



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Dalcanale Tesser, Charles

Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a
partir da atenção primária à saúde

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 21, núm. 62, julio-septiembre, 2017, pp.
565-578

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180151646009>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde

Charles Dalcanale Tesser^(a)

Tesser CD. Family Health Support Teams, potentialities and barriers: the primary care health outlook. Interface (Botucatu). 2017; 21(62):565-78.

This paper reframes the role of the Family Health Support Teams (NASF in Portuguese), aiming to expand its conceptual and normative framework, focusing on its operational micro-management process. It discusses several ambiguities and facets in official regulations, public health literature, and decreases in services' capacity (underutilisation of specialized matrix support teams). Based on the generalist and interdisciplinary operational character of primary care, a critique is made to the normative emphasis about specialists' roles of general practitioners usually underappreciating the specialists' care in the NASFs. Thus, the optimization of specialist support requires the specialist matrix team should assume fully and equally both the management of specialized care of referred patients and the matrix support to Family Health teams in a coordinated fashion. Thus, the expanded NASF's may be able to encompass other medical specialties and consequently, becoming an excellent prototype of the Brazilian National Health System (SUS in Portuguese) secondary specialized management care.

Keywords: Primary care. Secondary care. Family Health Strategy. NASF. Matrix support.

Apresentamos uma interpretação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), visando ampliar a sua plataforma conceitual-normativa, com foco na microgestão do seu trabalho. Discutimos algumas ambiguidades e aspectos das normativas oficiais, da literatura da Saúde Coletiva e reduções presentes nos serviços (subvalorização do cuidado especializado ou do suporte às equipes matriciadas). Partindo do caráter generalista do cuidado na atenção básica e de uma perspectiva operacional da interdisciplinaridade, criticamos a ênfase normativa na assunção de papéis generalistas pelos especialistas e a subvalorização da assistência especializada pelos NASFs. Defendemos que a otimização do matrículamento demanda que os matrículadores assumam plenamente, e igualmente, o exercício do cuidado especializado aos usuários referenciados e o apoio às equipes matriciadas, articulando-os, o que tornará os NASFs, se ampliados e adaptados para as demais especialidades médicas, um excelente protótipo de serviço especializado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Atenção secundária à saúde. Estratégia Saúde da Família. NASF. Apoio matricial.

^(a) Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Trindade. Florianópolis, SC, Brasil. 88040-900. charles.tesser@ufsc.br

Introdução

Oferecemos uma discussão dos NASFs¹, focada na microgestão do trabalho de seus profissionais. Partimos da constatação de reduções e ambiguidades relativas à atuação dos profissionais dos NASFs. Discutimos seu papel a partir do projeto de construção de uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte e de saberes respectivos. Analisamos alguns aspectos dessa atuação, das diretrizes oficiais e de discussões na Saúde Coletiva, incluindo a questão da interdisciplinaridade na prática, focados na operacionalidade do matriciamento ou apoio matricial, propositivamente.

Visamos contribuir para a ampliação da sua plataforma conceitual e normativa, tomando como base a organização da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), coordenada pela APS ou atenção básica. Usamos, como recurso analítico, a distinção, presente na proposta do matriciamento, de dois componentes articulados, constituintes do apoio matricial²: o suporte técnico-pedagógico às equipes matriciadas e a realização de cuidados especializados diretamente aos usuários. Eles designam ações cuja concretude operacional vai sendo progressivamente especificada e articulada.

Fundamentamo-nos em estudos empíricos e conceituais e em experiência profissional na Saúde da Família (SF) e em unidades básicas tradicionais, desde os primórdios do matriciamento (início dos anos 2000), em dois municípios paulistas. Participamos como profissional da APS em matrinciametos de: cardiologia, reumatologia, psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Nos últimos sete anos, acompanhamos, em outro município, como docente dedicado ao ensino na APS, a atuação de (atualmente 12) equipes de NASF, envolvendo pelo menos: assistência social, educação física, farmácia, fisioterapia, nutrição, pediatria, psicologia, psiquiatria e geriatria.

NASF e matriciamento: reduções e ambiguidades

"Existe uma linha que defende o assistencialismo e outra que defende o matriciamento, e ainda tem um grupo que acha possível conciliar as duas coisas"³ (p. 321). Esta transcrição de depoimento de um gestor local exemplifica duas reduções comuns sobre as funções dos NASFs: seu centramento na prestação de cuidados especializados aos usuários ('assistencialismo') ou no suporte técnico-pedagógico às equipes de SF.

Tais reduções ocorrem, frequentemente, nos serviços, onde talvez predomine a versão assistencialista⁴. Porém, aparecem na Saúde Coletiva em artigos que tematizam as atribuições desses Núcleos, que fazem críticas também polarizadas à prática de cuidados especializados diretamente aos usuários pelos matriciadores^{3,5-7} (com exceção das ações grupais), como se não fosse desejável que a executassem. Isso contradiz as conceituações de apoio matricial, que, a rigor, conforme Campos e colaboradores^{2,8-10}, incluem esses dois conjuntos de ações: 1 exercício do cuidado especializado aos usuários, e 2 suporte ou apoio técnico-pedagógico às equipes de SF. Em contextos polarizados reducionistas, o termo matriciamento frequentemente é utilizado, em sentido reduzido, como sinônimo de suporte técnico-pedagógico às equipes de SF (transcrição acima).

Parece haver interessados nas duas reduções apontadas: gestores, provavelmente mais alheios ao ideário da Saúde Coletiva, tendem a preferir a versão assistencialista, também mais facilmente administrável, sem os conflitos e negociações do matriciamento, e tendem, com isso, a reproduzirem ambulatórios especializados dentro da ESF (com suas mazelas^{8,11}). Por outro lado, os profissionais matriciadores podem oscilar, conforme propensão individual ou grupal, entre as reduções: desviar-se da ação clínica especializada e da pressão pelo seu exercício vinda das equipes matriciadas, atuando mais em reuniões, grupos, prevenção/educação/promoção; ou desviar-se para seus núcleos de competência e restringir-se a fazer cuidados especializados, montando uma agenda que rapidamente lota, sem negociação ou suporte às equipes em dúvidas/urgências, sem construção coletiva de projetos terapêuticos complicados etc. Essas reduções geram a subutilização dos NASFs.

