



## ANÁLISE DA EXPANSÃO E COBERTURA DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Fabíola Olinda de Souza Mesquita (1); Alaine Santos Parente (2).

<sup>1,2</sup> *Universidade Federal do Vale do São Francisco. E-mail: <sup>1</sup>fabiolaolinda@yahoo.com.br; <sup>2</sup>alainefisio@hotmail.com.*

**Resumo:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado no ano de 2008, com o objetivo de ampliar o escopo das ações da atenção básica. O Ministério da Saúde (MS) orienta que a implantação do NASF deve iniciar com a elaboração de um projeto que contenha a análise do território e das necessidades em saúde identificados por vários atores: equipes de atenção básica, população e gestores da saúde. Para definição do número de Nasf, deve-se procurar uma organização que contemple o menor número de equipes vinculadas, proximidade geográfica entre as equipes e integração entre as necessidades de saúde da população e recursos do território. Considerando a importância de implantar equipes de Nasf em acordo com os parâmetros de vinculação orientados pelo MS, o objetivo desse estudo é analisar a expansão, distribuição e cobertura do Nasf no estado de Pernambuco. Trata-se de estudo de corte transversal de abordagem quantitativa a partir de dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no período de 2008 a 2016. O estado de Pernambuco é formado por 12 regiões de saúde: I Geres (Recife); II (Limoeiro); III (Palmares); IV (Caruaru); V (Garanhuns); VI (Arcoverde); VII (Salgueiro); VIII (Petrolina); IX (Ouricuri); X (Afogados da Ingazeira); XI (Serra Talhada) e XII (Goiana). As variáveis selecionadas foram números de equipes Nasf em suas diferentes modalidades e número de equipes de saúde da família (ESF). Observou-se um aumento gradativo do número de equipes de NASF entre os anos 2008 e 2016. Em 2008, existiam apenas 30 equipes de NASF na modalidade 1 e 1 na modalidade 2. Atualmente existem cadastrados no CNES, 202 Nasf tipo 1, 32 Nasf tipo 2 e 2 Nasf tipo 3. Apesar desse crescimento ressalta-se que o número de equipes de Nasf que existem no estado são insuficientes para apoiar as ESF existentes. Portanto, verifica-se que a organização territorial se encontra muito aquém do esperado, observando-se um déficit de equipes em várias regionais de saúde. Dessa forma, é fundamental a sensibilização da gestão quanto a importância da ampliação desse serviço na rede de atenção à saúde, levando-se em consideração as particularidades de cada região.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Cobertura de Serviços de Saúde, Saúde da Família.

### INTRODUÇÃO

O Estado de Pernambuco possui 185 municípios os quais foram agrupados a partir do plano diretor de regionalização (2011) em 4 macrorregiões e 12 regiões de saúde em conformidade com o Decreto 7508/2011 que regulamentou a lei 8.080/90. As regiões de saúde segundo o referido decreto constituem-se de agrupamentos de municípios limítrofes que apresentam por finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde e devem possuir no mínimo: ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (PERNAMBUCO, 2011; BRASIL, 2011).



Considerando a organização territorial do cuidado, o Ministério da Saúde (MS) propôs a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo Mendes (2011), essas redes devem ser compreendidas como um arranjo poliárquico compostas por diferentes atores na busca de inter-relações, superando a concepção de hierarquização, para uma organização sob a forma circular, em rede. Nesse modo de organização, os serviços de atenção à saúde e seus sistemas de apoio encontram-se igualmente relevantes na efetivação do objetivo comum, alterando apenas a densidade tecnológica de cada um deles. As RAS responsabilizam-se economicamente e sanitariamente por uma população adscrita vinculada à Atenção Primária a Saúde (APS) (MENDES, 2011).

O Núcleo de apoio à saúde da família (Nasf) corresponde a um dispositivo na rede de atenção à saúde que em conjunto com as equipes de saúde da família compõem o primeiro nível de atenção. Foi instituído a partir da portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, apresentando por objetivo ampliar o escopo das ações da atenção básica e a resolutividade. As práticas dos profissionais desse componente da RAS sejam elas individuais ou coletivas, devem ser planejadas, discutidas, programadas e executadas de forma conjunta com a Equipe de Saúde da família (ESF) (BRASIL, 2008).

