo pessoas sem o mecanismo de adscrição, acesso e acompanhamento (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

À época, na gestão do Prefeito Eduardo Paes (2009 a 2016) houve uma priorização na expansão da ESF, tendo como marca do seu governo a Reforma da Atenção Primária através da criação das Clínicas da Família (CF) refletindo no aumento vertiginoso de equipes ESF implantadas, conforme mostra o Gráfico 6.

Gráfico 6 – Número de equipes de Saúde da Família implantadas no município do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2020.

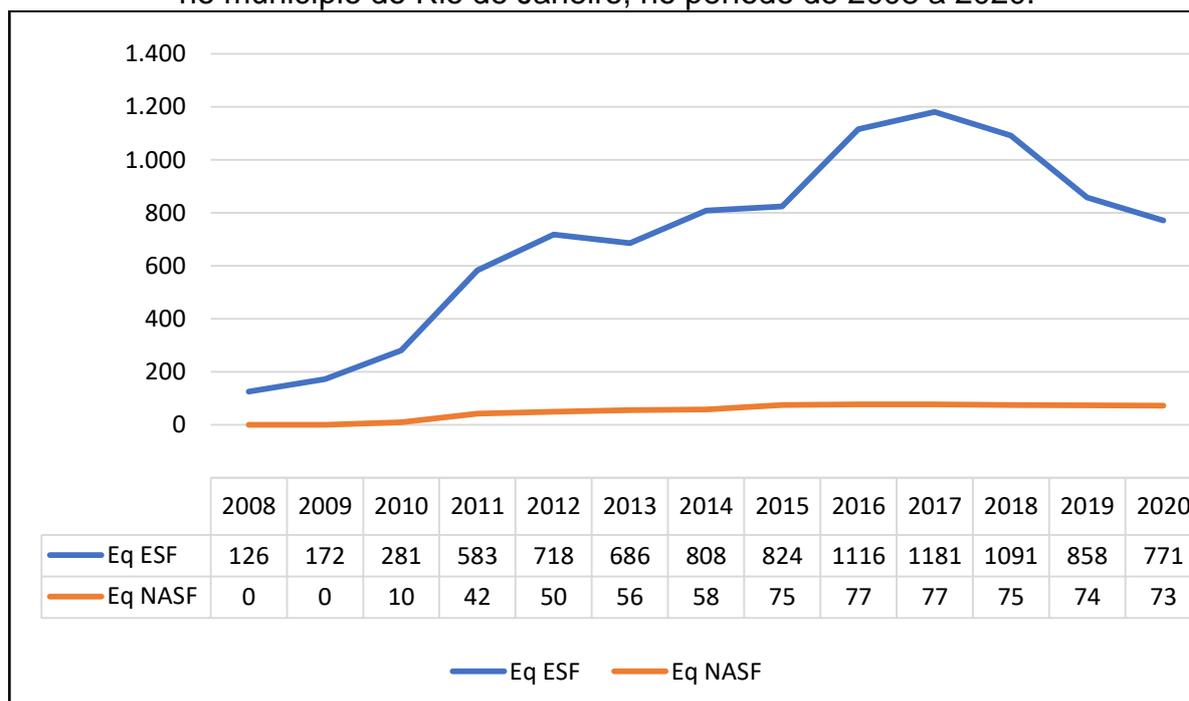


Fonte: E-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA, [2021b].

Esse período de expansão da Atenção Primária no município foi marcado pela parceria da gestão municipal com Organizações Sociais de Saúde (OSS), modelo este, que adota algumas práticas voltadas para o pagamento por performance, avaliação, prestação de contas “*accountability*”, sendo considerada uma nova era para gestão pública. Além disso, tiveram destaque, a “residência em medicina de família e comunidade, inovações na regulação do acesso e no uso de tecnologias de informação e comunicação” (SORANZ; PINTO; PENNA *apud* MELO *et al.*, 2019, p. 4595).

No município do Rio de Janeiro, a adesão à proposta do NASF ocorreu em 2010. De acordo com os dados disponíveis no SCNES, no ano de 2010, 10 equipes NASF foram cadastradas, sendo todas da modalidade I. Em 2011, 42 equipes foram cadastradas, chegando em 2017 ao número de 77 equipes cadastradas, sendo setenta e seis (76) equipes modalidade I e 1 equipe modalidade II. Observa-se um crescimento na implantação das equipes NASF entre o período de 2011 a 2017, acompanhando o mesmo período de expansão das equipes ESF. No entanto, ainda assim, esse crescimento foi pouco expressivo quando comparado às ESF, conforme apontado no Gráfico 7.

Gráfico 7 – Número de equipes de Saúde da Família e equipes NASF implantadas no município do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2020.



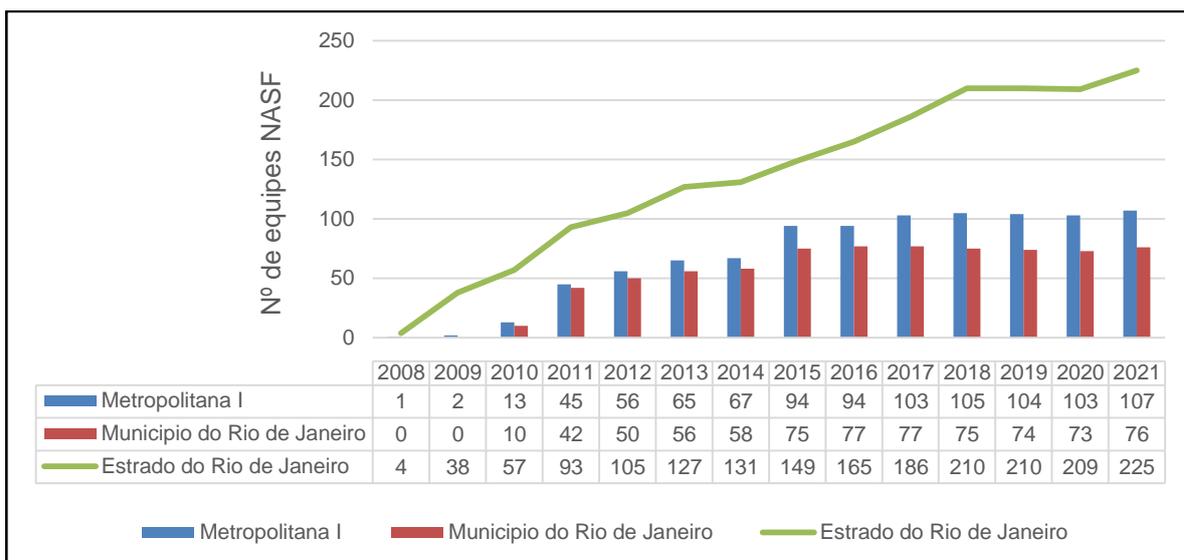
Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.

A partir de 2017, observa-se um declínio expressivo no número de equipes ESF e uma redução imperceptível de equipes NASF. Tal fato pode estar relacionado com o período do governo Crivella (2017 a 2021), que no início do seu mandato apontava continuidades e prioridades novas na saúde, sendo uma delas a criação de centros de especialidades, mas sem êxito durante o período do mandato.

Com o anúncio do déficit do orçamento municipal, a APS sofreu consequências drásticas. Atrasos nos salários dos profissionais, reduções do horário de funcionamento das Unidades de Saúde, greves que geraram demissões em massa foram a tônica deste período. Com o advento da crise financeira foi proposto um plano de reestruturação da ESF e a gestão municipal extinguiu mais de 200 equipes de ESF propondo uma nova tipologia de equipes, com base na PNAB 2017, “com frágil composição profissional e alto número de usuários por equipe, como estratégia para qualificar e otimizar os serviços” (MELO *et al.*, 2019, p. 4595).

No Gráfico 8, ao observar a distribuição de equipes NASF na Região Metropolitana I fica nítida a concentração maciça de equipes NASF no município do Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo que demonstra uma heterogeneidade significativa na distribuição dessas equipes nos demais municípios da Região, a capital eleva consideravelmente a mesma, promovendo o protagonismo de ser a Região com o maior número de equipes NASF no ERJ.

Gráfico 8 – Distribuição de equipes NASF cadastradas no SCNES no estado do Rio de Janeiro, no município do Rio de Janeiro e na Região Metropolitana I, no período de 2008 a 2021.



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.

Em 2021, 47,5% de todas as equipes NASF cadastradas no SCNES no estado encontrava-se na Região Metropolitana I, tendo a concentração de equipes no município do Rio de Janeiro foi de 71%, evidenciando o peso desse município no estado e em sua Região. No que diz respeito à evolução, o período de maior expansão no número de equipes foi de 2010 a 2011 em que o crescimento se manteve entre os anos de 2012 e 2017, e ainda que de forma menos expressiva apresentou uma oscilação entre 2018 e 2021.

Em relação aos demais municípios da Região Metropolitana I que possuem NASF cadastrados no SCNES<sup>8</sup>, de acordo com a referência dezembro/2021, todos apresentaram número reduzido de equipes, inferior a cinco equipes, exceto o município de Nova Iguaçu, sendo o segundo município da Região com o maior número de equipes NASF cadastradas (14 equipes).

Os municípios de Duque de Caxias, Belford Roxo e São João de Meriti, chamam a atenção pelo baixo número de equipes em oposição a uma população numerosa, o que se relaciona com a baixa cobertura em ESF (Tabela 1).

De acordo com o Panorama das equipes NASF no ERJ (RIO DE JANEIRO, 2021b), no que se refere ao perfil das categorias profissionais mais frequentes nas equipes NASF na Região Metropolitana I, destacam-se: psicólogo (117), fisioterapeuta (107), educador físico (100), assistente social (81) e nutricionista (67).

No município do Rio de Janeiro, os profissionais de educação física (92) são os mais presentes nas equipes, seguidos dos psicólogos (82), fisioterapeutas (59), assistentes sociais (57) e nutricionistas (43). Tal presença pode estar correlacionada em virtude do Programa Academia Carioca<sup>9</sup>, no qual os profissionais de educação física que compõem as equipes NASF desenvolvem ações voltadas à promoção da saúde.

Atualmente, o Programa Academia Carioca está presente em 202 Unidades de Atenção Primária (Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde), nas 10 Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro (SMS-RIO, 2022).

---

<sup>8</sup> Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, São João de Meriti e Seropédica.

<sup>9</sup> Programa criado em 2009 pela SMS-Rio, centrado na inserção da prática de atividade física regular nas Unidades de Atenção Primária, com o objetivo de promover o acesso da população às práticas que visem um estilo de vida mais saudável, através de um espaço comunitário e multissetorial (SMS-Rio, 2022). Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/academia-carioca>

As especialidades médicas, representadas por pediatras, psiquiatras, ginecologistas/obstetras e geriatras tiveram uma baixa expressão tanto no âmbito da Região quanto no município, seguindo o mesmo perfil do ERJ.