No primeiro e seminal artigo de Campos¹⁰ sobre apoio matricial, o autor defende uma reconstrução das instituições de saúde por meio do fortalecimento de equipes de referência, que teriam fortes vínculos personalizados e de responsabilização por seus usuários, o que, na APS, identifica-se, hoje, com as equipes de SF⁸. Propõe que, para evitar a fragmentação, os especialistas, denominados

apoadores matriciais, seriam responsáveis por uma oferta de ações especializadas que ampliassem o cardápio de um grupo de equipes de referência, havendo negociações para se definir a distribuição de trabalho entre estes profissionais¹⁰.

Posteriormente, Campos e Domitti², que mantêm um papel assistencial especializado direto aos usuários para os matriciadores, reafirmam a negociação entre as equipes de referência e matricial. Todavia, os autores mencionam que o matrincamento é “complementar [aos] mecanismos de referência e contra-referência [...] e centros de regulação”² (p. 400). Não explicitam se isso diz respeito a ações diversas dos mesmos profissionais ou se essa complementaridade se refere a profissionais diferentes; se o especialista que recebe o usuário referenciado deve ser o matrincador ou outra pessoa.

Mais recentemente, Cunha e Campos⁸ e Campos et al.¹⁰, referindo-se aos NASFs, reafirmaram essa dupla função, mantendo essa indefinição acima apontada. Porém, acentuaram a ênfase no suporte técnico-pedagógico dos matriciadores, o que pode ter contribuído para uma interpretação separatista entre suporte técnico-pedagógico e assistência aos usuários ‘referenciados’ pelas equipes de SF.

Cabe destacar que o apoio matricial nasceu junto com experiências institucionais voltadas para transformar: o cotidiano, a distribuição de poder e a gestão dos serviços de saúde. Elas almejam democratizar a gestão e gerar maior compromisso com o cuidado, flexibilizando as tendências burocratizantes das instituições da saúde^{8,12,13}, em busca de superação de modelos mais hierárquicos e da regulação externa entre os técnicos. A função apoio destaca-se como uma defesa de uma relação dialógica entre os profissionais. Porém, esta origem comum pode ter colaborado – nos seus desdobramentos práticos em certos locais, e discursivos em textos da saúde coletiva – para um distanciamento dos matriciadores da ação clínica direta com usuários referenciados, influenciado, talvez, pelo desenvolvimento do apoio institucional. Nesse sentido, para Paulon et al.¹⁴ (p. 818), “a função apoio se exerce menos para a obtenção dos fins da organização [...] e mais para a produção de reposicionamentos no trabalho”. Há trabalhos relacionando o apoio matricial com o institucional^{5,15,16}, indicando convergências, mas não mencionam a especificidade de os matriciadores realizarem, também, assistência especializada diretamente aos usuários filtrados. Em 29 textos sobre apoio institucional na revista Interface^(b), há poucas e passageiras menções ao matrincamento e à sua clínica especializada.

A primeira diretriz federal para atuação dos NASFs (CAB27)¹⁷ contribuiu para a ‘despriorização’ do exercício do cuidado especializado pelos matriciadores. Ela prevê três tipos de ações: a) atendimento compartilhado e discussões de casos/situações; b) intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários, e c) ações comuns nos territórios articuladas com as equipes de SF. Ações com usuários individuais do tipo ‘b’ são previstas “apenas em situações extremamente necessárias”¹⁷ (p. 20), “sempre sob [...] discussões e negociação *a priori*”¹⁷ (p. 9). Há críticas na Saúde Coletiva a este trecho por permitir o atendimento especializado pelos matriciadores^{1,3,6}. Nossa crítica vai em sentido contrário, e questiona a restrição à atuação assistencial especializada. Há, no documento, priorização expressa de ações interdisciplinares compartilhadas (de execução conjunta). Nas ações do tipo ‘c’, há projeção de atividades (realização e ou apoio) típicas das equipes de SF nos NASFs, o que parece estar relacionado à outra definição oficial conceitualmente questionável: a de que esses Núcleos fazem parte da atenção básica ou APS^{1,17,18}.

A última normativa federal para os NASFs¹⁸ restringe menos o exercício do cuidado especializado, mencionando-o ao introduzir uma dimensão ‘clínico-

^(b) Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1.

'assistencial' na sua atuação. Contudo, o faz de forma tímida, mantendo ampla priorização da ação interdisciplinar presencial ("trabalho compartilhado e colaborativo"¹⁸ (p. 17)), expresso nas suas 'responsabilidades'¹⁸ (p. 46), 'atuação'¹⁸ (p. 47) e atividades propostas, com pré-requisito de "projeto terapêutico produzido conjuntamente"¹⁸ (p. 53) para todos os atendimentos individuais 'nasfianos'.

Nesses documentos e na Saúde Coletiva, há grande desproporção de volume textual dedicado a esses componentes da atuação 'nasfiana', e priorização das atuações conjuntas com as equipes de SF: atendimentos conjuntos, discussões de casos/projetos terapêuticos, ações nos territórios, grupos, prevenção, promoção, planejamento, reuniões; frente à mínima ou nenhuma orientação para ações do tipo 'b' (cuidado especializado) adaptadas ao contexto do matriciamento. Isso demanda retomar o entendimento da APS.

Interpretando os NASFs a partir do entendimento da APS

Há ampla experiência nacional e internacional e literatura convergente sobre alguns aspectos organizativos dos sistemas de saúde públicos universais com APS forte (embora haja, no Brasil, propostas divergentes, inclusive, nas normativas oficiais). Desde Alma-Ata é consenso que uma APS abrangente envolve o atendimento a problemas gerais (saneamento básico, problemas de alimentação, distribuição da riqueza social, democratização do poder, educação escolar) que ultrapassam os limites dos serviços de saúde. Estudos sobre determinantes gerais e promoção da saúde têm indicado que a ação e o impacto dos serviços de saúde sobre esses problemas são muito limitados¹⁹⁻²¹, o que indica que não se deve assumi-los como prioridade de trabalho dos profissionais de saúde dos serviços da APS²², embora devam ser ali problematizados, em dimensão individual, microssocial e comunitária, como tarefas das equipes de APS.

