



**IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:  
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS  
V SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS  
IV CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Política Social, Seguridade Social e Proteção Social

**A revogação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e  
Atenção Básica e o desmonte da Atenção Primária à Saúde**

Laíne Motter Oliveira<sup>1</sup>  
Bia Cruz Freitas<sup>2</sup>

**Resumo:** Com o processo de desmonte do Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, da Atenção Primária à Saúde, as equipes multiprofissionais foram desvinculadas à tipologia NASF-AB. O presente trabalho aborda as conseqüências da desvinculação das equipes NASF-AB na Atenção Básica, a partir de uma revisão bibliográfica e observação participante enquanto estagiária e assistente social, tendo como cenário de atuação profissional as Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina. Tem-se, portanto, uma desqualificação provocada nos serviços de saúde prestados à população, bem como uma sobrecarga dos profissionais que atuam na Atenção Primária.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde (SUS); Atenção Primária à Saúde (APS); equipes multiprofissionais; Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NAS-AB).

**Abstract:** With the process of dismantling the Unified Health System and, consequently, of Primary Health Care, the multidisciplinary teams were detached from the NASF-AB typology. The present work addresses the consequences of the untying of nasf-AB teams in Primary Care, based on a literature review and participant observation as an intern and social worker, having as a scenario of professional performance the Basic Health Units of the city of Florianópolis, Santa Catarina. Therefore, there is a disqualification caused in the health services provided to the population, as well as an overload of professionals working in Primary Care.

**Keywords:** Unified Health System (SUS); Primary Health Care (PHC); multidisciplinary teams; Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care (NAS-AB).

---

<sup>1</sup> Estudante de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, bolsista PIBIC/CNPq e estagiária da Equipe Multiprofissional do Distrito Sanitário Centro de Florianópolis. E-mail: [motterlaine@gmail.com](mailto:motterlaine@gmail.com).

<sup>2</sup> Assistente Social da Equipe Multiprofissional do Distrito Centro de Florianópolis, Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: [cruzbia@gmail.com](mailto:cruzbia@gmail.com).



## 1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que, no Brasil, o direito à saúde perpassa uma dinâmica de disputa entre um projeto público e um projeto privatista. Historicamente, a partir da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente com as Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, a saúde é entendida como um direito de todos/as e um dever do Estado, sendo compreendida de forma integral em sua relação com o processo de trabalho da população. Além disso, é também nesse contexto que se tem a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na universalidade, na integralidade e na descentralização.

Concomitantemente, há, no país, o desenvolvimento de uma agenda neoliberal a partir do final dos anos 1980 e, principalmente, na década de 1990, que atravessa o significado de *coisa pública* e se finda na privatização das entidades públicas, precarizando-as e operando em oposição ao que é instituído na Constituição Federal.

Sob essa mesma lógica, o cenário pós golpe de 2016, em que se tem o avanço do chamado ultraneoliberalismo, ameaça ainda mais os direitos reconhecidos constitucionalmente. Como um exemplo, pensa-se na Emenda Constitucional nº 95, sendo essa um efeito transparente do fenômeno ultraliberal, alterando, por vinte anos, o teto de gastos das políticas sociais, especialmente da saúde e da educação, justificando, para tanto, a necessidade de pagamento da dívida pública.

O direito à saúde, nesse sentido, perpassa a contradição do que foi reivindicado no Movimento de Reforma Sanitária e instituído na Constituição Cidadã em contrapartida ao projeto neoliberal executado. Em meio a isso, o Sistema Único de Saúde torna-se alvo das mais diversas formas de precarização, considerando que o mesmo é o maior sistema de saúde público do mundo, segundo o Ministério da Saúde (2021).

Para tal, observa-se que o projeto estruturado atualmente ataca, em especial, a Atenção Primária à Saúde (APS), organizada territorialmente e considerada a porta de entrada do SUS, sendo o primeiro acesso da população ao sistema de saúde. A exemplo, destaca-se o novo modelo de financiamento da APS, conhecido como Programa Previne Brasil, aprovado em 2019, que propõe o financiamento pela capitação ponderada, pelo pagamento por desempenho e pelo incentivo às ações estratégicas (BRASIL/MS, 2019), apontando para o risco de desfinanciamento da Atenção Básica, como também desconsiderado o caráter universal do SUS, direcionando a prestação de serviços para o setor privado (RAMOS, *et al*, 2021).