## 5 O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

As publicações da PNAB destacam a necessidade de um financiamento tripartite para este nível de atenção, no entanto a participação dos estados ainda apresenta pouca expressão e se materializa em estratégias pontuais.

A transferência intergovernamental dos recursos destinados do SUS é feito diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, ou de forma complementar, dos Fundos Estaduais de Saúde para os Fundos Municipais, sendo essa transferência conhecida como fundo a fundo. No entanto, nota-se que desde a criação da ESF, o Estado, ao longo do tempo foi perdendo essa atribuição, tendo em vista o protagonismo da esfera federal no financiamento do SUS. Nesse sentido, o papel do Estado, em sua grande maioria na realidade, desempenha somente a função de coordenar ações de saúde.

No âmbito do estado do Rio de Janeiro, a Coparticipação no financiamento da Atenção Primária iniciou em 2007, a partir da criação de programas de transferências de incentivo financeiro, que trazem critérios e condicionalidades para a adesão e repasse contínuo, com estratégias de indução de modelo.

Contudo, tal iniciativa foi fomentada, à época, pelo processo de regionalização que ganhou força em 2006, com o Pacto pela Saúde e possibilitou o desenvolvimento de estratégias e práticas para reforçar a relação interfederativa entre as três esferas de governo (PINHEIRO *et al.*, 2014). Em concordância com os princípios e diretrizes do SUS, a adesão do Estado do Rio de Janeiro ao Pacto pela Saúde em 2006 reafirmou o compromisso dos gestores com o fortalecimento da gestão regionalizada em âmbito estadual (SES-RJ,2022).

Através da Resolução SESDEC nº. 189 de 06 de dezembro de 2007, foi implantado o Programa Saúde na Área, o primeiro programa de financiamento da APS do estado do Rio de Janeiro. Este programa teve como objetivo ampliar o acesso e qualificar as Unidades/Equipes de Atenção Primária implantadas nos municípios por meio de alcance de metas estabelecidas pela SES (RIO DE JANEIRO, 2007), apontadas no Quadro 10.

Para aderir ao Programa e fazer jus a transferência do recurso financeiro mensal do Fundo Estadual de Saúde (FES) aos Fundos Municipais de Saúde

(FMS), os municípios deveriam apresentar propostas de organização das unidades de saúde conforme orientações descritas na PNAB; implantar ações capazes de gerar impacto em cinco indicadores (casos novos de tuberculose, saúde mental, pré-natal, exame citopatológico; acompanhamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus) , conforme Quadro 10, agrupados em quatro áreas temáticas<sup>10</sup> estabelecidos pela SES e possuir equipes de Saúde da Família cadastradas no SCNES.

Para a transferência do incentivo financeiro aos municípios referente ao alcance das metas dos indicadores foi criada faixas de desempenho, estruturada da seguinte maneira: alcance de metas igual ou menor a 90% dos indicadores, recebiam 100% do incentivo, entre 70% e 89%, ganhavam 80%; entre 50% e 69% recebiam 60% e abaixo de 50% teriam a suspensão do recurso estadual (RIO DE JANEIRO, 2007).

Quadro 10 – Indicadores de acompanhamento do Programa Saúde na Área para o ano de 2008.

<b>Indicador</b>	<b>Meta</b>
1 Percentual de cura de casos novos de tuberculose	Aumentar, no mínimo, 10% do valor apresentado no ano anterior.
2 Coeficiente de hospitalização por doença psiquiátrica	Reduzir 12% do coeficiente de internação alcançado no ano anterior
3 Proporção de nascidos vivos de mães com seis ou mais consultas de pré-natal	Aumentar, no mínimo, 10% do valor apresentado no ano anterior.
4 Razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária	Atingir a meta preconizada de 0,30
5 Percentual de captação e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na população com 40 anos e mais	Captar 90% dos estimados da população cadastrada e acompanhar 80%

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2007.

<sup>10</sup> As áreas temáticas dos indicadores são: Geral; Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Saúde do Adulto/Idoso. Resolução SESDEC n. 189 de 06 de dezembro de 2007 (RIO DE JANEIRO, 2007).

O valor do incentivo pago por Unidade/Equipe variava segundo o quintil de posição do Município determinado pelo Fator de Alocação, divulgado anualmente através de Ato do Secretário por meio de publicação de Resolução (RIO DE JANEIRO, 2007). O valor repassado mensalmente para os municípios que realizaram a adesão ao Programa, foi baseado no número de equipes da Saúde da Família, credenciadas e atuantes em cada município.

Cabe ressaltar que, a Resolução SES nº. 189/2007 previu a inserção anual de novos indicadores para fins de transferência de recurso financeiro. Esta inserção se deu quatro anos depois, através da publicação da Deliberação CIB-RJ nº. 1.275 de 15 de abril de 2011, que apresentava os indicadores de saúde para acompanhamento no ano de 2011 (Figura 3), referentes ao incentivo financeiro para as Unidades/Equipes de Atenção Primária.

Figura 3 – Indicadores de acompanhamento do Programa Saúde na Área para o ano de 2011.

Indicador	Meta	Fonte de Informação
<b>Percentual de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal</b>	R > ou = 15% <i>Parâmetro valor maior ou igual 30%</i>	SISPRENATAL
<b>Razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária</b>	R > SI <i>Parâmetro resultado maior ou igual a 0,17</i>	SISCAM /SISCOLO
<b>Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos de idade</b>	R < SI <i>Parâmetro resultado menor ou igual 4/10000</i>	SIH/SUS
<b>Percentual de abandono de tratamento de tuberculose na coorte</b>	R < SI <i>Parâmetro resultado menor ou igual a 5%</i>	SINAN
<b>Aumentar a oferta de dispositivos de atenção psico-social* de acordo com o perfil populacional e epidemiológico.</b>	R > SI <i>Parâmetro aumento em 25%</i>	CNES ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL DO MS E DA SEDEC

\* CAPS, residências terapêuticas, supervisão clínico-institucional, ambulatório de saúde mental, NASF 3 e leitos de atenção integral em saúde mental- álcool e drogas e crise psiquiátrica.

R – Resultado do Município no período analisado  
SI – Situação Inicial (Informação quando do início do plano)

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2011.

Em 2013 a SES-RJ instituiu o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI). Tal programa teve por objetivo a melhoria da qualidade da Atenção Hospitalar em municípios com até 115 mil habitantes. Era constituído por dois componentes: um componente Hospitalar e outro componente da Atenção Básica<sup>11</sup>, tendo esta, a finalidade de apoiar sua qualificação, contribuindo para diminuir as internações evitáveis. (RIO DE JANEIRO, 2013).

Em 2014 foi publicado pela Resolução nº. 924 de 15 de maio de 2014 o Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica – Cofinanciamento Estadual. O Programa era destinado a todos os municípios que, de maneira voluntária, faziam a adesão. Tinha por objetivo “fortalecer e qualificar a Atenção Básica em Saúde por meio do incentivo à ampliação do acesso e à resolutividade das ações, bem como da articulação em rede com os demais serviços.” (RIO DE JANEIRO, 2014).

Como pré-requisito para adesão ao Programa, seriam considerados aptos, os municípios que possuíssem equipes de Saúde da Família implantadas ou equipes de Atenção Básica com adesão ao Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Os municípios deveriam encaminhar à SES o Termo de Compromisso assinado pelo Prefeito, Secretário Municipal de Saúde, Coordenador Municipal de Atenção Básica/Saúde da Família e o Plano de Trabalho contendo propostas de implantação de ações para o alcance das metas estabelecidas no Programa.

O Cofinanciamento Estadual era estruturado em dois eixos: o Eixo I “Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde” que apresentava como principais objetivos o fortalecimento da APS e sua integração com os pontos de atenção à saúde e o Eixo II “Agenda Programada para Linhas de Cuidado” que tinha como foco a linha de cuidado materno-infantil e o enfrentamento da sífilis congênita. Para cada eixo havia metas, baseadas nos indicadores, a serem alcançadas para recebimento de incentivos específicos.

As ações como construção e implantação da Carteira de Serviços, implantação de Comissão de Investigação de Internações Sensíveis à Atenção

---

<sup>11</sup> Neste componente eram avaliadas as seguintes metas: 1- Acolhimento da demanda espontânea; 2 – Atenção Básica com resolubilidade; 3- Implantação da Comissão da Atenção Hospitalar/Atenção Básica para investigação das internações por condições sensíveis à atenção básica (ISAB) dos seus municípios, com respectivos Projetos Terapêuticos Singulares e Serviço de Ouvidoria implantado e em funcionamento (RIO DE JANEIRO, 2013).

Básica com participação da Atenção Hospitalar e Atenção Primária; Realização de pré-natal nos serviços do SUS; Diagnóstico, tratamento e investigação dos casos de sífilis na gestação e congênita são exemplos de metas fixadas no Eixo I e Eixo II com objetivo claro de indução de novas práticas e de mudança do contexto epidemiológico dos municípios participantes.

O programa apresentava duas formas de transferência de recurso financeiro: a parte fixa e a parte variável. A parte fixa referia-se ao valor correspondente à faixa/critérios em que o município se apresentava multiplicado pelo número de equipes de Saúde da Família ou Atenção Primária com PMAQ, e representava 50% do valor máximo previsto para a realização da transferência estadual. A parte variável, no entanto, correspondia ao alcance das metas estabelecidas de acordo com os parâmetros pactuados.

As cinco faixas e os respectivos valores por equipe eram discriminados da seguinte forma, conforme a pontuação ponderada pelo Ministério da Saúde<sup>12</sup> e porte populacional,

- I – Valor de R\$ 3.500,00/mês por equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Básica para municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes;
- II - Valor de R\$ 3.000,00/mês por equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Básica para municípios com pontuação entre 4,82 e 5,40 e população de até 100 mil habitantes;
- III - Valor de R\$ 2.500,00/mês por equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Básica para municípios com pontuação entre 5,40 e 5,85, e população de até 500 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 5,40 e população entre 100 e 500 mil habitantes;
- IV – Valor de R\$ 2.000,00/mês por equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Básica para municípios não contemplados nas faixas anteriores e população até 1,5 milhão de habitantes.
- V – Valor de R\$ 500,00/mês por equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Básica para municípios com população superior a 1,5 milhão de habitantes (RIO DE JANEIRO, 2014).

Entre os anos de 2015 e 2018<sup>13</sup> não houve transferências de recursos financeiros estaduais para o financiamento da APS. O contexto do período foi

---

<sup>12</sup> Os critérios ponderados pelo Ministério da Saúde e utilizados para o cálculo do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB-fixo): PIB Per Capita, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza, Densidade Demográfica e Porte Populacional, com adaptação para a classificação dos municípios em cinco faixas. RESOLUÇÃO SES N° 924 DE 15 DE MAIO DE 2014 (RIO DE JANEIRO, 2014).