Apesar desse serviço estar vinculado à Atenção Básica, não se constitui em porta de entrada do sistema para os usuários e, sua função é oferecer apoio a essas equipes. As diretrizes que orientam o processo de trabalho são: a territorialização, a educação permanente em saúde, a participação social, a promoção da saúde e a integralidade – esta última, a principal diretriz do SUS a ser praticada por esse núcleo (BRASIL, 2009).

O Nasf surgiu como uma ferramenta que possibilita ressignificações nas práticas dos profissionais que trabalham na atenção básica, na população assistida e na rede de atenção (BRASIL, 2009). Apresenta como objetivo qualificar e dar suporte ao trabalho desenvolvido pela ESF agindo de maneira participativa e colaborando para superar a atenção fragmentada que ainda vigora no modelo de saúde vigente (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; FLORINDO, 2009).

Os documentos oficiais do Ministério da Saúde que estabelecem as normativas e orientações para essas equipes são: a portaria nº 154 de 2008 que criou as modalidades Nasf 1 e Nasf 2; a Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e a Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, na qual foi redefinido os parâmetros de vinculação do Nasf 1 e 2 e criou a modalidade Nasf 3, oportunizando que qualquer município do Brasil possa implantar equipes Nasf (BRASIL, 2014).



De acordo com a Portaria 3.214/2012, cada equipe de Nasf 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) ESF e/ou equipes de Atenção Básica (AB) para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); O Nasf 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes e o Nasf 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) equipes (BRASIL, 2012).

Desde a sua criação os municípios vêm progressivamente aderindo a essa proposta com o objetivo de oferecer retaguarda especializada para as equipes de saúde da família. Apesar do seu crescimento, poucas pesquisas analisam e demonstram a sua distribuição e cobertura nos diferentes municípios do país.

Nessa perspectiva, considerando a importância de implantar equipes NASF em acordo com os parâmetros de vinculação definidos pelo MS, esse estudo apresenta como objetivo analisar a expansão, distribuição e cobertura do Nasf no estado de Pernambuco, no período de 2008 a 2016.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de corte transversal, de abordagem quantitativa. As variáveis selecionadas foram: números de equipes Nasf e número de ESF.

Para obtenção dessas variáveis foram utilizados dados secundários do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)/ Ministério da Saúde (MS), em específico no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), cadastradas nos períodos de 2008 a 2016 (BRASIL, 2017).

Após o levantamento das informações foi realizado agrupamento por regiões de saúde considerando o plano diretor de regionalização do estado de Pernambuco. O estado é formado por 4 macrorregiões (Região Metropolitana do Recife- RMR, Zona da Mata, Agreste e Sertão) e 12 regiões de saúde com sede nas seguintes cidades: I Geres (Recife); II (Limoeiro); III (Palmares); IV (Caruaru); V (Garanhuns); VI (Arcoverde); VII (Salgueiro); VIII (Petrolina); IX (Ouricuri); X (Afogados da Ingazeira); XI (Serra talhada) e XII (Goiana) (PERNAMBUCO, 2011).

Para avaliação do cálculo de cobertura considerou-se o teto de implantação e o número de equipes de Nasf ativas no CNES. Para definição do teto de implantação foi utilizado as instruções do caderno de diretrizes do Nasf nº 39 publicado em 2014 onde o mesmo descreve que para definição do território a ser coberto pelo Nasf deve-se considerar o número de ESF no município, sua disposição na RAS e o número de Nasf a serem implantados (bem como



sua modalidade). De forma prática, divide-se o número total de equipes de atenção básica (AB)/saúde da família (SF) ativas no CNES pelo número de equipes que pode ser vinculado a modalidade de Nasf. A partir desse cálculo, obtém-se o quantitativo de Nasf que poderão ser implantados no município com financiamento federal, considerando os parâmetros para cada modalidade existente conforme a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2014).

O cálculo foi realizado apenas para a modalidade 1 considerando-se a descrição da Portaria 3.124/2012 a qual refere que a implantação de mais de uma modalidade de Nasf concomitantemente no mesmo município não receberá incentivo financeiro federal, sendo que o número de Nasf 2 e Nasf 3 que fará jus ao recebimento desse incentivo é de apenas 1 (BRASIL, 2012).