Tendo sob pano de fundo o Programa Previne Brasil, outras medidas foram tomadas a fim de considerar o novo financiamento para a APS. As equipes configuradas para atuação na APS, como as equipes multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da



Família e Atenção Básica (NASF-AB), acabam sendo atingidas por essa política de desmonte. Na especificidade das equipes NASF-AB, o Ministério da Saúde, em 2020, tornou pública a Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, em que trata da desobrigação das equipes multiprofissionais da APS estarem vinculadas às equipes NASF-AB, dando, portanto, autonomia para os/as gestores/as municipais na formação e configuração dessas equipes.

No que diz respeito ao estado de Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Deliberação 136/CIB/2021, manteve o incentivo financeiro estadual para as Equipes Multiprofissionais da APS. Florianópolis, por sua vez, aderiu ao Programa Previne Brasil, com o Decreto nº 21.965 de 08 de setembro de 2020, mantendo a atuação das equipes multiprofissionais. Entretanto, algumas mudanças foram estabelecidas e serão abordadas posteriormente, de forma mais específica.

É sob essa perspectiva que se faz necessário compreender como vem se dando o desmonte do SUS, principalmente ao se tratar do desfinanciamento da Atenção Primária à Saúde. Esse trabalho surge da atual vivência e da atuação do Serviço Social (assistente social e estagiária) na APS do município de Florianópolis, Santa Catarina, perpassando pelo atual cenário de desmonte. Para isso, trabalha-se com uma abordagem qualitativa, compreendida a partir da teoria social e crítica, com vistas à percepção de totalidade; utiliza-se de um referencial teórico que aborde tanto as legislações, quanto as temáticas propostas. Além do mais, usa-se também da observação participante enquanto profissional atuante e estagiária de Serviço Social da Atenção Básica do Distrito Sanitário Centro de Florianópolis.

Diante disso, faz-se necessário expor o contexto histórico e atual pelo qual se está dado a precarização da APS no Brasil, como também se estreita à realidade do município de Florianópolis; posteriormente, busca-se entender como esse movimento atinge o processo de trabalho cotidiano da Atenção Básica, de modo a abordar a importância das Equipes Multiprofissionais, antigas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), para a qualidade do serviço em saúde prestado à população.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

No Brasil, a historicidade da saúde foi atravessada por diversas interpretações, perpassando as formas de caridade, benevolência, configurando a saúde de forma biologicista, sendo cada pessoa responsável individualmente por sua saúde. Segundo Mendes (1995), a saúde pública era direcionada apenas ao controle de doenças endêmicas, ao controle da cidade e da higiene dos trabalhadores, até os anos de 1960; na década de 1970, a saúde passa a ser limitada à população mais pobre, aos idosos, aos “indigentes” e



às crianças. Já na década de 1980, tem-se um novo contexto posto à saúde, a partir da compreensão da esquerda marxista, que relacionava saúde com o processo de trabalho, entendendo-a como o resultado das condições sociais, econômicas, políticas e culturais da população, propondo a concepção médica curativa e individual (MENDES, 1995). É nesse mesmo contexto que surge o Movimento da Reforma Sanitária, que lutava pela saúde enquanto um direito do povo e um dever do Estado, articulando-se de modo a repercutir no processo da constituinte, tendo em vista que, concomitantemente, a Constituição Federal estava sendo discutida e reformulada em 1988.

Sob esse contexto, a Constituição Federal promulgada em 1988 considerou que “Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988). Entre outras pautas reivindicatórias do Movimento de Reforma Sanitária, também havia a discussão da criação de um sistema de saúde, também englobado na Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990.

A partir de então, nasce o maior sistema de saúde pública do mundo, atendendo mais de 190 milhões de pessoas, segundo o Ministério da Saúde (2021). Estruturado nos âmbitos federal, estadual e municipal, o SUS é dividido em Atenção Primária à Saúde (APS) – também chamada de Atenção Básica –, em atenção de Média e de Alta Complexidade, onde se tem um atendimento mais especializado para recuperação da saúde. Para o presente trabalho, concerne salientar a Atenção Primária à Saúde, que é considerada o primeiro nível de assistência do SUS (STARFIELD *apud* CaSAPS, 2020) e, por isso, é tida como a porta de entrada preferencial e ordenada do Sistema de Saúde (SOUZA; LEITE, 2020), como também é caracterizada como o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS<sup>3</sup>, dispondo de

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias [...]. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978 *apud* CaSAPS, 2020, p. 5).

---

<sup>3</sup> As Redes de Atenção à Saúde (RAS) buscam superar o sistema historicamente fragmentado de atenção à saúde, a fim de efetivar uma atenção focada na integralidade da assistência. Para implantar as RAS, é necessário observar alguns aspectos como a definição da população e do território, diagnóstico situacional, planejamento com vistas à efetiva necessidade, criação de um sistema de regulação e governança para o funcionamento da rede, entre outras.