<sup>13</sup> Em 2016, o ex-governador Sergio Cabral (mandato de 2007 a 2014) foi preso na Operação Lava Jato, e tornou-se réu por corrupção passiva, lavagem de dinheiro e evasão de divisas.

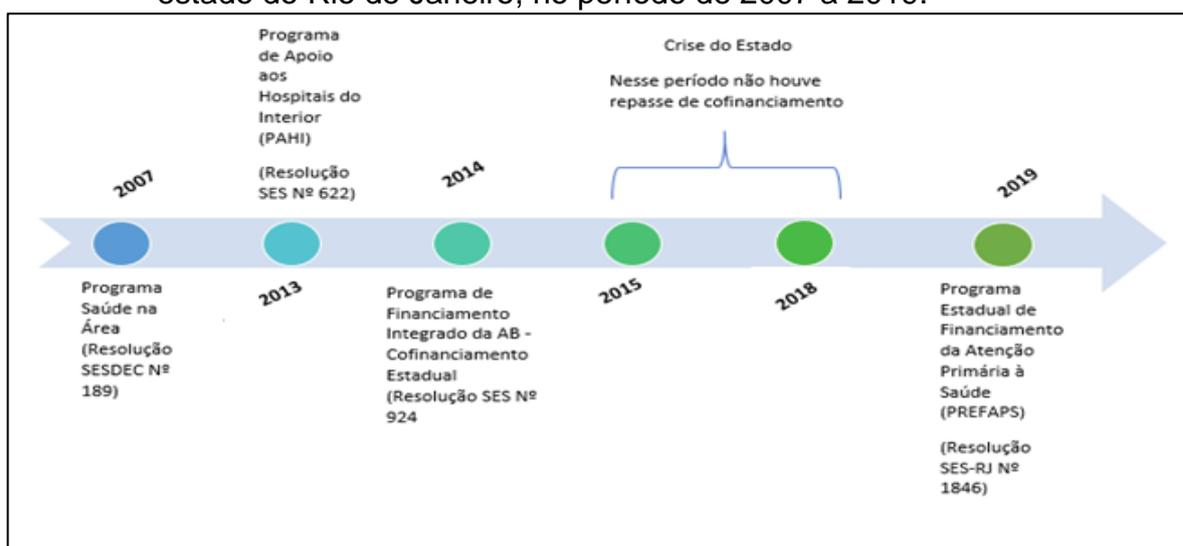
marcado por dificuldades em manter o funcionamento das Unidades Próprias, a prestação dos serviços e honrar com a folha de pagamento dos servidores estaduais, mesmo tendo recebido aporte financeiro do Governo Federal e do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro foi decretado estado de calamidade pública (ARRUDA, 2018).

No ano de 2019, com o início de um novo governo estadual, as estratégias de financiamentos estaduais se tornaram um projeto prioritário para a nova gestão. Foram retomados e criados outros financiamentos no mesmo período, como por exemplo, para procedimentos de média e alta complexidade, com foco na redução de filas.

Nesse íterim, no que tange a Atenção Primária, foi publicada a Resolução SES-RJ nº 1846, de 09 de maio de 2019, que aprovou o Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) do Estado do Rio de Janeiro.

Para ilustrar esse período histórico descrito foi construída uma linha do tempo com todos os cofinanciamentos estaduais no Rio de Janeiro para a Atenção Primária, de 2007 até 2021 (Figura 4).

Figura 4 – Linha do tempo dos cofinanciamentos para a Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro, no período de 2007 a 2019.



Fonte: A autora, 2022.

Observa-se ao longo dos financiamentos estaduais, em todas as resoluções, uma indução de modelo com a participação do ente estadual para a redução de iniquidades na capacidade de despesa em saúde dos municípios. Isso se dá a partir da manutenção da lógica do monitoramento de indicadores, com vistas a induzir boas práticas com a utilização de critérios por faixas voltados para dirimir as desigualdades municipais. Nesse sentido, percebe-se um esforço do corpo técnico da SES-RJ para a definição dos indicadores e metas para as transferências financeiras compreendendo dessa forma o sentido da importância de indução de práticas.

Verifica-se também uma instabilidade na transferência de recursos do financiamento estadual no período de 2015 a 2018, contexto este, que acaba dificultando o planejamento dos municípios e a execução de algumas ações de saúde, sendo retomado em 2019 com o PREFAPS.

### **5.1 O Programa de Financiamento Estadual da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS)**

Assim como os Programas de Financiamento da APS anteriores, o PREFAPS atende a todos os municípios do Rio de Janeiro, que realizaram a adesão voluntária para a sua participação.

A Resolução SES-RJ nº 1846 de 09 de maio de 2019 instituiu o PREFAPS tendo como objetivo fortalecer a Atenção Primária dos municípios através da manutenção e expansão das equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (eSB/SF), bem como fomentar a qualidade dos serviços e o alcance de metas pactuadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Em novembro do mesmo ano, a resolução foi alterada, incluindo em seu escopo as equipes de Consultório na Rua (e-CnaR) e de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (e-NASFAB).

O Programa possui três componentes, a saber: Componente de Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde; Componente de Expansão da Estratégia Saúde da Família; e Componente de Desempenho da Atenção Primária à Saúde.

### 5.1.1 Componente de Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde:

Considera a transferência de recursos financeiros calculado com base no número de eSF e eSB/SF implantadas nos municípios, conforme dados disponíveis em fonte disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Os valores a serem repassados para as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal foram baseados nas definições estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

A definição dos valores por eSF e eSB/SF seguem os critérios de classificação dos municípios já sinalizados pelo Ministério da Saúde tais como: PIB Per Capita, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza, Densidade Demográfica e Porte Populacional. O conjunto de municípios é estratificado em quatro faixas, tendo cada faixa um valor, sendo o valor mínimo por eSF de R\$ 2.140,00 e máximo de R\$ 3.740,00 e de R\$ 670,00 valor mínimo por eSB/SF e máximo por R\$ 1.160,00 (Quadro 11).

Quadro 11 – Valores de referência mensal por faixa do Componente I – Sustentabilidade para equipes de Saúde da Família (eSF) e Saúde Bucal na Saúde da família (eSB/SF)<sup>14</sup>

FAIXA	VALOR FAIXA eSF	VALOR FAIXA eSB/SF
1	R\$ 3.740,00	R\$ 1.160,00
2	R\$ 3.205,00	R\$ 1.005,00
3	R\$ 2.670,00	R\$ 825,00
4	R\$ 2.140,00	R\$ 670,00

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2020b.

Os recursos são calculados a partir da multiplicação entre o valor da faixa e o número de equipes eSF e eSB/SF correspondentes. Esses valores são acrescidos de bonificação em função da cobertura populacional estimada pela ESF, da seguinte forma: municípios com cobertura de ESF entre 70% e 99,9%

<sup>14</sup> Esse valor está em vigor, sem alteração, até os dias atuais.

passariam a receber um acréscimo de 10% e municípios com 100% de cobertura de ESF receberiam um acréscimo de 15%.

Com a publicação da Resolução SES-RJ nº1.938 de 2019, foram incluídos valores para cada modalidade de equipes de Consultório na Rua (CnaR), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (e-NASF-AB). Assim como, em 2020, com a publicação da Deliberação CIB-RJ nº 6232 houve um aumento no valor de transferência financeira para as equipes NASF-AB e a inclusão dos Polos de Academia da Saúde (PAS), (Quadro 12).

Quadro 12 – Comparativo dos Valores do Componente I - Sustentabilidade para as equipes no período de 2019 e 2020.

<b>Tipo de Equipe</b>	<b>Valor Componente I Sustentabilidade (2019)</b>	<b>Valor Componente I Sustentabilidade (2020)<sup>15</sup></b>
Equipe de Consultório na Rua – Modalidade I	R\$ 9.644,91	R\$ 9.644,91
Equipe de Consultório na Rua – Modalidade II	R\$ 13.231,45	R\$ 13.231,45
Equipe de Consultório na Rua – Modalidade III	R\$ 17.060,34	R\$ 17.060,34
<b>Equipe de NASF AB – Modalidade I</b>	<b>R\$ 9.693,37</b>	<b>R\$ 20.000,00</b>
<b>Equipe de NASF AB – Modalidade II</b>	<b>R\$ 5.816,02</b>	<b>R\$ 10.000,00</b>
<b>Polo de Academia da Saúde</b>	<b>-</b>	<b>R\$ 3.000,00</b>

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2020.

### 5.1.2 Componente de Expansão da Estratégia Saúde da Família

Seguindo o mesmo movimento do Componente Sustentabilidade, inicialmente este componente era destinado aos municípios que implementassem novas equipes de eSF e eSB/SF. Com a Resolução SES-RJ N° 1.938 foram incluídas as equipes de e-CnaR e e-NASF-AB. No ano seguinte, em 2020, através da Deliberação CIB-RJ N° 6.232 os Polos da Academia da Saúde também foram contemplados.

As novas equipes deveriam ter seu projeto de credenciamento aprovado pela Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS/SGAIS/SES-RJ) e pactuado pela CIB-RJ, além de atestar o início de suas atividades com base em

<sup>15</sup> Esse valor foi mantido para o ano de 2021.

relatório de produção do primeiro mês de funcionamento. Os valores seriam repassados com frequência quadrimestral e em parcela única, correspondentes a soma total de equipes implantadas no quadrimestre (Quadro 13).

Quadro 13 – Comparativo dos Valores do Componente II – Expansão para as equipes no período de 2019 e 2020.

<b>Tipo de Equipe</b>	<b>Valor Componente II – Expansão (2019)</b>	<b>Valor Componente II – Expansão (2020)<sup>16</sup></b>
Equipe de Saúde da Família	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00
Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
Equipe de Consultório na Rua	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00
Equipe de NASF – Modalidade I	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
Equipe de NASF – Modalidade II	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00
Polo Academia da Saúde Modalidade I	-	R\$ 10.000,00
Polo Academia da Saúde Modalidade II	-	R\$ 15.000,00
Polo Academia da Saúde Modalidade III	-	R\$ 20.000,00

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2020b.

### 5.1.3 Componente de Desempenho da Atenção Primária à Saúde

Este componente destina-se à qualificação das ações executadas na AB, e sua transferência de recursos financeiros está condicionado ao alcance de metas de um rol de indicadores estratégicos estabelecidos na Resolução. Tais indicadores e metas são elencados e publicados anualmente, conforme prioridades do estado.