Um trabalho que os profissionais de saúde da APS devem, necessariamente, realizar é o cuidado clínico à sua população vinculada, com alta resolubilidade. De 4 a 8% dos usuários da APS são referenciados para cuidados especializados em países de alta renda²³. A alta iniquidade socioeconômica no Brasil, que gera maior frequência, gravidade e multimorbidade nos adoecimentos^{24,25}, sugere estimar que estes percentuais sejam maiores, talvez de 10 a 20%. O cuidado aos adoecidos é, talvez, a mais importante das tarefas dos profissionais da APS²⁶: ele deve ser ampliado^{27,28} e centrado nas pessoas²⁹, envolver abordagem familiar e comunitária com competência cultural³⁰; associado com funções de vigilância, educação, prevenção e promoção da saúde, que não o obstruam nem com ele compitam²⁶.

Para isso, os serviços de saúde da APS (no Brasil, SF) devem ter atributos de: universalidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado³¹. Ou seja, sendo acessíveis a seus usuários vinculados e atendendo-os independentemente dos tipos de seus problemas de saúde, resolvem a grande maioria deles. Quando necessário, acionam e coordenam cuidados especializados médicos e não médicos (doravante chamados apenas de cuidados especializados), que transcendem o cuidado generalista da APS, com vistas a gerar o mínimo de dano (incluindo mínima fragmentação do cuidado)³² e a combater a 'lei dos cuidados inversos'³³, o que exige operar a função filtro³⁴, entendida como decisão de acessar cuidados especializados, incluindo participação na regulação (estabelecimento de possível prioridade/urgência nesse acesso). A função filtro sempre esteve normativamente vigente na SF quanto aos NASFs. A discussão sobre redes de atenção reitera o papel de coordenação da APS³⁵.

Consideradas estas atribuições, uma equipe de SF tem como núcleo de competência e atuação profissional, conforme Campos e Domitti², o cuidado generalista longitudinal de uma coorte de pessoas em um território, o que significa uma especialização às avessas. Isso não é trivial, pois incide no campo de atuação das outras profissões e especialidades. Na medicina, o cuidado na APS, de tão complexo e vasto, constitui, genuinamente, um núcleo de especialização: a medicina de família e comunidade, muito pequena, pouco conhecida e pouco valorizada no Brasil, social e academicamente. O mesmo vale para a enfermagem, provavelmente. As equipes de APS são geralmente constituídas por um médico de família e comunidade e enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem, onde este está presente). No Brasil, há também os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nas equipes de SF. Tal composição se apoia em experiências acumuladas na APS no mundo e no Brasil, e também em resultados de pesquisas, sendo uma tendência das propostas de reformas europeias onde a APS

é forte³⁶. Ela associa a virtude da abordagem abrangente e generalista, mais integral que cuidados fragmentados entre especialistas, com maior equidade, coordenação de cuidados, sustentabilidade e proteção dos usuários dos danos das intervenções médico-sanitárias (prevenção quaternária³⁷), em coerência com evidências que mostram melhor qualidade do atendimento, população mais saudável, maior equidade e menor custo onde há equipes generalistas de APS³⁸. Isso é corroborado pela experiência profissional de quem vive o suficiente a rotina de uma equipe de SF.

Como consequência do exposto, apenas os profissionais generalistas que atendem longitudinalmente a todos os tipos de problemas, cotidianamente, de uma coorte vinculada de pessoas deveriam ser conceitualmente considerados 'profissionais da APS' (no Brasil, as equipes de SF). Os demais profissionais e especialidades deveriam ser vistos como especialistas, acionados pela equipe de SF, como é o caso dos profissionais do NASF.

Todavia, ao invés de assumir o acima afirmado, as normativas oficiais^{1,17,18} estabeleceram que os NASFs fazem parte da atenção básica, talvez para incentivar sua aproximação com ela. Além disso, estimularam apoiarem/realizarem atividades generalistas de: planejamento, acolhimento, atuação territorial, prevenção e promoção, ligadas ou não ao seu núcleo de atuação. Isso gera ambiguidades e superposições entre funções das equipes de SF e dos NASFs, potencialmente 'desnorteando' os profissionais dos NASFs, que passam a se ver, em alguns locais, como apoiadores ou, mesmo, realizadores de ações generalistas.

Ao não respeitarem minimamente o núcleo de atuação e competência dos generalistas da SF, a concepção e as diretrizes oficiais dos NASFs podem induzir um efeito adverso paradoxal de enfraquecer a APS brasileira no seu generalismo (já fraca). Ao pulverizá-lo pelos campos de atuação dos especialistas do NASF, podem facilitar que ele não seja assumido efetivamente e competentemente por ninguém. Apesar da porosidade entre núcleo e campo e do compartilhamento dos campos, a construção/fortalecimento da APS requer reconhecer e respeitar minimamente o núcleo generalista, viabilizando estruturação da APS e do cuidado longitudinal nela, ainda que flexível e com exceções selecionadas.

Além de desviar os matriciadores dos NASFs de ações específicas de seu núcleo de competência profissional para atividades em que eles têm, provavelmente, menor competência que os generalistas, as diretrizes federais podem induzir, também, uma desvalorização (símbólica, retórica, ideológica) do cuidado especializado no SUS. Este último está cronicamente sem um modelo para sua organização e viabilização articulada com a APS, que possa ser expandido para estruturação em escala nacional¹¹.