Em 2017, a Portaria nº 2.436 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), trazendo diversas mudanças de suma importância. Entre essas mudanças, tem-se a ampliação do conceito de Atenção Básica, que traz:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

De acordo com a PNAB, a APS pode ser composta por até cinco tipologias de equipes: as equipes de Saúde da Família, as equipes de Saúde Bucal, as equipes de Atenção Primária, as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e as equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Diante dessas tipologias, destaca-se, aqui, a equipe do NASF-AB, que são equipes multiprofissionais e interdisciplinares complementares às demais equipes de referência atuantes na APS, dando suporte clínico, sanitário e pedagógico aos demais profissionais.

O NASF-AB foi instituído pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008<sup>4</sup>, quando ainda denominado Núcleo de Apoio à Saúde da Família. De acordo com essa Portaria, tem-se:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o *objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica*, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008. Grifo nosso).

Notoriamente, a instituição das equipes multiprofissionais na tipologia NASF-AB mostra-se fundamental ao passo que se pressupõe uma maior qualidade dos serviços de saúde disponibilizados pela APS, pensando na integralidade do cuidado aos usuários. Nesse sentido, cabe a essas equipes realizar discussões de caso (apoio matricial), atendimento individual, atendimento compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projeto terapêutico, educação permanente, ações intersetoriais, intervenção no território e na saúde dos grupos populacionais, entre outras diversas atividades que complementam à atuação das demais equipes (SOUZA; LEITE; SANTOS, 2021).

Tendo isso em vista, é necessário ressaltar que, a partir do final dos anos 1980, uma agenda neoliberal atravessa a realidade do país, transformando o direito à saúde em uma esfera de disputa entre um projeto privatista e um projeto público e universal. Segundo Mendes (1995), é a partir desse momento que a saúde perpassa pelo processo de

---

<sup>4</sup> Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html).



universalização excludente, em que o SUS é destinado apenas a quem *necessita* e não a todos cidadãos.

Nessa lógica, o setor público acaba por não incorporar todas as demandas de saúde da sociedade civil, direcionando-a ao setor privado, à medida em que se atinge as mais diversas esferas do SUS, no intuito de desmantelar o sistema de saúde. Consequentemente, a Atenção Básica também é atingida, de forma a acometer seu modelo de financiamento, seu acesso, a qualidade dos serviços de saúde à população, como também debilitando as condições de trabalho dos profissionais de saúde. A exemplo, a Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previnde Brasil, um novo modelo de financiamento à APS baseado em uma lógica individualizante, adotando a capitação baseada em indivíduo cadastrado e o pagamento por desempenho, atravessando o princípio de universalidade proposto pelo SUS.

As recentes políticas de financiamento do governo federal representam uma ameaça para o desenvolvimento e a sustentabilidade de uma APS forte, de qualidade e acessível a todos. Os resultados conseguidos com muito esforço pela APS do SUS nessas décadas podem ser perdidos, com a interrupção de financiamento para as equipes multiprofissionais (NASF) e para os Agentes Comunitários de Saúde, alterando a trajetória da Saúde da Família no Brasil, baseado na população de um território e com equipes multiprofissionais, como um modelo para toda a população brasileira (TASCA, *et al*, 2021, p. 9).

Com base nesse projeto de desfinanciamento da Atenção Básica, o Ministério da Saúde publicou, em 28 de janeiro de 2020, a Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, que divulga a revogação do custeio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, considerando o novo modelo de financiamento, acarretando, assim, a desvinculação das equipes multiprofissionais às tipologias NASF-AB:

2.2. Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

2.3. A revogação das referidas normativas também impactam no credenciamento de novas equipes NASF-AB. A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas. (BRASIL/MS, 2020).

A Nota Técnica exposta destaca, em diversos momentos, a autonomia posta aos gestores municipais quanto a organização e estruturação da Atenção Primária de seus municípios, identificando melhor as demandas locais. Da mesma forma, o Programa Previnde





Brasil surge sob uma das justificativas de “atender a demanda de maior autonomia dos gestores municipais no uso dos recursos federais” (MOROSINI, *et al*, 2020, p. 9).

Trazendo esse contexto para a realidade do estado de Santa Catarina, em 2013 foi divulgada a Deliberação 440/CIB/13, que aprovava o incentivo estadual para o cofinanciamento dos NASF-AB do estado, em que se tinha:

1. Mantém-se o incentivo estadual de financiamento ao NASF SC 1 e 2, no valor de R\$4.000,00/mês e R\$8.000,00/mês, respectivamente, aos municípios já homologados anteriormente por esta CIB, até que solicitem transferência para NASF Federal, atendendo os critérios exigidos nas Portarias acima citadas. Fica estabelecido o prazo de 30 de abril de 2014 para migração. (SANTA CATARINA, 2013).