No primeiro ano do Programa, 11 indicadores foram pactuados, e buscavam avaliar as ações dirigidas especialmente à saúde da mulher e criança, doenças crônicas, tuberculose, sífilis e acesso aos serviços de saúde na AB. Em 2020, com a publicação da Deliberação CIB-RJ nº 6233 de 13 de agosto de 2020 houve uma redução do número dos indicadores, em virtude de reavaliação técnica das áreas relacionadas, sendo pactuados apenas 8 indicadores, que se mantiveram no ano de 2021, com algumas alterações nas metas (Quadro 14).

<sup>16</sup> Esses valores foram mantidos para o ano de 2021.

Quadro 14 – Relação do rol de indicadores e metas referentes ao Componente III – Desempenho no período de 2020 e 2021.

Rol de Indicadores (2020)	Meta em 2020	Meta em 2021
Razão entre atendimentos médicos na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família	0,3	0,30
Razão entre atendimentos de enfermagem na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família	0,2	0,20
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	75%	75%
Cobertura de Triagem Neonatal no SUS	75%	75%
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	75%	70%
Razão entre o número de atendimentos de médicos e de enfermeiros a hipertensos na APS e o número de hipertensos estimados pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013) cobertos pela ESF	0,25	0,35
Razão entre o número de atendimentos médicos e de enfermeiros a diabéticos na APS e o número de diabéticos estimados pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013) cobertos pela ESF	0,25	0,35
Proporção de equipes de saúde bucal na Saúde da Família (eSB/SF) que realizam, no mínimo, 70% de ações do rol mínimo preconizado	50%	60%

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2021a.

Para fazer jus a transferência financeira do Componente Desempenho, a apuração do alcance de metas deve ser realizada da seguinte forma:

- I -Cumprimento de 6 a 8 metas, transferência de 100% do recurso do Componente Sustentabilidade relativo às equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;
- II- Cumprimento de 4 a 5 metas, transferência de 50% do recurso do Componente Sustentabilidade relativo às equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família
- III- Cumprimento de 0 a 3 metas, não há transferência de recursos (RIO DE JANEIRO, 2021a).

Os recursos seriam transferidos após a apuração das informações, em periodicidade quadrimestral, do Fundo Estadual de Saúde para os respectivos Fundos Municipais de Saúde.

Observa-se que se compararmos o último cofinanciamento estadual para a Atenção Primária em 2014 e o PREFAPS de 2019 ambos seguem os mesmos critérios para a realização de pagamento por equipe, seguindo a mesma lógica de dividir os municípios por faixas estratificadas, a partir dos critérios<sup>17</sup> estabelecidos pelo Ministério da Saúde e com a proposta de indicadores para monitoramento.

Nesse sentido, observa-se em relação aos cofinanciamentos anteriores, que o PREFAPS traz como inovação, o Componente Expansão, no intuito de incentivar a ampliação de novas equipes; a forma de organização do Componente Desempenho, a partir do número de alcance de metas atingidas e a ampliação e tipologia de equipes a ser considerada no financiamento, como as equipes NASF-AB, equipes de Consultório na Rua e os Polos de Academia da Saúde, dando visibilidade e reconhecimento por serem dispositivos importantes para a qualificação da Atenção Primária.

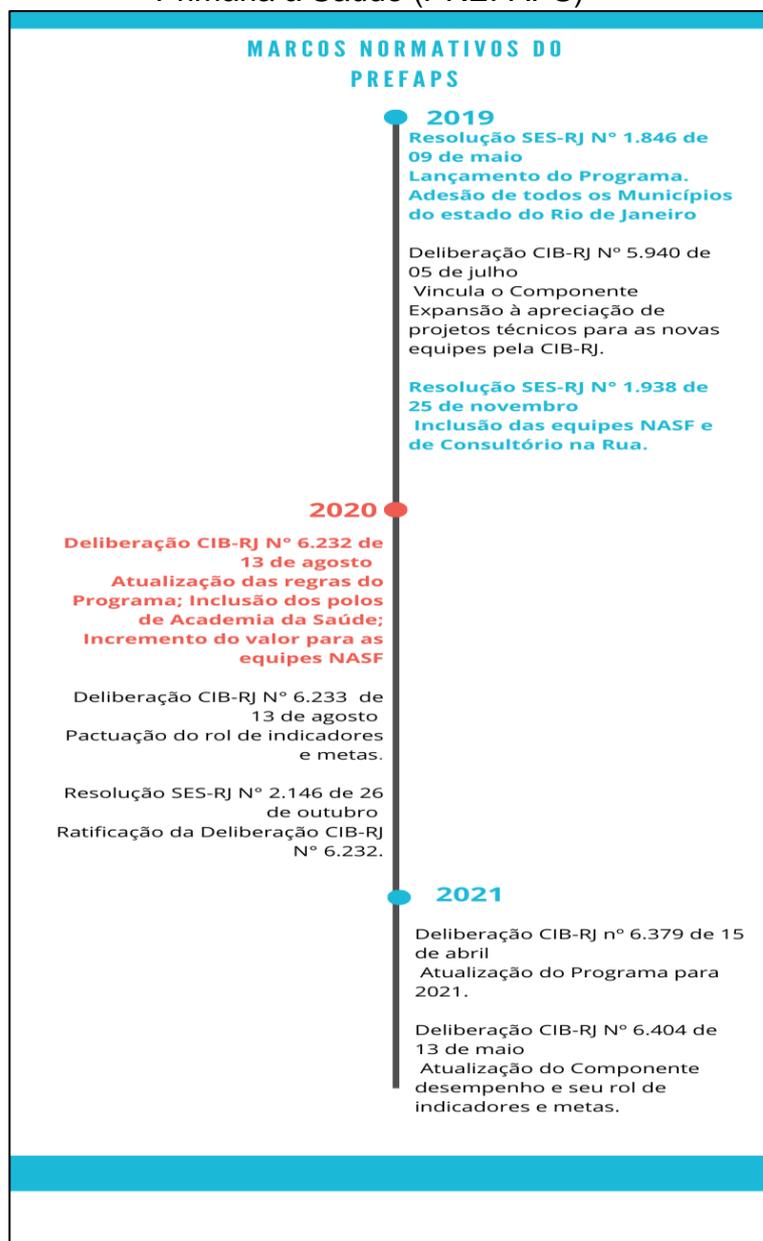
Os marcos normativos deste período de análise do PREFAPS foram ilustrados em uma linha do tempo de 2019 até 2021, conforme visto na Figura 5, a seguir.

---

<sup>17</sup> PIB Per Capita, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza, Densidade Demográfica e Porte Populacional (RIO DE JANEIRO, 2019).



Figura 5 – Linha do tempo com os marcos normativos do Programa de Financiamento Estadual da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS)



Fonte: A autora, 2022.

## 5.2 Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) no PREFAPS

O PREFAPS por compreender a ESF, como modelo prioritário para a organização da APS, trouxe a necessidade de apoiar a sustentabilidade e fomentar

a expansão dos diversos tipos de equipes de Atenção Primária nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Desta forma, as equipes NASF-AB passam a ser contempladas a receber recursos provenientes desse modelo de financiamento. Neste sentido, podemos considerar que o PREFAPS com relação aos Programas de Financiamento anteriores foi inovador, por reconhecer a importância de outras equipes que atuam na Atenção Básica e a possibilidade de serem contempladas para recebimento de recursos financeiros.

Outro fator que merece destaque e que reforça essa iniciativa pelo ente estadual em poder contribuir para o financiamento dessas equipes estão relacionadas ao contrafluxo da política nacional. Com o lançamento do Programa Previne Brasil que altera a lógica de custeio das equipes de Atenção Primária e especificamente como no caso do NASF-AB, a publicação da Nota Técnica nº 03/2020, que revoga as normativas que definem os parâmetros e custeio do NASF-AB, a orientação ministerial destas normativas é desfavorável ao credenciamento de novas equipes. Além disso, dá autonomia para os gestores municipais definirem a composição de suas equipes multiprofissionais, estabelecendo os profissionais, a carga horária e os arranjos das equipes. (BRASIL, 2020e).

Para realizar o levantamento das equipes, com o intuito de apurar o funcionamento das mesmas para fazer jus ao recebimento do incentivo financeiro referente ao Componente Sustentabilidade no ano de 2019, foi utilizado como base o relatório “Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados” disponibilizado pelo Ministério da Saúde (E-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA, [2021b]). De acordo com o Informe Técnico de Avaliação do Terceiro Quadrimestre de 2019 (RIO DE JANEIRO, 2019) foram apresentados a média mensal do número de equipes, por tipologia, pagas por quadrimestre e seus respectivos valores de referência correspondentes (Quadro 15).

Quadro 15 – Valores de transferências de recursos do Componente I - Sustentabilidade, por tipo de equipe e quadrimestre de referência, ano 2019.

Tipo de Equipe	1º Quadrimestre		2º Quadrimestre		3º Quadrimestre	
	Média mensal de equipes	Valor de referência (R\$)	Média mensal de equipes	Valor de referência (R\$)	Média mensal de equipes	Valor de referência (R\$)
eSF	2.793	32.272.417,25	2.721	31.675.504,50	2.652	31.106.157,75
eSF/SB	1.167		1.140		1.138	
NASF	204	7.754.695,93	202	7.690.719,69	194	7.396.041,24
CnaR	20	1.224.467,00	21	1.270.462,07	21	1.281.851,76
<b>Total</b>	-	41.251.580,18	-	40.636.686,26	-	39.784.050,75

Fonte: Informe Técnico Avaliação do terceiro quadrimestre de 2019 (RIO DE JANEIRO, 2019).

Na análise dos valores de transferência estadual evidencia-se uma redução no número de equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e NASF-AB observada no estado em 2019. Tal redução em âmbito estadual é atribuída à capital. No geral, houve a manutenção ou uma discreta redução.

Em relação aos valores de transferência para as equipes NASF, observa-se que no ano de 2019 aproximadamente 18,7% do valor total pago no Componente I foi destinado para o pagamento dessas equipes. Os valores de referência por tipo de equipe NASF-AB modalidade I e NASF-AB modalidade II, são R\$ 9.693,37 e R\$ 5.816,02, respectivamente.

Em relação ao Componente Expansão, neste período, não houve transferência de recurso para equipes NASF-AB, tendo em vista que não houve publicação de portaria pelo MS para credenciamento de novas equipes - pré-requisito estabelecido pela normativa estadual.

No ano de 2020, com o advento da Pandemia por Covid-19 e a limitação de dados atualizados disponíveis no “Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados” do Ministério da Saúde foi utilizado como referência para a apuração, os dados referentes às equipes implantadas em novembro de 2019. De acordo com a Resolução SES-RJ nº 2146 “o valor referente ao 1º quadrimestre de 2020 – Componente Sustentabilidade foi antecipado e será ajustado nos demais pagamentos do ano” (RIO DE JANEIRO, 2020 p. 3).