Sobre a interdisciplinaridade na APS e nos NASFs

O argumento de que os profissionais do NASF não pertencem às equipes de APS não limita a interdisciplinaridade, cada vez mais valorizada, e dificulta a construção difícil da integralidade, princípio fundamental do SUS e da APS? Entendemos que não, e destacamos que o desenho de rede composto por equipes de referência e de apoio matricial exige que se observem semelhanças e diferenças na relação interdisciplinar nas duas situações distintas: dentro de uma equipe de SF e entre esta e os especialistas (NASFs).

Ações de prevenção e promoção à saúde, intramuros ou territoriais, bem como de planejamento e gestão local, são ou devem ser, em parte, transversais a todos os profissionais e serviços de saúde. Nas equipes de APS, tais ações devem ser regidas por um foco generalista centrado nas pessoas e no território vinculados, realizadas pelos profissionais generalistas da equipe, como uma de suas responsabilidades típicas, mas de modo a não obstruir o acesso dos adoecidos ao cuidado.

Destacamos que as atividades de cuidado profissional individual ocupam, geralmente, entre 70 a 80% do tempo dos integrantes da equipe SF (exceção feita aos ACS)²². Essa situação não significa isolamento entre os profissionais e nem ausência de uma clínica compartilhada entre eles, embora tal isolamento não seja raro de ser observado. A prática e estudos sobre interdisciplinaridade, como o de Madeira³⁹, investigando uma equipe de SF de alto padrão, mostram que o que chamamos 'interdisciplinaridade presencial', aquela em que os profissionais atuam juntos simultaneamente no mesmo problema ou ação, ocorre, sobretudo, em cinco momentos do cotidiano da SF: 1 no

acolhimento, quando os profissionais avaliam usuários e negociam entre si decisões; 2 nas atividades coletivas com usuários, quando dois ou mais profissionais da equipe participam; 3 nas visitas domiciliares em que alguns profissionais atuam juntos; 4 nas reuniões semanais da equipe; e 5 nos corredores, portas de salas e na copa, quando ocorrem conversas, discussões e decisões sobre usuários, num clima de cuidado compartilhado e cooperação. Estas ações interdisciplinares presenciais ocupam uma pequena parte da agenda semanal dos profissionais da SF (com exceção do acolhimento, mas mesmo ele, em grande parte, é individual). Elas constroem e fortalecem o espírito de equipe, azeitam e harmonizam as ações de todos, ao interligarem práticas assistenciais realizadas individualmente pelos profissionais (a maior parte de sua agenda), reforçando compromissos compartilhados com a qualidade do cuidado. Podemos chamar de interdisciplinaridade não presencial o conjunto de ações individuais sucessivamente coordenadas entre si.

Para visualizar o cotidiano das equipes de SF e, posteriormente, sua relação com os NASFs, apresentamos, no Quadro 1, as principais ações do núcleo de competência/atuação dos profissionais da SF.

Assumindo-se que as ações de cuidado aos usuários realizadas individualmente tomam a maior parte do tempo dos membros da SF, sem com isso ser sacrificada a interdisciplinaridade, podemos

Quadro 1. Ações dos profissionais generalistas da SF

Agente	Tipo	Ação
Ações das equipes de SF	A) Ações individuais (realizadas por um profissional para indivíduos)	Atendimento individual (consultas, vacinas, curativos)
		Acolhimento (1ª escuta)
		Visitas domiciliares (VD)
		"Acompanhamento terapêutico" (pelo ACS)
		Coordenação de cuidado
	B) Ações coletivas (realizadas por um profissional para grupos ou famílias)	Grupos / atendimento coletivo ou familiar
		Ação em escolas, creches, asilos, etc
		Acolhimento (alguns fazem coletivo)
		VD
	C) Ações interdisciplinares presenciais (realizadas por profissionais atuando simultaneamente no mesmo problema)	Acolhimento
		VD conjunta (médico+ACS; enfermeiro+ACS, etc)
		Grupo /atendimentos coletivos
		Discussão informal de casos
		Consulta conjunta
	D) Ações sanitárias e de organização/ planejamento (individuais ou interdisciplinares presenciais)	Reunião da equipe e outras (gestão do trabalho, gestão e execução do cuidado de pacientes complicados* e de ações territoriais/intersetoriais**).
		Buscas ativas, vigilância epidemiológica (notificações, acompanhamentos e fechamento de casos notificados) e ou sanitária etc.
		Atividades administrativas correlatas
		Reuniões de equipe (gestão do processo de trabalho)

* Projetos terapêuticos singulares (envolve coordenação do cuidado).

** Ações sanitárias, políticas, de promoção da saúde e aspectos e projetos culturais, comunitários, em outras instituições (escolas, creches, asilos, prisões, associações, centros comunitários, etc)

compreender que, com os profissionais dos NASFs, *mutatis mutantis*, algo semelhante deve ocorrer, com atenuações significativas derivadas de atenderem a dois tipos de clientela, aos usuários filtrados e às equipes de SF, e, também, das características de cada especialidade. Assim, as ações assistenciais especializadas, individuais e coletivas, em lógica interdisciplinar não presencial, devem ocupar, talvez, a maior parte da sua agenda; e devem estar articuladas ao trabalho de apoio às equipes de SF em

espaços interdisciplinares presenciais e não presenciais, viabilizando: discussões de caso, atendimentos conjuntos quando cabível, esclarecimento de dúvidas, regulação, 'devolução' de casos, construção compartilhada de projetos terapêuticos complicados, pactuação de ações conjuntas, educação permanente.

Os espaços interdisciplinares presenciais vão além das reuniões de matrículamento ou dos atendimentos conjuntos, e incluem trocas 'informais' na unidade e contato via tecnologias não presenciais (telefone, correio eletrônico e comunicadores digitais), essenciais na relação SF e NASF¹⁸. Reuniões de matrículamento incorporadas no calendário das equipes são importantes, mas observa-se que sua idealização como único ou principal espaço de atuação e troca tende a obstruir, burocratizar e enrijecer a ação do NASF, reduzindo sua disponibilidade para prestar suporte às equipes matriciadas e atender usuários necessitados quando necessário. A atuação conjunta presencial entre os profissionais da equipe de SF e NASF, potente se bem indicada, pode ser limitante às demais atividades e a outros modos de interface, se assumida como modo prioritário de atuação articulada.