A mesma Deliberação também especificava o incentivo estadual para o cofinanciamento a respeito das outras modalidades das equipes NASF e foi vigente até o ano de 2021. No ano passado, então, foi divulgada a Deliberação 136/CIB/2021, da Secretaria de Estado da Saúde, mantendo o cofinanciamento estadual para o trabalho de equipes multiprofissionais na Atenção Primária, no valor de R\$2.701,59 (dois mil setecentos e um reais e cinquenta e nove centavos), por equipe, que “deverão ser constituídas com o mínimo de 2 (dois) profissionais dentre as categorias, a saber: psicólogo, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista e/ou outras competências profissionais relacionados à área da saúde” (SANTA CATARINA, 2021).

No que diz respeito ao município de Florianópolis<sup>5</sup>, o Decreto nº 21.965 de 08 de setembro de 2020 instituiu o Programa Previne Brasil como modelo de financiamento à APS, substituindo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diante disso e entendendo que o Programa Previne Brasil dá maior autonomia para a gestão municipal quanto à configuração e organização das equipes multiprofissionais da Atenção Básica, presencia-se algumas mudanças. Como por exemplo, cita-se a redução de um Distrito Sanitário de Saúde de Florianópolis, resultando, atualmente, em apenas quatro Distritos e sobrecarregando ainda mais as equipes multiprofissionais. Ademais, tem-se uma fragilidade nos novos contratos de trabalho, que no município de Florianópolis consiste em contratos de um ano, podendo serem renovados por mais um ano, gerando um conflito com a ideia proposta pela APS de atendimento longitudinal dos sujeitos em seus diferentes ciclos de vida, além de uma maior sobrecarga dos profissionais de saúde, considerando que mecanismos de remuneração são vinculados à produtividade, sobretudo, a profissão do Serviço Social que atua com as expressões da questão social, onde muitos

---

<sup>5</sup> É preciso destacar que o município conta com um total de 140 equipes de Saúde da Família, distribuídas nos 49 Centros de Saúde, segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde.



dos atendimentos, ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais não são mensuráveis nesse formato de produtividade.

Ressalta-se, ainda, que, anteriormente, quando as equipes multiprofissionais ainda eram vinculadas aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, regida pela Portaria nº 22/2016, abordava a atuação das equipes NASF-AB:

**4.1.** Um profissional vinculado a um NASF poderá exercer atividades de apoio a outros Centros de Saúde pertencentes ao mesmo Distrito, desde que tal arranjo esteja justificado pela demanda do território e não implique em carga horária adicional para o profissional, sendo o provimento adequado das equipes ativas competência da gestão municipal.

**4.2.** Excepcionalmente um profissional vinculado a um NASF pode realizar o apoio matricial a Centros de Saúde de outros Distritos Sanitários guardando as mesmas ressalvas do item anterior.

**4.3.** Os arranjos referentes aos itens anteriores devem ser compatíveis com a carga horária do profissional. (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Observa-se que a atuação das equipes de NASF-AB perpassava também a Política Municipal de Atenção Primária, sendo regulamentada quanto ao seu território e sua carga horária e, em consequência, tinha-se amparo legal no que se refere às condições de trabalho.

Para além disso, destaca-se que as extintas equipes multiprofissionais vinculadas à tipologia NASF-AB possuíam modalidades e, conforme cada modalidade proposta, tinham-se configurações de trabalho e formações de equipes diferentes, como também mudavam os valores dos repasses financeiros. A Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012<sup>6</sup>, que redefine os parâmetros de vinculação ao NASF nas modalidades um e dois, e cria a modalidade três, explica que:

II - Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

[...]

IV - Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

[...]

VI - Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. (BRASIL, 2012).

Observa-se que, com a atual desvinculação das equipes multiprofissionais à tipologia NASF-AB, a regulamentação proposta legalmente também é perdida. Nesse sentido,

<sup>6</sup> Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html).





ressalta-se que, hoje em dia, existem profissionais assistentes sociais que dividem a carga horária com ambulatorios especializados e/ou atividades junto à gestão. Ou seja, os profissionais da saúde que atuam nas equipes multiprofissionais acabam desamparados legalmente, no que se propõe um ilimite da sobrecarga de trabalho.

