



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

Thaís Titon de Souza

**AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE NÚCLEOS DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CATARINA**

Florianópolis/SC
2017

Thaís Titon de Souza

**AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE NÚCLEOS DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CATARINA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutora em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Marino Calvo.

Florianópolis/SC
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza, Thaís Titon de

Avaliação de resultados de Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina / Thaís Titon de Souza ; orientadora, Maria Cristina Marino Calvo, 2017.

262 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 3. Atenção Primária em Saúde. 4. Avaliação em Saúde. 5. Políticas Públicas em Saúde. I. Calvo, Maria Cristina Marino. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Thais Titon de Souza

Avaliação de resultados de Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina.

Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Doutor (a) pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 07 de julho de 2017.

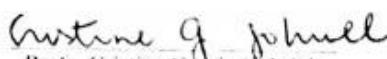


Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

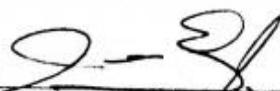
Banca Examinadora:



Prof. Maria Cristina Marino
Calvo, Dra. (Orientador)



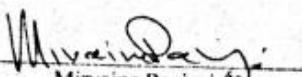
Prof. Cristine Garcia Gabriel,
Dra.
(UFSC)



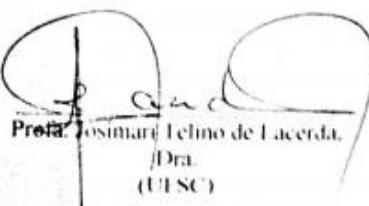
Prof. Marcos Aurélio Maeyama,
Dr.
(UNIVALI)



Prof. Sonia Natal, Dra.
(UFSC)



Mirvaine Panizzi, Dra.
(SES/SC)



Prof. Josimari Telino de Lacerda,
Dra.
(UFSC)

AGRADECIMENTOS

Ao Juliano, meu companheiro nessa e em muitas outras jornadas.

Às minhas famílias em Tubarão (em especial, aos meus pais) e em Florianópolis, pelo carinho e incentivo constante.

À minha orientadora, Maria Cristina Marino Calvo, pelo aprendizado, cuidado e pela presença terna ao longo deste trabalho.

Aos membros da banca, pela disponibilidade em participar deste momento e pelas valiosas contribuições.

Às colegas da área de avaliação em saúde Luana Nilson, Luise Ludke, Patrícia de Oliveira, Maria Cristina Marcon e Vanessa Sartor pelos compartilhamentos e amizade.

Ao colega Rodrigo Knabben por dividir angústias e alegrias do NASF.

À amiga Milia, pela confiança e amizade ainda que à distância.

Aos amigos da Escola de Saúde Pública de Florianópolis, pela força, pelas risadas e por compreenderem alguns momentos de ausência.

Aos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e equipes de Saúde da Família que participaram da pesquisa.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

SOUZA, T. T. **Avaliação de resultados de Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina.** 262f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Marino Calvo.

RESUMO

Introdução: Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo de ações da Atenção Básica (AB), bem como sua resolubilidade. Estudos de avaliação dos resultados alcançados, entretanto, são escassos, assim como são incipientes os mecanismos de monitoramento e avaliação de ações e resultados. **Objetivo:** Avaliar resultados alcançados por NASF de Santa Catarina, a partir do trabalho integrado junto às equipes vinculadas. **Métodos:** Estudo avaliativo de natureza quali-quantitativa realizado em uma Região de Saúde de Santa Catarina em duas fases: Estudo de Avaliabilidade (EA) e Estudo de Casos Múltiplos. No EA, foram realizadas análise documental e modelização da intervenção, com definição de indicadores de resultados e respectivas medidas e fontes de informação. Foram aplicadas técnicas de consenso com especialistas para validação dos modelos e da matriz de indicadores, composta pelas dimensões “Escopo e oferta de ações na Atenção Básica”, com as subdimensões *Atuação das equipes apoiadas* e *Integralidade e interdisciplinaridade*, e “Coordenação e longitudinalidade”, contendo as subdimensões *Coordenação do cuidado* e *Longitudinalidade*. Estudo de casos múltiplos foi desenvolvido em duas etapas: caracterização do grau de integração entre NASF e equipes apoiadas e aplicação da matriz de avaliação e julgamento (MAJ) junto aos NASF com grau satisfatório de integração. Na primeira, formulário semi-estruturado foi respondido por 31 NASF e as respostas foram convertidas para escores de 0 a 2, com valoração previamente definida a partir de revisão de literatura e normativas. Em seguida, os NASF foram estratificados segundo modalidade. Foram definidos pesos para as dimensões do formulário, com exceção do perfil da equipe, analisado de maneira descritiva. A somatória dos pontos obtidos definiu o grau de integração às equipes apoiadas. Na aplicação da MAJ, entrevistas semi-estruturadas e documentos foram fontes de evidências para as seguintes unidades de análise: 4 NASF I, 1 NASF III e 13 equipes apoiadas. Foi realizada