Reconsiderando a atuação dos NASFs

É desejável a presença de especialistas atuando articuladamente à APS e dentro de seus serviços, desde que acessados e coordenados personalizadamente pelas equipes da SF, exercendo, sobretudo, suas competências nucleares, reconstruindo-as no contato íntimo com a APS e o território, e ampliando a resolubilidade dos generalistas da SF^{2,8,10}. Porém, há objeções à indistinção entre suas atuações, sintetizadas anteriormente, em que há incorporação ou 'ensino/suporte' de tarefas generalistas pelos especialistas, como se devessem ensinar o que não ou pouco sabem, aprender ou, mesmo, realizar ações tipicamente generalistas: isso induz afastamento de sua atuação nuclear, valiosa para um pequeno mas significativo número de usuários mais graves, que merecem cuidado especializado acessível.

A prática tem mostrado que a presença de especialistas junto aos generalistas da APS é mais promissora e teórica/empiricamente fundada se houver critério forte de seleção dessa presença para realizar cuidado especializado (a usuários) e suporte, quando requerido, aos generalistas, além de *feed-back*, discussão e educação permanente sobre a filtragem e o cuidado praticado relativo à interface com o núcleo do matrículador. Tal contribuição é certamente menor ou talvez químérica em situações da rotina generalista, individuais e coletivas, preventivas e promocionais, e que não requerem o saber especializado do profissional do NASF. O Quadro 2 esquematiza as principais ações dos profissionais dos NASFs, divididas didaticamente em dois blocos.

No bloco 1 (Quadro 2), estão as ações do profissional do NASF compartilhadas com profissionais matriciados, que ocorrem com ou sem a presença dos usuários filtrados, nas quais operam o suporte técnico-pedagógico e a regulação/coordenação de cuidado. O bloco 2 envolve as ações de cuidado especializado dos matrículadores aos usuários, conforme demanda das equipes de SF, com discussões prévias dos casos se necessário (que podem variar de uma rápida passagem de caso a uma discussão de condutas e projetos terapêuticos).

As rotinas dos profissionais 'nasfianos' devem contemplar, de modo flexível, as ações dos blocos 1 e 2 (Quadro 2), conforme demanda das equipes matriciadas e características de seu saber/prática, buscando, sempre, articulá-las. Geralmente, suas ações não carecem da presença de vários 'nasfianos' na mesma ação, cujas ações interdisciplinares presenciais entre si devem ocorrer conforme necessário, centradas na capacidade de resposta aos profissionais matriciados ou usuários filtrados.

Nessa lógica, os 'nasfianos' não deveriam participar das ações rotineiras dos generalistas da SF (Quadro 1), mas o podem fazer ocasionalmente. Por exemplo, quando deve um nasfiano participar de uma atividade coletiva com usuários (grupo)? A maioria dos grupos na SF são de escopo generalista e não precisam ter participação rotineira de 'nasfianos'. O matrículador é desejável em ações do Quadro 1, quando é convidado para uma participação pontual julgada necessária/adequada, em que haverá oferta/abordagem de conteúdos/práticas especializados. O matrículador pode também coordenar/conduzir seu próprio grupo, pertencente ao seu núcleo de atuação, caracterizado como cuidado especializado coletivo, com acesso filtrado (salvo exceções). Isso facilita o acesso geográfico,

a aproximação do matriciador do universo social e cultural dos usuários e, supõe-se, foi considerado necessário em termos de demanda, prevalência, relevância, gravidade desses usuários, etc. Quando um matriciador deve entrar numa reunião da equipe de SF? Quando convidado por um motivo específico.

Não é raro que equipes de SF de baixa qualidade não filtrem adequadamente, gerando excesso de referências. E, também, que sejam poucas ou inexistentes as ações coletivas cabíveis (generalistas),

Quadro 2. Ações dos profissionais dos NASFs (diferenciadas segundo natureza e modo de organização)

Agente	Tipo	Ação
Bloco 1 Ações compartilhadas entre nasfianos e equipes de SF (demandadas pelas equipes de SF) (interdisciplinares presenciais)	A) Na presença do(s) usuário(s) Individuais (em geral) ou com outro nasfiano (só se necessário)	Consulta conjunta (individual/familiar-nasfiano convidado) VD (nasfiano convidado) Participação ocasional do nasfiano (convidado) em grupos realizados pelos profissionais da SF
		Discussões informais com matriciados em corredores, copa, portas, telefone, correio ou via digital PTS com matriciados (na reunião da equipe ou fora dela) Reuniões para matriciamento: discussões de caso, "referência" e "devolução" de casos
Bloco 2 Ações específicas dos nasfianos (cuidado especializado aos usuários)	Ações individuais (em geral) ou em conjunto com outro(s) nasfiano(s) (só se necessário), voltadas a pessoas ou grupos filtrados	Atendimento individual (núcleo profissional do nasfiano) VD pelo nasfiano (se necessário, para seu núcleo) Grupos / atendimentos coletivo (núcleo do nasfiano) Discussão de caso entre nasfianos (se necessário)

às vezes, dentre outros motivos, por excessiva demanda de cuidado individual. Isso sobrecarrega o NASF com excesso de usuários 'referenciados' e/ou projeta nele tarefas da SF, como grupos e ações territoriais generalistas. Nesses casos, cabe aos 'nasfianos' oferecerem apoio e educação permanente para melhorar a resolubilidade da equipe de SF na interface com seu núcleo específico, porém, não se justifica a assunção rotineira de tarefas generalistas. As diretrizes dos últimos parágrafos derivam da observação da prática, e são coerentes, em grande parte, com a proposta original do matriciamento^{2,10}. Todavia, na perspectiva aqui assumida, o exercício do cuidado especializado (individual e coletivo) aos usuários deve ser uma função tão nobre dos profissionais dos NASFs quanto o suporte técnico-pedagógico às equipes de SF. Ambas as funções só se efetivam, potencializam e otimizam sinergicamente se associadas, cada uma atingindo seu clímax de efetividade à medida que a outra também é assumida integralmente.