Em abril do mesmo ano (2020) foi publicada a Deliberação CIB-RJ nº 6232 que atualiza as regras do Programa, bem como efetiva o incremento do valor para

as equipes NASF-AB, modalidade I e modalidade II, a partir dos valores de referência por modalidade, R\$10.000,00 e R\$ 5.000,00, respectivamente. Sugere-se que tal incremento foi em resposta ao contexto do Previne Brasil, na tentativa do ente estadual garantir a transferência intergovernamental para essas equipes.

Em relação ao Componente Expansão, também não houve transferência de recurso financeiro desse componente para as equipes NASF-AB. Sugere-se que tal fato, possa ser o reflexo do Programa Previne Brasil e pela normativa de não credenciamento de novas equipes pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2020 foi considerada a média para transferência de recursos financeiros do Componente Sustentabilidade de 194,3 equipes de NASF-AB, considerando NASF-AB modalidades I e II, perfazendo um total de R\$ 3.797.500,00 equivalente a 7,7% do valor total para esse componente destinado à essas equipes.

No ano de 2021, na Deliberação CIB-RJ nº 6379 de 15 de abril foi utilizado para a apuração do número total de equipes NASF-AB para o cálculo do Componente Sustentabilidade,

I – Os dados apresentados pelo relatório público de equipes de saúde (equipes NASF - código 72) na competência de janeiro de 2021, disponível na plataforma TABNET SCNES;

II - A distribuição por modalidade de equipes NASF do último quadrimestre de 2019 (NASF modalidades I, II e III), conforme Resolução SES nº 2.146 de 26 de outubro de 2020 (RIO DE JANEIRO, 2021).

Foram consideradas para recebimento do Componente Sustentabilidade no ano de 2021, 214 equipes, sendo 206 equipes NASF-AB modalidade I e 8 equipes modalidade II, perfazendo um total de aproximadamente R\$ 4.120.000,00.

Observa-se que analisando o período de 2019 e 2020 o número de equipes NASF-AB que receberam recursos financeiros no Componente Sustentabilidade foi praticamente o mesmo, em torno de 194 equipes. No entanto, houve uma diferença do valor total, de um ano para outro.

Vale destacar aqui, novamente, o reflexo do Previne Brasil. O fato de se ter considerado a base de dados SCNES foi em virtude da publicação da Portaria nº 99 de 7 de fevereiro de 2020<sup>18</sup> que redefine o registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental neste Sistema, que deixa claro a extinção das

---

<sup>18</sup> A correlação entre a classificação de equipes NASF anterior era: código 06 – para NASF 1; 07 – para NASF 2 e 45- NASF 3 passando todas as modalidades para o código 72 – e-NASF AB (BRASIL, 2020d).

modalidades NASF-AB, agregando-as em um único código. Esse movimento do MS só reforça o reconhecimento do fim dessas equipes.

Ainda assim, nesse ano não houve transferência de recursos financeiros do Componente Expansão para essas equipes. Os municípios que tiveram alteração no número de equipes NASF-AB para o Componente Sustentabilidade em 2021 em comparação com o ano anterior, estão descritos conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Comparativo do número de equipes NASF-AB consideradas para o Componente Sustentabilidade e valores de transferências para o período de 2020 e 2021.

(continua)

Município	2020			2021			
	Média NASF I 3º QD/2019	Média NASF II 3º QD/2019	Valor mensal NASF sustentabilidade pagos nos 3 quadrimestres	Nº NASF I Jan/2021 (CNES com comparação com última resolução)	Nº NASF II Jan/2021 (CNES com comparação última resolução)	Valor mensal NASF I	Valor mensal NASF II
ANGRA DOS REIS	1,5	0,0	R\$30.000,00	2,0	0,0	R\$40.000,00	R\$ -
ARARUAMA	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
AREAL	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
ARMAÇÃO DOS BÚZIOS	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
BARRA DO PIRAÍ	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
BARRA MANSA	4,0	0,0	R\$80.000,00	4,0	0,0	R\$80.000,00	R\$ -
BELFORD ROXO	3,0	0,0	R\$60.000,00	3,0	0,0	R\$60.000,00	R\$ -
BOM JESUS DO ITABAPOANA	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
CABO FRIO	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
CACHOEIRAS DE MACACU	0,8	0,0	R\$15.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
CARAPEBUS	0,0	0,0	R\$ -	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
CASIMIRO DE ABREU	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
COMENDADOR LEVY GASPARIAN	0,0	1,0	R\$10.000,00	0,0	1,0	R\$ -	R\$10.000,00
DUQUE DE CAXIAS	3,0	0,0	R\$60.000,00	3,0	0,0	R\$60.000,00	R\$ -
ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	0,0	1,0	R\$10.000,00	0,0	1,0	R\$ -	R\$10.000,00

Tabela 2 – Comparativo do número de equipes NASF-AB consideradas para o Componente Sustentabilidade e valores de transferências para o período de 2020 e 2021.

(continuação)

Município	2020			2021			
	Média NASF I 3º QD/2019	Média NASF II 3º QD/2019	Valor mensal NASF sustentabilidade pagos nos 3 quadrimestres	Nº NASF I Jan/2021 (CNES com comparação com última resolução)	Nº NASF II Jan/2021 (CNES com comparação última resolução)	Valor mensal NASF I	Valor mensal NASF II
IGUABA GRANDE	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
ITABORAÍ	0,0	0,0	R\$ -	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
ITAOCARA	0,0	1,0	R\$10.000,00	0,0	1,0	R\$-	R\$10.000,00
ITAPERUNA	2,0	0,0	R\$40.000,00	2,0	0,0	R\$40.000,00	R\$ -
ITATIAIA	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
JAPERI	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
MACAÉ	3,0	0,0	R\$60.000,00	3,0	0,0	R\$60.000,00	R\$ -
MAGÉ	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
MANGARATIBA	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
MARICÁ	1,5	0,0	R\$30.000,00	5,0	0,0	R\$100.000,00	R\$ -
MENDES	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
MESQUITA	3,0	0,0	R\$60.000,00	3,0	0,0	R\$60.000,00	R\$ -
MIGUEL PEREIRA	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
MIRACEMA	0,8	0,0	R\$15.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
NILÓPOLIS	3,0	0,0	R\$60.000,00	3,0	0,0	R\$60.000,00	R\$ -
NITERÓI	5,0	0,0	R\$100.000,00	5,0	0,0	R\$100.000,00	R\$ -
NOVA FRIBURGO	0,0	0,0	R\$ -	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
NOVA IGUAÇU	9,0	0,0	R\$180.000,00	14,0	0,0	R\$280.000,00	R\$ -
PARACAMBI	0,0	1,0	R\$10.000,00	0,0	1,0	R\$ -	R\$10.000,00
PARAÍBA DO SUL	2,0	0,0	R\$40.000,00	2,0	0,0	R\$40.000,00	R\$ -

Tabela 2 – Comparativo do número de equipes NASF-AB consideradas para o Componente Sustentabilidade e valores de transferências para o período de 2020 e 2021.

(continuação)

Município	2020			2021			
	Média NASF I 3º QD/2019	Média NASF II 3º QD/2019	Valor mensal NASF sustentabilidade pagos nos 3 quadrimestres	Nº NASF I Jan/2021 (CNES com comparação com última resolução)	Nº NASF II Jan/2021 (CNES com comparação última resolução)	Valor mensal NASF I	Valor mensal NASF II
PARATY	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
PATY DO ALFERES	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
PETRÓPOLIS	2,0	0,0	R\$40.000,00	3,0	0,0	R\$60.000,00	R\$ -
PINHEIRAL	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
PIRAÍ	2,0	0,0	R\$40.000,00	2,0	0,0	R\$40.000,00	R\$ -
PORCIÚNCULA	1,0	0,0	R\$20.000,00	0,0	0,0	R\$ -	R\$ -
PORTO REAL	0,5	0,0	R\$10.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
QUATIS	0,0	0,8	R\$7.500,00	0,0	0,0	R\$ -	R\$ -
QUISSAMÃ	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
RESENDE	1,0	0,0	R\$20.000,00	4,0	0,0	R\$80.000,00	R\$ -
RIO BONITO	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
RIO CLARO	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
RIO DAS FLORES	0,0	1,0	R\$10.000,00	0,0	1,0	R\$ -	R\$10.000,00
RIO DAS OSTRAS	2,0	0,0	R\$40.000,00	2,0	0,0	R\$40.000,00	R\$ -
RIO DE JANEIRO	72,3	0,0	R\$1.445.000,00	75,0	0,0	R\$1.500.000,00	R\$ -
SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA	0,0	0,0	R\$ -	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
SÃO GONÇALO	25,0	0,0	R\$500.000,00	25,0	0,0	R\$500.000,00	R\$ -
SÃO JOÃO DA BARRA	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
SÃO JOÃO DE MERITI	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -

Tabela 2 – Comparativo do número de equipes NASF-AB consideradas para o Componente Sustentabilidade e valores de transferências para o período de 2020 e 2021.

(conclusão)

Município	2020			2021			
	Média NASF I 3º QD/2019	Média NASF II 3º QD/2019	Valor mensal NASF sustentabilidade pagos nos 3 quadrimestres	Nº NASF I Jan/2021 (CNES com comparação com última resolução)	Nº NASF II Jan/2021 (CNES com comparação última resolução)	Valor mensal NASF I	Valor mensal NASF II
SÃO JOSÉ DE UBÁ	0,0	1,0	R\$10.000,00	0,0	1,0	R\$ -	R\$10.000,00
SÃO PEDRO DA ALDEIA	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
SAPUCAIA	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
SAQUAREMA	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
SEROPÉDICA	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
SILVA JARDIM	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
TANGUÁ	1,0	0,0	R\$20.000,00	0,0	0,0	R\$ -	R\$ -
TERESÓPOLIS	0,8	0,0	R\$15.000,00	2,0	0,0	R\$40.000,00	R\$ -
TRAJANO DE MORAES	0,0	1,0	R\$10.000,00	0,0	1,0	R\$ -	R\$10.000,00
TRÊS RIOS	2,0	0,0	R\$40.000,00	2,0	0,0	R\$40.000,00	R\$ -
VALENÇA	2,0	0,0	R\$40.000,00	2,0	0,0	R\$40.000,00	R\$ -
VARRE-SAI	0,0	1,0	R\$10.000,00	0,0	1,0	R\$ -	R\$10.000,00
VASSOURAS	1,0	0,0	R\$20.000,00	1,0	0,0	R\$20.000,00	R\$ -
VOLTA REDONDA	4,5	0,0	R\$90.000,00	5,0	0,0	R\$100.000,00	R\$ -
<b>Total</b>	<b>185,5</b>	<b>8,8</b>	<b>R\$3.797.500,00</b>	<b>206,0</b>	<b>8,0</b>	<b>R\$4.120.000,00</b>	<b>R\$ 80.000,00</b>