análise de conteúdo, tomando como base elementos da MAJ. A determinação do grau de resultados orientou-se pela proporção entre a pontuação máxima e a observada. Foi realizada análise imbricada dos casos, a partir de critérios de robustez e grau de mudança. **Resultados:** O estudo de avaliabilidade se mostrou apropriado, possibilitando melhor definição e conhecimento acerca da intervenção. O grau de integração dos NASF às equipes apoiadas foi incipiente, especialmente entre os NASF II. Foi verificado maior percentual de NASF com grau de integração satisfatório na Modalidade I. Através da aplicação da MAJ, verificou-se que 04 NASF alcançaram grau de resultados intermediários e 01 NASF alcançou grau de resultados incipientes. Os resultados de ações técnico-pedagógicas do apoio matricial sobre o aumento da capacidade clínica e sanitária das equipes apoiadas foram incipientes e, em algumas situações, se confundiram com a prática assistencial do NASF. Os resultados alcançados a partir da dimensão assistencial estão mais consolidados, sendo observados sobre três aspectos: Redes de Atenção à Saúde, equipes apoiadas e usuários. A influência do NASF para maior compartilhamento e gestão de casos na AB se mostrou variável. A análise imbricada demonstrou resultados com grau de robustez e mudança. Os NASF I obtiveram melhores resultados sobre a atuação clínica das equipes apoiadas em comparação à atuação sanitária, com situação inversa observada no NASF III. Diferentes fatores foram destacados como facilitadores para alcance dos resultados esperados. **Considerações finais:** O EA permitiu verificar que há coerência entre os objetivos do NASF e sua estruturação, ainda que existam dificuldades para operacionalizá-los. O grau de resultados alcançado na maioria dos casos estudados foi considerado intermediário, possivelmente em decorrência de dificuldades inerentes à implantação do NASF e da própria Estratégia Saúde da Família. A ausência de objetivos e resultados esperados do trabalho do NASF claramente identificáveis e as diferentes compreensões e interesses acerca de sua implantação determinam o modo como o cuidado é operado e podem impor barreiras para o alcance de resultados mais sólidos. Ainda que possam ser verificados avanços, a definição de estratégias que promovam mudanças estruturais e de processo na implantação dos NASF, incluindo ajustes no trabalho de ambas as equipes e direcionamento e apoio institucional, é necessária para que a integração e os resultados esperados possam ser consolidados.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Políticas Públicas em Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Support Centers (NASF) aims to broaden the scope and scope of Primary Care (AB) actions, as well as their resolubility. Studies evaluating the results achieved, however, are scarce, as are mechanisms for monitoring and evaluating actions and results. **Objective:** To evaluate the results achieved by NASF of Santa Catarina, based on the integrated work with the related teams. **Methods:** Qualitative and quantitative evaluation study carried out in a Health Region of Santa Catarina in two phases: Evaluative Studies (EA) and Multiple Case Studies. In the EA, documentary analysis and modeling of the intervention were performed, with definition of outcome indicators and respective measures and sources of information. We used consensus techniques with specialists to validate the models and the matrix of indicators, composed by the dimensions "Scope and offer of actions in Primary Care", with the sub-Dimensions of the supported teams and Integrality and interdisciplinarity, and "Coordination and longitudinality" Containing the dimensions Coordination of care and Longitudinality. A multiple case study was developed in two stages: characterization of the degree of integration between NASF and supported teams and application of the evaluation and judgment matrix (MAJ) to NASF with a satisfactory degree of integration. In the first, semi-structured form was answered by NASF 31 and the answers were converted to scores from 0 to 2, with a previously defined valuation from literature review and normative. Then, the NASF were stratified according to modality. Weights were defined for the dimensions of the form, with the exception of the team profile, analyzed in a descriptive way. The sum of the points obtained defined the degree of integration to the teams supported. In the application of the MAJ, semi-structured interviews and documents were sources of evidence for the following units of analysis: 4 NASF I, 1 NASF III and 13 supported teams. Content analysis was performed based on MAJ elements. The determination of the degree of results was guided by the ratio between the maximum score and the observed score. An imbricated analysis of the cases was performed, based on criteria of robustness and degree of change. **Results:** The evaluation study was appropriate, allowing better definition and knowledge about the intervention. The degree of integration of NASF into supported teams was incipient, especially among NASF II. A higher percentage of NASF with a satisfactory degree of integration in Mode I was verified. Through the application of the MAJ, it was verified that 04 NASF reached intermediate degree of