O suporte técnico-pedagógico do matriciamento será, certamente, mais efetivo e pleno se o matriciador for disponível para intervir quando necessário, assumindo a prestação do cuidado especializado. Por seu turno, para a boa execução e efetividade do cuidado especializado, o suporte técnico-pedagógico é importante, pois induz melhoria na filtragem, agiliza devoluções à equipe de SF e faz os usuários necessitados chegarem aos especialistas adequados. Isso evita que a equipe de SF 'referencie' em demasia, por pouca resolubilidade ou para se livrar do usuário, e melhora muito o rendimento da ação dos especialistas³⁴. Doutra parte, essas interações do suporte técnico-pedagógico são valiosos espaços de educação permanente mútua e ampliadoras da clínica e da resolubilidade, em relação horizontalizada dialógica.

Os documentos institucionais consideram os NASFs uma iniciativa para melhorar a qualidade e resolubilidade das equipes de SF, via apoio por meio do acréscimo de outras profissões e especialidades

à APS. Esta última parece ter sido considerada apenas como um campo comum interprofissional de cuidado. Porém, se o incremento de integralidade e resolubilidade proporcionado pelo suporte técnico-pedagógico pode ser significativo onde existem competências generalistas razoáveis em exercício na SF, ele tem se mostrado muito menos potente ou, mesmo, relativamente inócuo onde essas competências não existem ou são escassas (não raro). E fica ainda menor se o 'nasfiano' não exerce ou restringe o exercício do cuidado especializado aos filtrados.

Por outro lado, se a ideia era ampliar a clínica e reforçar ações promotoras, preventivas, de planejamento e territoriais na SF, possivelmente, seria melhor investir fortemente na redução do volume de usuários das equipes, sabidamente excessivo²⁶; e na educação permanente generalista, ao contrário de introduzir especialistas na APS, via de regra, sem as competências generalistas necessárias.

Além disso, o pouco exercício do cuidado especializado pelo NASF pode produzir uma grave consequência adversa, observada comumente nos serviços: o afastamento dos 'nasfianos' da pressão assistencial. Isso gera um *apartheid* entre as equipes de SF e os matriciadores, em que as primeiras suportam sozinhas a pressão assistencial (comumente excessiva), e os segundos não compartilham dela (protegidos por restrições de agenda e/ou seu desvio para ações generalistas, grupais e interdisciplinares presenciais). Com isso, rompe-se ou fragiliza-se a parceria, a cumplicidade e o compromisso mútuos para com o cuidado, que recheiam, fundamentam e são pré-requisitos para a efetividade do suporte técnico-pedagógico.

Outro aspecto comumente problemático é o NASF ser aberto a especialidades muito heterogêneas quanto à demanda por seu cuidado especializado, o que merece forte priorização ou exigência das mais demandadas, conforme o perfil local. Poder-se-ia até considerar a inserção de especialistas nas equipes de SF para realizarem cuidados especializados (e suporte técnico-pedagógico) de alta relevância e prevalência, como, por exemplo, em saúde mental. Devido às peculiaridades do cuidado no modo psicosocial⁴⁰, a saúde mental na APS e no NASF exige tratamento à parte, em outro momento. O combate à lei dos cuidados inversos e a proteção dos usuários³² indicam que, mesmo assim, haja filtro pelos generalistas, com exceções - como obstetrizes, se existissem⁴¹, para atender pré-natal e partos de risco habitual; e dentistas, já existentes e atuantes com acesso direto.

Vislumbrando potenciais inexplorados dos NASFs

Um dos grandes desafios do SUS é a viabilização e qualificação da atenção aos usuários que necessitam, de forma pontual ou continuada, de cuidado especializado. No Brasil, em geral, não há tradição de diálogo personalizado entre profissionais de serviços diferentes, nem construção coletiva de projetos terapêuticos quando necessário, nos serviços e, muito menos, entre eles.

Isso pode ser grandemente alterado por meio do NASF, que viabilizou a inclusão de especialistas atuando descentralizadamente junto às equipes de APS. Cuidado especializado é uma das ações que os 'nasfianos' podem e devem realizar, articulado ao suporte às equipes (hoje fortemente priorizado nas diretrizes). Isso é ou pode ser um avanço inédito nas relações entre cuidado especializado e APS, visando um *continuum* coordenado de cuidados colaborativos⁴²⁻⁴⁴, muito procurado nos sistemas públicos universais de saúde valorizadores da integralidade. Assim, é defensável a ampliação da atribuição dos NASFs para o assumir pleno do exercício dos cuidados especializados, mantendo o suporte técnico-pedagógico, sem exigência de discussão prévia com matriciador de todos os filtrados (que não faz sentido).

Nossa análise indica que, na articulação entre NASFs e SF, devem ocorrer ações clínicas e de trabalho compartilhado complementares e sinérgicas: função filtro, cuidado especializado, regulação e negociação de priorizações, cuidado intensificado via projetos terapêuticos compartilhados em casos muito complicados, discussões em situações limítrofes e casos duvidosos, gerando educação permanente mútua, qualificando a 'filtragem' por meio de reconhecimento de inadequações e oferta de educação permanente à SF, com aumento da resolubilidade. A Figura 1 esquematiza tais fluxos de atividades de cuidado e de relação APS-NASF.