Sabe-se que, com o contexto da pandemia, a desigualdade social foi expandida e, por consequência, a população encontra-se em inúmeras situações vulneráveis – econômica, social, cultural e politicamente falando. Da mesma forma, tem-se um contexto social de contrarreformas, esfacelando os direitos conquistados constitucionalmente pela classe trabalhadora. Posto isso e refletindo sobre a realidade do exercício profissional do Serviço Social na Atenção Básica, atuando diretamente com esse cenário contraditório, percebe-se que o número de profissionais ainda é insuficiente.

Portanto, é notório o movimento gradual de desmantelamento da Atenção Primária à Saúde. Como já dito, o Sistema Único de Saúde brasileiro é, historicamente, objeto de disputa e a APS, enquanto principal acesso da população ao SUS, torna-se um dos principais alvos de sucateamento, não à toa. É preciso evidenciar que o projeto político vigente é estruturado por uma agenda de retirada de direitos, perpassando, dessa forma, pelo direito à saúde e avançando, prioritariamente, pelo maior sistema de saúde pública do mundo, o SUS.

### **3 RESULTADOS E CONCLUSÕES**

Levando em conta a historicidade do direito à saúde no Brasil e as conquistas dispostas na Constituição Federal de 1988, muitos avanços ocorreram. Em contrapartida, sabe-se, também, que tal direito ainda não é um direito universal, como proposto, tendo em vista que até os dias atuais perduram problemas que atravessam séculos.

Em suma, a configuração atual dos serviços de saúde no Brasil resulta não apenas de iniciativas conscientes dos agentes políticos, mas também de determinações estruturais, que não foram superadas. Nesse sentido, o “sistema” de saúde realmente existente pode ser compreendido como orgânico a uma sociedade capitalista periférica, imersa em lutas de classe. (SOUZA, *et al*, 2019, p. 2785)

Acentua-se, como exemplo, a escassez de profissionais de saúde, os frequentes casos de má qualidade do serviço prestado, as diferenças regionais na qualidade do cuidado, as precárias condições de infraestrutura e de trabalho, entre outras questões que ainda hoje são impasses no que concerne ao direito universal, integral e igualitário à saúde no Brasil.



Desse modo, não há dúvidas de que as equipes multiprofissionais, mesmo que desvinculadas à tipologia NASF-AB, são primordiais para a Atenção Primária à Saúde. Contudo, cabe aqui ponderar como esse movimento de desvinculação proposto pelo Ministério da Saúde será refletido no cuidado e no acesso à saúde da população, bem como será refletido nas próprias condições de trabalho dos profissionais.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS** – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos**. Brasília, DF. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**: versão profissional da saúde e gestores. Brasília - DF. 2020.

BRASIL. **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. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.

BRASIL. **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: Ministério da Saúde. 2012.

FLORIANÓPOLIS. **Decreto nº 21.965 de 08 de setembro de 2020**. Institui o componente municipal do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde estabelecido pelo Ministério da Saúde, na forma de incentivo de desempenho, em substituição ao componente municipal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ-AB. Florianópolis, 2020.

FLORIANÓPOLIS. **Portaria nº 22/2016**. Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. Florianópolis, 2016.



MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995

MOROSINI, Marcia Valeria G. C.; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas F. Previne Brasil, Agência de desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? In: **Cadernos de Saúde Pública**. 2020.

RAMOS, André L. P; SETA, M. H. D; OCKÉ-REIS, C. O. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? In: Scielo. **Política de Saúde, implementação de práticas**. Ciência e Saúde coletiva, v. 26. 2021.

SANTA CATARINA, Governo do estado. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação 136/CIB/2021**. Aprova o incentivo estadual para o cofinanciamento para as Equipes Multiprofissionais - EM. Florianópolis, 2021.

SANTA CATARINA. Governo do estado. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação 440/CIB/13**. Aprova o incentivo estadual para o cofinanciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família Santa Catarina - NASF SC Modalidades 1 e 2 e dos NASF Federal modalidades 1, 2 e 3, conforme especificidades. Florianópolis, 2013.

SOUZA, Natale Oliveira de; LEITE, Lithyere. **SUS em mapas mentais**. 1 ed. Salvador: Editora Sanar. 2020.

SOUZA, Natale Oliveira de; LEITE, Lithyere; SANTOS, Carlos Ambrosio da Cruz. **Saúde Pública em mapas mentais**. 1 ed. Salvador: Editora Sanar. 2021.

SOUZA, Luis Eugenio P. F.; *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. In: SCIELO, **Ciência e Saúde Coletiva**. 2019.

TASCA, Renato; MENDONÇA, Claunara S.; MENDES, Philipe S.; BARBOSA, Allan Claudius Q. B. Financiamento do SUS e APS: ameaças aos avanços de três décadas. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Agenda Estratégica APS no SUS**. 2018.