As informações foram apresentadas considerando o parâmetro mínimo representado pelo teto A (relação de 1 NASF para 5 ESF), bem como parâmetro máximo descrito como teto B (relação de 1 NASF para 9 ESF). Entretanto, o MS recomenda que para definição do número de equipes que serão vinculadas a cada Nasf procura-se garantir uma organização que contemple o menor número possível de equipes de AB vinculadas (BRASIL, 2014).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pode-se observar na tabela 1 que houve um aumento gradativo do número de Nasf na modalidade 1. Em 2008 existiam apenas 30 equipes de NASF 1 no estado de Pernambuco passando a 212 equipes no ano de 2016. Em relação ao Nasf 2, no ano de criação do mesmo foi implantado apenas uma equipe e em 2016 observa-se a existência de 32 equipes. Já em relação ao Nasf 3 visualiza-se que não há quantitativo nos anos de 2008 a 2012, fato esse justificado pois a criação dessa modalidade ocorreu apenas a partir da portaria 3.124 de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). Mesmo assim, nota-se que não houve aumento em sua implantação do ano de 2013 para o ano vigente.

**Tabela 1-** Série histórica do número de equipes de Nasf implantadas no período de 2008 a 2016 em Pernambuco.

Modalidade	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nasf 1	30	69	96	125	134	167	196	204	212
Nasf 2	1	-	2	4	21	28	32	31	32
Nasf 3	-	-	-	-	-	1	-	-	2

Fonte: CNES/DATASUS, 2008 a 2016.



O Nasf 3 é um modelo que se ajusta bem a realidade de pequenos municípios que possuem até 2 equipes de saúde da família. Uma das hipóteses que podem ser levantadas para explicar a sua não implantação no estado pode ser a falta de conhecimento dos gestores em relação a essa modalidade, reforçando portanto, a necessidade de sensibilização da gestão quanto a implantação desse dispositivo de forma a possibilitar um aumento da cobertura dessas equipes no território adscrito.

Santos (2012), descreve que por se tratar de uma proposta recente na APS, a conscientização da gestão municipal em relação à finalidade do Nasf merece atenção, visando diminuir ruídos entre as expectativas da gestão e possibilidades de trabalho do Nasf. Importante destacar ainda que o número máximo de Nasf 2 e 3 ao qual o município pode fazer jus para recebimento de incentivo financeiro federal será de 1 (um) Nasf 2 ou 1 (um) Nasf 3 (BRASIL, 2012).

Santos e Benedetti (2012) também utilizaram dados secundários através do CNES no ano de 2011 descrevendo que nesse ano existiam 1.377 equipes no país, sendo que entre os municípios que implantaram, a maior parcela dispôs de apenas uma equipe. O principal fator apontado pelo autor que pode justificar a baixa implantação de Nasf seria o receio da gestão na expansão das equipes. Os gestores de saúde inicialmente podem ter sido cautelosos, uma vez que ainda não se sabia as potencialidades do Nasf e qual seria a melhor forma de gerenciá-lo.

Devido ao tempo de implantação, a ESF tem estratégias de ação e processos de trabalho mais consolidados, incluindo documentos norteadores, que discriminam as atribuições específicas de cada profissional e o tempo que deve ser utilizado em cada ação, já os documentos referentes ao Nasf, apresentam orientações genéricas das ações a serem desenvolvidas sem discriminar com clareza os processos de trabalho a serem empregados o que pode estar criando processos de trabalho conflituosos e até mesmo contraditórios (LANCHMAN; BARROS, 2011).

Na tabela 2 visualizamos o teto de implantação do Nasf por região de saúde, considerando para o cálculo o número mínimo e máximo de ESF que cada Nasf pode estar vinculado. Observa-se que o estado de PE possui 2.227 ESF cadastradas no ano de 2016. Dessa forma, poderiam ser implantadas até 445 equipes de Nasf 1 se levarmos em consideração o parâmetro mínimo de equipes vinculadas e até 247 equipes levando em consideração o parâmetro máximo. Ressalta-se dessa forma que existe um déficit de 233 equipes de Nasf 1 considerando o parâmetro mínimo (relação de 1 Nasf para 5 ESF) e 35 equipes em relação ao parâmetro máximo (relação de 1 Nasf para 9 ESF).



Observa-se também que as regionais que apresentam melhor cobertura em relação ao parâmetro mínimo são: Recife (I), Caruaru (IX) e Limoeiro (II) e em relação ao parâmetro máximo são as regionais de Ouricuri (IX), Goiana (XII) e Limoeiro (II). Contudo, considerando a orientação do Ministério da Saúde o qual propõe que sejam consideradas em sua organização o número mínimo de equipes vinculadas (BRASIL, 2014), observa-se que em todas as regionais há a necessidade de implantação de novas equipes de NASF para adequação dos parâmetros de vinculação.