Durante o processo de reforma sanitária houve amplo questionamento do modelo médico-assistencial privatista brasileiro, com fortes críticas à estrutura ambulatorial especializada, nas quais

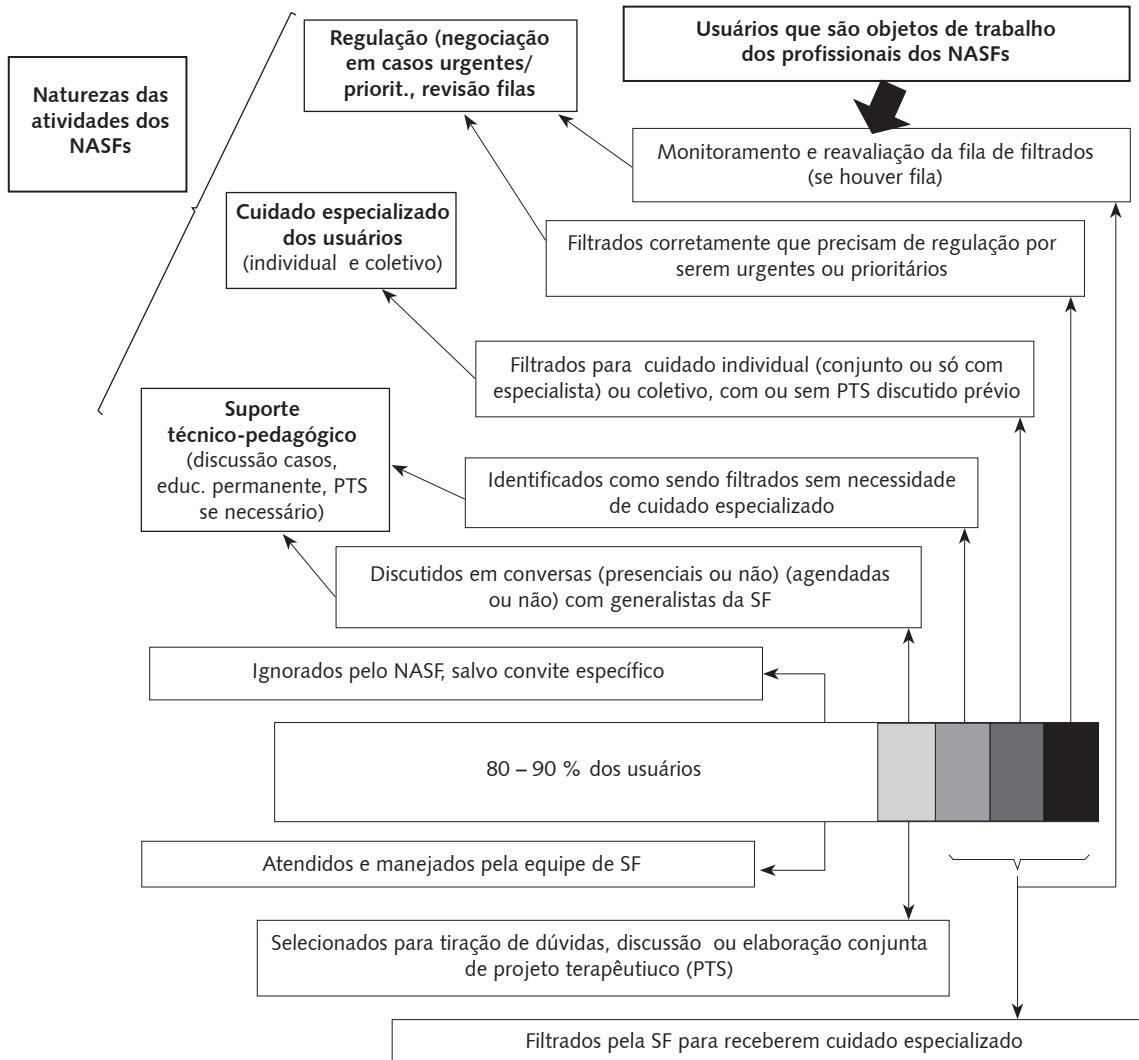


Figura 1. Filtragem dos usuários pela Saúde da Família e atividade dos NASFs

Fonte: elaboração do autor

se faziam (e fazem) atendimentos desarticulados da APS, com grandes filas de espera⁸. Disso talvez decorra certa restrição ao investimento institucional em cuidados ambulatoriais especializados. As práticas desse cuidado, todavia, carecem de local de oferta no SUS que não recaia nos mesmos erros dos ambulatórios isolados, e que não prive o usuário dos cuidados especializados quando necessário. O NASF pode trazer avanços importantíssimos neste sentido. Sua modelagem e suas experiências em curso permitem propor e defender, como diretriz estratégica e ideia reguladora, que os profissionais de todos os ambulatórios e serviços especializados, sempre que possível, devem atuar vinculados personalizadamente a generalistas que lhes referenciam usuários, e realizar apoio a esses generalistas, similarmente aos NASFs.

Porém as práticas dos NASFs têm estado, geralmente, aquém desse potencial, devido a, pelo menos, quatro ordens de motivos: 1 ambiguidades normativas, que não deixam clara a relação a ser estabelecida entre NASFs e serviços ambulatoriais especializados (apenas preveem possibilidade de que seja regulado fluxo para eles pelos NASFs), nem orientam expressamente o assumir pleno, pelos 'nasfianos', da sua função executora de cuidados especializados aos filtrados; 2 desvios ou equívocos (no entender aqui exposto) normativos que induzem os 'nasfianos' a se verem como profissionais da APS e se envolverem em ações generalistas rotineiramente; 3 discursos da saúde coletiva que criticam a execução do cuidado especializado pelos 'nasfianos'; 4 restrições e desvios contextuais locais nos serviços, ora dificultando o suporte técnico-pedagógico, ora o cuidado especializado. Obviamente, o subdimencionamento do número de equipes de SF e dos profissionais 'nasfianos' mais demandados também complica a situação.

Considerações finais

Os NASFs são um potencial protótipo excelente de equipes de cuidados especializados ambulatoriais e de articulação APS-atenção especializada, amplamente subexplorado. Além de atribuir ações generalistas aos 'nasfianos' e hipervalorizar a atuação interdisciplinar presencial e na promoção, prevenção e planejamento, as normativas federais e as discussões acadêmicas têm subvalorizado o exercício do cuidado especializado aos usuários, que é intrínseco ao apoio matricial. Por isso, é defensável uma retificação das diretrizes oficiais, para que elas não induzam sua inserção em atividades generalistas nem secundarizem/obstaculizem ações de cuidado especializado (individual e coletivo) e de suporte técnico-pedagógico, de modo a viabilizar a plena realização do matrículamento.