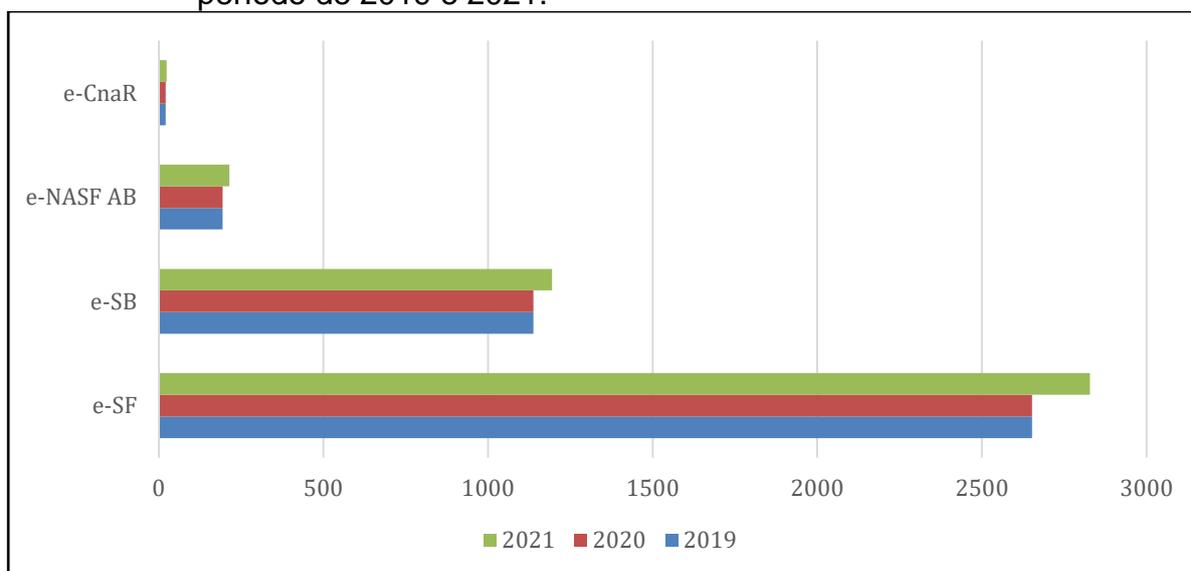
Fonte: RIO DE JANEIRO, 2021d.

Comparando os anos de 2020 e 2021 em relação aos municípios descritos acima houve um acréscimo de 21 equipes, perfazendo o aumento de recursos para essas equipes de R\$ 402.500,00.

Observa-se uma diferença expressiva no município de Nova Iguaçu que teve um aumento de 5 equipes, seguido de Maricá, com 4 equipes, Resende e Rio de Janeiro com o aumento de 3 equipes. No entanto, nota-se que no mesmo período observamos a redução de equipes nos municípios Porciúncula, Quatis e Tanguá de 01 equipe NASF-AB, deixando de receber o incentivo pelo PREFAPS.

No Gráfico 9 apresentamos o quantitativo total por tipo de equipes pagas, Componente Sustentabilidade, pelo PREFAPS, no ERJ, no período de 2019 e 2021.

Gráfico 9 – Quantitativo total por tipo de equipe pagas pelo PREFAPS, Componente I - Sustentabilidade, no estado do Rio de Janeiro, no período de 2019 e 2021.



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2021d.

Observa-se que no período analisado não houve grandes alterações e o contexto do Previne Brasil sugere tais reflexos. Os anos de 2019 e 2020 praticamente mantiveram os mesmos quantitativos. Pode-se atribuir o fato de que nos anos de 2020 e 2021 o Previne Brasil não teve seu regramento implementado na sua plenitude, em virtude do contexto da emergência de saúde pública de

importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Nesse sentido, foram lançadas Portarias que prorrogavam o prazo da etapa de transição da capitação ponderada e de pagamento por desempenho, considerando o resultado potencial de 100% do alcance dos indicadores (BRASIL, 2020b; 2020c).

Em 2021 houve um discreto aumento no número de equipes, muito por conta da mudança do registro das equipes no SCNES, sendo 66% dos recursos destinados para as equipes de Saúde da Família, seguido pelas equipes de saúde bucal, com 28%. As equipes NASF-AB correspondem a aproximadamente 5%.

No entanto, vale fazer uma observação que corrobora com esse movimento do contexto atual. Quando foi realizado o refinamento dos critérios, a partir da base detalhada do SCNES, conforme Deliberação CIB-RJ nº 6710 de 10 de fevereiro de 2022, observou-se uma redução importante do número de equipes NASF a ser considerada, totalizando 166 equipes. Isso indica que, apesar do esforço da ampliação de transferência de recursos do Estado do Rio de Janeiro não parece estar sendo suficiente para sustentar e reduzir o impacto de redução do financiamento federal para essas equipes.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pensar na trajetória temporal do NASF-AB, desde a sua criação até sua conformação atual, as forças e os modelos em disputa, se faz estratégico identificar e compreender como foi criado esse dispositivo para qualificar a AB e o cuidado no território.

Nesse sentido a reflexão desta análise realizada vem com o intuito de destacar os avanços e desafios que perpassam a sua trajetória no Estado do Rio de Janeiro.

Há que se reconhecer que o NASF partiu de uma proposta recente e inovadora no âmbito da política pública de saúde, criada para potencializar e qualificar o modelo de AB, através de suporte técnico especializado às equipes de Saúde da Família. Essa proposta veio implementar mudanças no processo de trabalho dos profissionais das equipes de Saúde da Família. A Atenção Básica em grande parte do território nacional limitava-se a um modelo de cuidado em saúde centrado no médico, em que a multiprofissionalidade envolvia apenas a equipe mínima composta por profissionais de enfermagem, cirurgião-dentista, e os agentes comunitários de saúde. O acesso às demais categorias profissionais estavam restritas aos serviços de Atenção Secundária, por meio de encaminhamentos e contrarreferências. No entanto, como qualquer novidade, como qualquer ação de saúde, exigia dedicação, conhecimento e sobretudo aplicação de recursos voltados para a melhoria das condições de trabalho, educação permanente, monitoramento, avaliação, para que o seu funcionamento ocorresse de forma prevista.

Observa-se nas análises das diretrizes para orientação das ações das equipes NASF elaborado pelo MS as normativas como portarias publicadas referentes ao custeio das equipes, os parâmetros para cada modalidade e na própria PNAB de 2011 que houve um esforço e um investimento para que o NASF acontecesse de maneira plena nos territórios. Verificou-se ainda que as estratégias e as formas de organização do trabalho dessas equipes não contavam com processos plenamente sistematizados. Corroborando para este fato os estudos de Vieira de Macedo *et al.*(2016); Lancman *et al.*(2013); Reis *et al.*(2016); Shimizu e Fragelli (2016); Pasquim e Arruda (2013); Barros (2015); Moura e Luzio (2014),

apontam a necessidade de direcionar de forma mais precisa a atuação dessas equipes no âmbito dos estados e municípios.

No decorrer da implementação deste dispositivo, foram identificadas diversas diferenças no modelo de atuação das equipes, nos tipos de equipes como apontado no estudo realizado por Tesser (2017). Um dos principais desafios apontados, diz respeito a uma suposta oposição entre as concepções do trabalho do NASF, se prevalece a prática assistencial ou a de intervenção pedagógica, como se uma excluísse a outra. Destacamos que esta é uma visão equivocada da proposta, pois a atuação do NASF deve considerar a coexistência dessas duas dimensões de atuação.

Neste sentido, podemos atribuir o fato de que as diretrizes formuladas pelo MS deixam uma lacuna de quais são as reais atribuições das categorias que compõem essas equipes, ficando a cargo dos gestores, dos profissionais e da realidade do território o manejo de funcionamento das equipes.

Outro ponto que influencia diretamente nesse entendimento é quando ocorre a mudança da nomenclatura destas equipes. Na terceira versão da PNAB, publicada em 2017, o termo “apoio” foi substituído pelo termo “ampliado”. Conforme descrito por Brocardo *et al.* (2018) “coloca-se em questão o papel do matriciamento e toda a lógica de apoio que era entendida como atividade central, em prol de uma dimensão mais assistencial” (BROCARD *et al.* 2018, p.89). Além disso, tal mudança propõe a possibilidade de atuação juntamente com as equipes de atenção básica tradicionais, que de acordo com Melo *et al.* (2018b) “pode ter uma interferência negativa no seu formato de funcionamento, considerando o regime de cargas horárias previsto para as eAP, bem como a baixa indução para funcionarem com atributos e diretrizes na ESF” (MELO *et al.*, 2018b, p. 45).

O texto da PNAB dá uma ideia de “sugerir recomendações”, perdendo o caráter indutor e claro que uma política deve ter (BRASIL, 2017). De acordo com Morosini, Fonseca e Lima. (2018, p. 11)

Mantém-se a lógica de indução por incentivos específico, mas extinguem-se aqueles incentivos que reforçavam a orientação do modelo e a estruturação do trabalho na lógica territorial e comunitária, como a implantação de equipes de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Saúde Indígena. Essas modalidades são reinseridas como equipes para registro no SCNES na Portaria nº 99 de 23 de fevereiro de 2020, entretanto, não recuperam o status de estratégias incentivadas pela política federal de financiamento da atenção básica.

Outra questão importante de se destacar foram as mudanças para o financiamento das equipes NASF-AB. Essas mudanças do modelo de financiamento impactam toda a AB. Melo *et al.* (2019) aponta em seu estudo sobre as alterações significativas e incertezas para a gestão municipal, já que o fim do PAB fixo compromete o aporte regular de recursos financeiros federais, importante fonte orçamentária para a totalidade dos municípios brasileiros.

A redução das transferências intergovernamentais para a manutenção e a suspensão de recursos financeiros para implantação de novas equipes NASF vem gerando grande repercussão com implicações que colocam em risco o número de equipes NASF-AB credenciadas e implantadas. Na nova forma de custeio da APS é considerada a base de cadastros individuais registradas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Consultório na Rua (eCnaR), equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e por desempenho através de resultados em indicadores selecionados.

Nessa perspectiva, a pergunta que não quer calar: o NASF-AB acabou? Com a publicação da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, fica ainda mais nítido o que já havia sido anunciado na Política Nacional de Atenção Básica de 2017: não há mais nenhum tipo de incentivo e interesse por parte do MS ao “*modus operandi*” do NASF-AB e a transferência intergovernamental de recurso financeiro para estas equipes. A partir de agora fica a cargo do gestor local definir se manterá os profissionais neste ponto de atenção e qual o formato essas equipes estarão vinculadas, se diretamente às eSF, ou apenas cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde. No entanto, observa-se ao mesmo tempo nesta Nota Técnica, uma narrativa contraditória quando há uma tentativa de dizer que os profissionais que compõem o NASF são fundamentais para uma atenção primária de qualidade e para o bom desempenho das eSF nos indicadores, conforme trecho descrito no documento:

A melhoria dos indicadores em saúde, por exemplo, está diretamente relacionada à capacidade resolutiva das equipes, às ações e serviços que ofertam e aos profissionais que a compõem. Dessa forma, quanto mais apropriada for a composição da equipe para resolver os problemas de saúde da população, melhor será o desempenho dessa equipe, caso ela trabalhe de maneira integrada e efetiva (BRASIL, 2020e, p. 1).