**Tabela 2** - Teto de implantação e cobertura de Nasf por região de saúde no estado de Pernambuco.

Regional de saúde	Nº de ESF	Nº de NASF 1	TETO (a)	TETO(b)	Cobertura de NASF (%)	
					TETO(a)	TETO(b)
I	711	59	142,2	79	41,49	78,68
II	186	21	37,2	20,67	56,45	101,60
III	178	17	35,6	19,89	47,75	85,47
IV	333	35	66,6	37	52,55	94,59
V	181	17	36,2	20,11	46,96	84,53
VI	109	11	21,8	12,11	50,56	90,83
VII	50	2	10	5,56	20	35,97
VIII	128	10	26,6	14,22	37,59	70,32
IX	116	16	23,2	12,89	68,96	124,12
X	76	6	15,2	8,44	39,47	71,09
XI	65	6	13	7,22	46,15	83,1
XII	94	12	18,8	10,44	63,83	114,94
<b>TOTAL</b>	<b>2227</b>	<b>212</b>	<b>445,4</b>	<b>247,44</b>	<b>47,60</b>	<b>85,68</b>

Fonte: CNES/DATASUS, dezembro/2016.

Notas: Teto (a)- considerando a relação de 1 equipe Nasf para 5 ESF; Teto (b)-considerando a relação de 1 equipe de Nasf para 9 ESF.

A partir desses resultados, observa-se que o número de equipes de Nasf que existem em todo o estado parece ser insuficiente para dar apoio às ESF existentes. A falta de conhecimento desse dispositivo pode ser um fator que tenha ocasionado a sua má distribuição no território. Destaca-se que o excesso de equipes vinculadas pode ocasionar dificuldades na operacionalização das atividades.





Corroborando com os achados descritos nessa pesquisa, Avejonas, *et al* (2014) relataram que é fundamental que os Nasf se adequem às normas previstas, visando ao bom funcionamento e à garantia de ações de saúde com qualidade, às pessoas e à coletividade.

Santos (2012) também refere que para a maioria dos municípios, a expansão do Nasf está aquém do seu potencial de crescimento, principalmente entre os municípios de maior porte populacional, pois mantiveram um baixo número de equipes.

Entretanto, apesar do crescimento ainda ser muito aquém do esperado a implantação das equipes do Nasf nos municípios brasileiros, podem ser um avanço na saúde pública, representando um marco importante na ampliação das ações e com possibilidades de alcançar melhores resultados na produção de saúde, com o enfoque na promoção da saúde e no cuidado à população (BARROS; JUNIOR, 2012). Corroborando com esses autores, Souza; Loch (2011), relatam que a criação do Nasf é uma tentativa de possibilitar um direcionamento mais amplo das ações de saúde pública.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Verificou-se a partir do estudo que houve expansão dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família no estado de Pernambuco desde o ano de sua instituição até o ano vigente, no entanto, apesar de observarmos esse crescimento, se considerarmos a quantidade de equipes que poderiam ser implantadas, o número de Nasf cadastrados são insuficientes para dar apoio as equipes de saúde da família existentes.

Dessa forma, é fundamental a sensibilização da gestão quanto a importância da ampliação desse serviço na rede de atenção, levando-se em consideração as particularidades de cada região de saúde.

## **REFERÊNCIAS**

AVEJONAS, M. D. R et al. Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Codas**. São Paulo, vol.26 no.2 mar./abr. 2014.

BARROS, C. M. L.; JUNIOR, G. F. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, jan./jun, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 2008.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos/ Cadernos de Atenção Básica, n. 27].

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 2011. p.1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, p.223.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família- Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Cadernos de Atenção Básica, n. 39, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/ Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (CNES/DATASUS). Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 13 de abril de 2017.

FLORINDO, A. A. Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Rev Bras Ativ Fís Saúde.** v 14, n.1, 2009.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011.

MENDES EV. **As redes de atenção à saúde.** 2ª ed., Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

NASCIMENTO, D. D. G; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, 2010.

SANTOS, S. F. S. **NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Florianópolis, SC, 2012.

SANTOS, S. F.S; BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde.** Pelotas-RS, 2012.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde,** v. 16, n.1, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização.** Pernambuco, 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe>>.





**II CONBRACIS**  
II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde

gov.br/files/pdrconass-versao\_final1.doc\_ao\_conass\_em\_jan\_2012.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