Tais Núcleos podem originar um novo e admirável modelo de organização dos cuidados especializados ambulatoriais no SUS, que responde diretamente ao centro das buscas por atenção adequada e singularizada aos usuários, coordenada pela APS, procurada nos sistemas de saúde públicos baseados na APS⁴⁵. Equipes inspiradas nos NASFs, adaptadas para as especialidades médicas hoje ali ausentes (a grande maioria delas), poderiam ser induzidas nos municípios via financiamento federal, como foram os NASFs.

Em síntese, nos locais em que os NASFs atuam apenas com ações assistenciais especializadas aos usuários, é necessário implantar ações de suporte técnico-pedagógico, viabilizando o matrículamento. E vice-versa onde ocorre o contrário.

As análises e propostas apresentadas não menosprezam os esforços, conceitos e instrumentos de trabalho desenvolvidos para o matrículamento. Propõem ampliação de escopo, melhoria em ambiguidades e correção de desvios e diretrizes, para que os NASFs tenham efetividade, plena realização e máxima expansão, ampliando seu escopo atual para ser, além de apoio às equipes de SF, exemplar operacionalização de serviços especializados ambulatoriais no SUS.

Agradecimentos

A Raquel Frosi, pelas discussões e sugestões de redação que muito contribuíram para o artigo.

Referências

1. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União. 24 Jan 2008.
2. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-408.
3. Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Rocha AMO et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev Bras Cienc Saude*. 2012; 16(3):317-24. doi:10.4034/RBCS.2012.16.03.06.
4. Pasquim HM, Arruda MSB. Núcleo de apoio à saúde da família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. *Corp Sci*. 2014; 9(2):34-44.
5. Lemes AG, Prado ACB, Ferreira JM, Nunes FC, Nascimento VF. Matriciamento em saúde mental: revisão de literatura. *Rev Eletron Interd*. 2015; 1(3):136-41.
6. Moura RH, Luzio CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface* (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:957-70.
7. Fernandes FD. (In)ventando multiplicidades: a função apoio enquanto dispositivo de produção de saúde no SUS [Internet] [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012. [acesso 18 Ago 2015]. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/monografia_pos_final_28-03-12.pdf
8. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude Soc*. 2011; 20(4):961-70.
9. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface* (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:983-95.
10. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet*. 1999; 4(2):393-403.
11. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Cienc Saude Colet*. (a ser publicado 2016).
12. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. Campinas: Hucitec; 2000.
13. Castro CP, Campos GWS. Apoio institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trab Educ Saude*. 2014; 12(1):29-50.
14. Paulon SM, Pasche DF, Righi LB. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface* (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:809-20.
15. Oliveira G. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2011.
16. Figueiredo MD, Campos GWS. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface* (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:931-43.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

19. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalizações. *Interface* (Botucatu). 2003; 7(12):101-22.
20. Czeresnia D, Freitas CM, organizadoras. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
21. McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1976.
22. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saude Soc*. 2015; 24(1):165-79.
23. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, Von Schrader S. Family physicians referral decisions: results from the ASPN refferral study. *J Fam Pract*. 2002; 51(3):215-22.
- 24.. Venkatapuram S, Bell R, Marmot M. The right to sutures: social epidemiology, human rights, and social justice. *Health Hum Rights*. 2010; 12(2):3-16.
25. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health*. 2011 10(1):15. DOI:10.1186/1475-9276-10-15.
26. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saude Soc*. 2014; 23(3):869-83.
27. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
28. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2005.
29. McWhinney IR. *Manual de medicina de família e comunidade*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
30. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
31. Giovanella L, Mendonça MHM. *Atenção primária à saúde*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-625.
32. Ojeda JJ, Freire JM, Gérvás J. La coordinación entre atención primaria y especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Rev Adm Sanit*. 2006; 4(2):357-82.
33. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971; 297(7696):405-12.
34. Gérvás J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(3):205-18.
35. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília (DF): Opas; 2011.
36. Gérvás J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *Semergen* (Barcelona). 2005; 31(9):418-23.
37. Jamoullie M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-3.
38. Homa L, Rose J, Hovmand PS, Cherng ST, Riolo RL, Kraus A, et al. A participatory model of the paradox of Primary Care. *Ann Fam Med*. 2015; 13(5): 456-65.
39. Madeira KH. Práticas do trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: um estudo de caso [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2009.
40. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-68.

41. Norman AH, Tesser CD. Obstetras e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(34):1-7.
42. Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(1):229-38.
43. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006; 20(6):485-95.
44. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHMD, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(2):286-98.
45. Almeida PF, Gérvas J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saude Debate*. 2013; 37(98):400-15.

Tesser CD. Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia, sus potenciales y obstáculos: una interpretación a partir de la atención primaria a la salud. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(62):565-78.

Presentamos una interpretación de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASFs), con el objetivo de ampliar su plataforma conceptual-normativa, con enfoque en la micro-gestión de su trabajo. Discutimos algunas ambigüedades y aspectos de las normativas oficiales, de la literatura de la Salud Colectiva y reducciones presentes en los servicios (sub-valorización del cuidado especializado o de apoyo a los equipos matrimoniales). Partiendo del carácter generalista del cuidado en la atención básica y desde una perspectiva operativa de la inter-disciplinariedad, criticamos el énfasis normativo en la asunción de papeles generalistas por los especialistas y la sub-valorización de la asistencia especializada por los NASFs. Defendemos que la optimización de la matricialidad exige que los matriciadores asuman de forma plena e igualitaria el ejercicio del cuidado especializado a los usuarios referenciados y el apoyo a los equipos matrimoniales, articulándolos, lo que hará que los NASFs, sean ampliados y adaptados a las demás especialidades médicas, un excelente prototipo de servicio especializado en el Sistema Brasileño de Salud (SUS).

Palabras clave: Atención primaria a la salud. Atención secundaria a la salud. Estrategia Salud de la Familia. NASF. Apoyo matricial.

Submetido em 22/05/16. Aprovado em 18/07/16.