De certo modo, condiz com o objetivo inicial do NASF que é ampliar a qualidade e resolutividade da Estratégia de Saúde da Família (TESSER; POLI, 2017). As equipes apoiadas por NASF deveriam responder melhor aos problemas e necessidades da população e assim tenderiam a ter melhores desempenho nos indicadores. Com isso, teriam também melhor financiamento, o que supostamente justificaria para o gestor local a sua manutenção.

Diante do exposto, consideramos que na Política Nacional, o NASF-AB enquanto estratégia acabou. Entendemos que a construção das políticas de saúde no SUS ocorre principalmente, por meio da indução financeira por parte do Ministério da Saúde. Quando esta deixa de destinar um financiamento específico para um tipo equipe, sinaliza que esta não é mais relevante, ainda mais quando introduz pagamento por desempenho através dos resultados obtidos por indicadores. Outro fato é que o rol de indicadores estabelecidos para a realização dos pagamentos não dialoga diretamente com a atuação de outras categorias profissionais que não compõem a equipe mínima da atenção básica.

Alguns estados vêm introduzindo e realizando diversificadas formas de financiamento voltadas para a AB a fim de reduzir os efeitos causados pela redução da transferência de recurso financeiro federal às equipes nos municípios.

Ao olharmos para a realidade do estado do Rio de Janeiro, considerando o PREFAPS, que financia e incentiva a expansão de novas equipes de Atenção Primária (eSF, eSB, e-NASF-AB, e-CnaR), e que traz em seu escopo o componente desempenho, com seu rol de indicadores, ainda é muito prematuro pensar em impacto no sentido de manutenção e custeios destas equipes, tendo em vista o pouco tempo de implantação do Programa.

Vale destacar aqui que quando foi lançado o Previne Brasil, o PREFAPS incluiu as equipes NASF-AB para serem contempladas. Nesse sentido, há que se considerar que existe um esforço e um reconhecimento da gestão estadual em financiar a Atenção Primária, sobretudo essas equipes, que deixam de ser financiadas pelo MS. O PREFAPS vem custeando as equipes NASF-AB com o mesmo valor de referência que eram pagas pelo MS.

No entanto, a partir dos dados apresentados no capítulo 4 sobre o processo de implantação das equipes NASF-AB no ERJ e no capítulo 5 com a inclusão das equipes NASF-AB no PREFAPS observamos em relação ao NASF-AB um baixo percentual de aplicação de recurso. Isso pode se dar pelo reflexo da conformação

dessas equipes no ERJ, por conta da maneira heterogênea nas Regiões de Saúde e nos municípios, se compararmos com o quantitativo de equipes de Saúde da Família, o número de equipes NASF-AB ainda é muito desproporcional.

Vale ressaltar que no período de 2019 a 2020 ocorreram mudanças significativas que refletiram nessas equipes. Prevalece uma tendência em grande parte dos municípios do ERJ uma estagnação na implementação de novas equipes. Sugere-se que tal fato se deu muito por conta da nova forma de financiamento, sendo notado nos resultados do PREFAPS, em que não ocorreu o pagamento para a expansão de novas equipes NASF-AB. Pelo contrário, percebemos no decorrer de vigência do PREFAPS uma diminuição do número de equipes NASF-AB, sugerindo reflexos do Programa Previne Brasil.

Retratar o trabalho das equipes NASF-AB a partir dos sistemas de informações oficiais implementados sempre foi um desafio. A implantação de instrumentos de coleta de dados específicos para a captação do processo de trabalho das equipes NASF consiste em um grande passo para o aprimoramento e a consolidação do trabalho dessas equipes na Atenção Básica (BRASIL, 2014b).

O SISAB, através da estratégia e-SUS disponibiliza três fichas/marcadores para apontar a produtividade dessas equipes: ficha de atendimento individual, ficha de procedimento e ficha de atividade coletiva. No entanto, tais marcadores são insuficientes para dimensionar o processo de trabalho realizadas pelas equipes NASF-AB.

Na tentativa de agregar mais informações acerca do acompanhamento do processo de trabalho das equipes NASF, fica a cargo dos municípios a criação de instrumentos informais com o intuito de melhorar o monitoramento e avaliação, para dar conta dessa lacuna.

No ERJ, no âmbito do PREFAPS, observa-se que, mesmo com o reconhecimento da importância do trabalho das equipes NASF e tendo incorporado transferência de recursos financeiros para a manutenção das equipes e incentivo à expansão de novas equipes, não há no Componente Desempenho um indicador que contemple as equipes NASF-AB, tendo apenas indicadores voltados para as equipes SF e SB/SF.

Este fato acaba sendo um limitador por dois motivos: o primeiro, por não ter um indicador específico para as equipes NASF, que mensure seu trabalho e por conseguinte, auxilie às gestões municipais no acompanhamento e monitoramento

do processo de trabalho, favorecendo no planejamento de ações e estratégias. O segundo seria a ampliação do rol de indicadores, possibilitando aos municípios que possuem NASF dar visibilidade ao trabalho desenvolvido por essas equipes. Além da perspectiva do alcance da meta para contabilizar para o município, no Componente Desempenho, propicia uma expectativa de ampliação do recurso financeiro em mais um Componente.

Nesta perspectiva, diante do contexto das equipes NASF apresentado neste trabalho, a partir das mudanças no âmbito federal, através da Política Nacional de Atenção Básica e do financiamento da Atenção Primária, e no âmbito estadual, a partir do financiamento para a Atenção Primária sugere-se no âmbito da gestão do estado do Rio de Janeiro algumas recomendações voltadas para o fortalecimento das equipes NASF e conseqüentemente para a Atenção Primária do Estado:

- a) A construção de uma Política Estadual de Atenção Básica que oriente e organize a Atenção Primária no estado de acordo com as especificidades do estado do Rio de Janeiro visando o fortalecimento da Atenção Primária e de suas equipes;
- b) A criação de diretrizes estaduais para implantação, funcionamento e atribuições dos profissionais que compõe as equipes NASF no Estado do Rio de Janeiro;
- c) A elaboração de um indicador no escopo do PREFAPS que contemple as equipes NASF propiciando um monitoramento e acompanhamento dessas equipes pela gestão estadual;
- d) A construção de estratégias para a qualificação das equipes NASF, a partir da elaboração de materiais; criação de espaços de diálogo, fóruns, oficinas para discutir a organização e o processo de trabalho dessas equipes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo descrever o processo de implantação do NASF no âmbito do estado do Rio de Janeiro trazendo reflexões sobre as principais mudanças ocorridas para as equipes NASF, mediante a revisão da Política Nacional de Atenção Básica e as modificações na lógica de financiamento da Atenção Primária. Apresentamos também o modelo de financiamento para a Atenção Primária utilizado no estado do Rio de Janeiro, o PREFAPS, e uma análise sobre a sua trajetória e existência, e seu papel para a manutenção dessas equipes.

Observou-se mudanças importantes no escopo da Atenção Primária, ao longo dos últimos cinco anos, principalmente para as equipes NASF, tendo como marco a publicação da PNAB 2017, trazendo à tona questões significativas que afetaram diretamente a compreensão e o funcionamento das equipes NASF.

A mudança da nomenclatura, acarretando um novo entendimento em relação a atuação dessas equipes, sendo incentivado a focar mais no sentido assistencial em detrimento do sentido pedagógico; a alteração do registro de identificação das equipes NASF no SCNES, abolindo as modalidades que definiam os parâmetros das equipes NASF em relação às equipes SF; a mudança do método do financiamento federal para a Atenção Primária deixando de contemplar as equipes NASF diretamente e o fato do MS não credenciar novas equipes NASF, cessando o financiamento federal para estas equipes são alguns aspectos que reforçam o movimento de enfraquecimento e de desmonte desse dispositivo.

Ao observarmos a série histórica de implantação das equipes NASF no ERJ, nota-se uma boa adesão do estado à proposta do NASF, expresso pelo movimento ascendente, sendo o ápice da expansão o período de 2011 a 2016. Tal ampliação foi muito motivada pela expansão tardia da APS no município do Rio de Janeiro, refletindo também no aumento de equipes NASF. A partir do período de 2017 a 2021 percebeu-se uma redução dessas equipes no estado, efeito da diminuição do número de equipes ocorrida no município do RJ entre 2017 e 2020, período Governo Crivella, com a reestruturação da APS no município, e também reflexo das mudanças ocorridas na PNAB de 2017 e em 2019 com o Programa Previne Brasil.

Cabe ressaltar que historicamente, o estado do Rio de Janeiro possui uma posição crítica, sobretudo através do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS-RJ), em relação aos movimentos de contrarreformas que assolam as políticas que abrangem cobertura e acesso, incidindo diretamente no financiamento da saúde.

Na contramão desse cenário instaurado pelas mudanças no âmbito federal, na esfera estadual, o financiamento da Atenção Primária, surgiu com o intuito de fortalecer e qualificar a APS no ERJ, reconhecendo a importância do papel das equipes que constituem a Atenção Primária, sobretudo às equipes NASF, possibilitando uma forma de auxiliar na sua manutenção.

Observou-se que apesar dos esforços da gestão estadual para manter as equipes NASF, o PREFAPS pouco tem influenciado para sua manutenção, sendo necessárias ações de apoio técnico e maior aporte financeiro para garantir que o NASF possa cumprir seu papel mais abrangente na APS.

Quanto aos limites da pesquisa, vale assinalar o caráter ainda recente das mudanças investigadas no âmbito do NASF e das dificuldades de obtenção de dados a partir de 2019, em virtude do esvaziamento de registros nos bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde a partir da desvinculação do financiamento federal por modalidade de equipe. Outro ponto importante, foi a escassez de abordagens específicas sobre os reflexos das mudanças impostas pela revisão da PNAB e pelo Programa Previne Brasil no âmbito do NASF. Vale salientar também como um fator limitante a emergência de saúde pública do coronavírus (Covid-19) que coincidiu com o período de realização da pesquisa.

Como sugestão para enfrentamento desse cenário, o estudo aponta que a partir do reconhecimento da importância do NASF e do seu papel no cuidado da população, cabe aos atores envolvidos na gestão municipal contribuir para o fortalecimento do NASF de forma engajada, incluindo a manutenção dessas equipes em seu planejamento estratégico e financeiro, dentro de suas possibilidades.

No âmbito estadual, é preciso garantir aos municípios apoio técnico e financeiro, priorizando aqueles que apresentam maiores dificuldades e/ou condições desfavoráveis (menor autonomia financeira, dificuldades estruturais, concentração populacional desproporcional, entre outros).

Como recomendações futuras para o acompanhamento desse tema e novas análises, sugere-se ainda no âmbito da gestão estadual, algumas estratégias para o fortalecimento e manutenção das equipes, sobretudo para as equipes NASF. A construção da Política Estadual de Atenção Primária com o intuito de fortalecer a APS no estado; a produção de diretrizes estaduais para a implantação, organização e funcionamento das equipes NASF; a criação de um indicador que mensure o trabalho do NASF para compor o rol de indicadores do PREFAPS, com o objetivo de monitorar essas equipes e, por fim o incentivo às estratégias de qualificação para as equipes NASF seriam formas de dar continuidade às questões apresentadas por esse estudo incentivando na produção de novos trabalhos.

## REFERÊNCIAS

A DECLARAÇÃO de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. Entrevistado: Luiz Augusto Facchini. **Portal EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 14 set. 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 13 mar. 2022.

ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>. Acesso em: 18 jan. 2022.

ALMEIDA, E. R. **A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21633/1/Tese%20ERIKA%20ALMEIDA.%202016.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2021.

ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, n. e180, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso em: 15 nov. 2021.

ARRUDA, C. P. A ineficiência da elite política na gestão do estado do Rio de Janeiro. **Revista Mundo Livre**, Campos dos Goytacazes, v. 4, n. 1, p. 3-17, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/mundolivres/article/download/39954/23028/134286>. Acesso em: 13 fev 2022.

BARROS, J. O. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.12232014>. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 10283, de 20 de março de 2020**. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm). Acesso em: 25 jul.2021.

BRASIL. **Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm). Acesso em: 13 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. CNES - Equipes de Saúde - Rio de Janeiro. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equiperj.def>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd27.pdf). Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - volume 1**: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf) f Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.065, de 04 de julho de 2005**. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1065\\_04\\_07\\_2005.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1065_04_07_2005.html). Acesso em: 18 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.740, de 10 de julho de 2020**. Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.740-de-10-de-julho-de-2020-266574629>. Acesso em: 18 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 30 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 17 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 29, de 16 de abril de 2020.** Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-29-de-16-de-abril-de-2020-252790187>. Acesso em: 18 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html). Acesso em 22 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 548, de 04 de abril de 2013.** Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548\\_04\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html). Acesso em: 30 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 99, de 07 de fevereiro de 2020.** Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>. Acesso em: 27 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. (Série C. Projetos Programas e Relatórios). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/OficinaQualificacaoNASF.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 03/2020 – DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e o Programa Previne Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020e. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf> Acesso em: 15 fev. 2021.

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. especial 1, p. 130-144, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>. Acesso em: 1 mar. 2022.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *In*: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 73-116.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 69-106. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

E-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA. Relatórios Públicos. Histórico de Cobertura. Saúde da Família, Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). [S. l.] [2021a]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>. Acesso em: 23 jan. 2022.

E-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA. Relatórios Públicos. Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados. Saúde da Família, Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). [S. l.] [2021b]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>. Acesso em: 15 nov. 2021.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

GIOVANELLA, L.; RIZZOTTO, M. L. F. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 6-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S100>. Acesso em: 10 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama>. Acesso em: 15 jul. 2021.

JACKSON FILHO, J. M. *et al.* A Saúde do Trabalhador e o Enfrentamento da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, n. 14, p. 1-3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Km3dDZSWmGgpgYbjgc57RCn/>. Acesso em: 25 jun. 2021.

LANCMAN, S. *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004770>. Acesso em: 02 set. 2021.

MACHADO, C. V., LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Acesso em: 19 out. 2022.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 22 jul. 2021.

MELO, E. A. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 328-340, 2018a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SskhD8q88hvTkv3wgvvG5Tc/>. Acesso em: 08 abr. 2021.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, 2018b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/>. Acesso em: 08 abr. 2021.

MELO, E. A. *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 137-144, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>. Acesso em: 1 Mar. 2022.

MELO, E. A., MENDONÇA, M. H. M., TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>. Acesso em: 10 fev. 2022.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>. Acesso em: 14 nov. 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**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso: 19 jan. 2022.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função de apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 957-970, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0333>. Acesso em: 03 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008**. Cuidados de Saúde Primários: Agora mais que nunca. Lisboa: OMS, 2008. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43949/9789244563731\\_por.pdf;jsessionid=1B61447FDCA47A0A1BB04845D302C357?sequence=4](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43949/9789244563731_por.pdf;jsessionid=1B61447FDCA47A0A1BB04845D302C357?sequence=4). Acesso em: 13 mar. 2022.

PASQUIM, H. M.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de apoio à saúde da família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2. p. 34-44, 2013. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/%20corpusetscientia/article/view/289>. Acesso em: 23 nov. 2021.

PATROCÍNIO, S. S. S. M.; MACHADO, C. V.; FAUSTO, M. C. R. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 105-119, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005373>. Acesso em: 19 jan. 2022.

PINHEIRO, R. *et al.* Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl 1, p. 1125-1133, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0375>. Acesso em: 13 fev. 2022.

REIS, M. L. *et al.* Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160002810014>. Acesso em: 05 jul. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Comissão Intergestora Bipartite. **Deliberação CIB-RJ nº 1275 de 15 de abril de 2011**. Regulamenta o repasse do cofinanciamento da Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro para o ano de 2011. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/73-2011/abril/1386-deliberacao-cib-no-1275-de-15-de-abril-de-2011.html>. Acesso em: 30 set 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. **Resolução SESDEC nº 189 de 06 de dezembro de 2007**. Aprova os critérios para a qualificação das unidades/equipes de Atenção Básica e regulamenta o repasse de incentivo financeiro de recursos estaduais. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/cat-reolucoes/7836-resolucao-sesdec-n-1892007.html>. Acesso em: 30 set 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestora Bipartite. **Deliberação CIB-RJ nº 6.379 de 15 de abril de 2021**. Atualiza o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS) para o ano de 2021. Rio de Janeiro, 2021a. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/732-2021/abril/7076-deliberacao-cib-rj-n-6-379-de-15-de-abril-de-2021.html>. Acesso em: 15 out. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Panorama das Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2021b. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Mzc5NTA%2C>. Acesso em: 15 jun. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Portal da Saúde – Assessoria de Regionalização. **O processo de Regionalização no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>. Acesso em: 13 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES nº 6232 de 13 de agosto de 2020**. Aprova o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS). Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzYzODY%2C>. Acesso em: 15 out 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES nº 2146 de 26 de outubro de 2020**. Estabelece os critérios e valores do Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS) para o ano de 2020. Rio de Janeiro, 2020b. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzU3NzM%2C>. Acesso em: 15 out 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES nº 924 de 15 de maio de 2014**. Institui o Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica – Cofinanciamento Estadual – competência 2014 e fixa suas diretrizes. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/cat-reolucoes/4212-resolucao-ses-n-924-de-15-de-maio-de-2014.html>. Acesso em: 14 nov 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES nº 622 de 16 de maio de 2013**. Institui o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior - PAHI – competência 2013 e fixa suas diretrizes. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/component/content/article/9-resolucoes/4657-resses-n-622-de-16-de-maio-de-2013.html>. Acesso em: 14 nov 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção Primária à Saúde. **Manual de Acolhimento e Panorama dos NASF já estão disponíveis**. 2021c. Disponível em <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/noticias-saps/2021/02/manual-de-acolhimento-e-panorama-dos-nasf-ja-estao-disponiveis>. Acesso em: 13 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção Primária à Saúde. **Planilha de monitoramento considerada para pagamento do Componente Sustentabilidade para o período de 2020 e 2021**. 2021d. Acesso em: 15 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Tabnet. **Informações de Saúde**. Rio de Janeiro, 2020c. Disponível em: [http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?populacao/pop\\_populacao\\_estimada.def](http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?populacao/pop_populacao_estimada.def). Acesso em: 08 set. 2021.

SHIMIZU, H. E.; FRAGELLI, T. B. O. Competências profissionais essenciais para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 40, n. 2, p. 216-225, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000200216&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000200216&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 30 jun. 2021.

SORANZ, D.; PINTO, L. P.; PENNA, G. O. Eixos e a reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>. Acesso em: 19 fev. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf). Acesso em: 05 jan. 2022.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>. Acesso em: 19 dez. 2021.

TESSER, C. D.; POLI, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>. Acesso em: 1 mar. 2022.

VIEIRA DE MACEDO, M. A. *et al.* Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 15, n. 30, p. 194-211, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-30.aptn>. Acesso em: 08 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em 25 jun. 2022.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## ANEXO 1 – Carta de Anuência para a realização da pesquisa.

23/11/2021 09:20

SEI/ERJ - 24952071 - Despacho de Encaminhamento de Documento



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria Geral

**CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA TÉCNICA SES/RJ**  
Fluxo baseado na Resolução SES/RJ nº 2.361/2021  
Carta em concordância com a Carta nº0212/CONEP/CNS/2010  
Carta em concordância com a Resolução CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Superintendência de Atenção Primária à Saúde vem por meio desta declarar estar ciente e conceder anuência para que o/a pesquisador/a: **Josiane Ribeiro Silva Medrado**, da instituição: "**Universidade Estadual do Rio de Janeiro**" para realização da pesquisa intitulada "**A atuação das equipes multiprofissionais na atenção primária no Estado do Rio de Janeiro: avanços, desafios e perspectivas**" no âmbito da SES/RJ.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente protocolo de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes do projeto de pesquisa nela recrutados dispendo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Declara-se esta autorização está condicionada a realização de pesquisa em documentos com restrição de identificações pessoais ou informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, previsto pela legislação de acesso à informação pública - Lei nº 12.527/2011. Caso o pesquisador solicite dados que não estão previstos nesta legislação será necessário que o projeto seja submetido à(aos) Comitê(s) de Ética em Pesquisa pertinentes. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição.

Superintendente de Educação em Saúde  
Carina Pacheco Teixeira  
ID: 5005839

Superintendente de Atenção Primária à Saúde  
Thais Severino da Silva  
ID: 5082302-7

Rio de Janeiro, 17 de novembro de 2021



Documento assinado eletronicamente por **Thais Severino da Silva**, Superintendente, em 19/11/2021, às 11:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carina Pacheco Teixeira**, Superintendente, em 22/11/2021, às 16:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_origem\\_acesso\\_externo=6](http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_origem_acesso_externo=6), informando o código verificador **24952071** e o código CRC **A17C2A9F**.

Referência: Processo nº SEI-080001/026128/2021

SEI nº 24952071

Rua México, 128, - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-142  
Telefone: - www.saude.rj.gov.br