results and 01 NASF achieved incipient degree of results. The results of the technical-pedagogical actions of the matrix support on the increase of the clinical and sanitary capacity of the supported teams were incipient and, in some situations, they were confused with the NASF care practice. The results obtained from the assistance dimension are more consolidated, being observed on three aspects: Health Care Networks, supported teams and users. The influence of the NASF for greater sharing and case management in AB was variable. The imbricated analysis showed results with degree of robustness and change. The NASF I obtained better results on the clinical performance of the supported teams in comparison to the health work, with an inverse situation observed in the NASF III. Different factors were highlighted as facilitators to achieve the expected results. **Final considerations:** The EA revealed that there is coherence between the objectives of the NASF and its structuring, although there are difficulties to operationalize them. The degree of results achieved in most of the cases studied was considered intermediate, possibly due to difficulties inherent in the implementation of NASF and the Family Health Strategy itself. The absence of clearly identifiable NASF objectives and expected outcomes from the work of the NASF and the different understandings and interests about its implementation determine how care is operated and may impose barriers to achieving more robust outcomes. Although advances can be made, defining strategies that promote structural and process changes in the NASF implementation, including adjustments in the work of both teams and institutional direction and support, is necessary so that the integration and the expected results can be consolidated.

Keywords: Primary Health Care. Public Health Policies. Health Assessment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação esquemática da interface entre integralidade e interdisciplinaridade e as dimensões do apoio matricial.	45
Figura 2: Representação esquemática das etapas de delineamento do estudo de avaliabilidade dos NASF.....	66
Figura 3: Representação esquemática das etapas da seleção de casos.	72

ARTIGO 1

Figura 1: Fluxograma de seleção de artigos e documentos do Ministério da Saúde.....	82
--	----

ARTIGO 3

Figura 1: Etapas de delineamento do estudo de avaliabilidade dos NASF.....	126
Figura 2: Representação esquemática do modelo teórico dos NASF.....	127
Figura 3: Representação esquemática do modelo lógico dos resultados alcançados pelo NASF com foco na ampliação do acesso e da resolubilidade na AB.....	129
Figura 4: Matriz avaliativa dos resultados produzidos pelo NASF com base no trabalho integrado às equipes apoiadas.....	131

ARTIGO 4

Figura 1: Resultados verificados com grau de robustez.....	158
Figura 2: Resultados verificados com grau de mudança.....	159

ARTIGO 5

Figura 1: Representação esquemática de resultados sobre a atuação clínica das equipes apoiadas.....	173
Figura 2: Representação esquemática de resultados sobre a atuação sanitária das equipes apoiadas.....	174
Figura 3: Representação esquemática de resultados das ações assistenciais do NASF.....	177
Figura 4: Representação esquemática de resultados sobre compartilhamento e gestão de casos na Atenção Básica.....	181

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resultados esperados do NASF sobre as equipes apoiadas.	49
Quadro 2: Resultados esperados do NASF sobre os usuários da AB.	51
Quadro 3: Resultados esperados do NASF sobre a Atenção Básica.	53
Quadro 4: Resultados esperados do NASF sobre as Redes de Atenção à Saúde.	55
Quadro 5: Resultados esperados do NASF sobre os Modelos de Atenção à Saúde.	57

ARTIGO 1

Quadro 1: Informações dos artigos selecionados para análise.	83
Quadro 2: Resultados esperados do NASF sobre as equipes apoiadas.	86
Quadro 3: Resultados esperados do NASF sobre os usuários da AB.	88
Quadro 4: Resultados esperados do NASF sobre a articulação intra e intersetorial na Atenção Básica.	90
Quadro 5: Resultados esperados do NASF sobre os Modelos de Atenção à Saúde.	91

ARTIGO 2

Quadro 1: Apresentação da soma dos valores de escores por dimensão e da pontuação total atingida por NASF da Região de Saúde da Grande Florianópolis.	114
--	-----

ARTIGO 4

Quadro 1: Matriz de avaliação e julgamento dos resultados dos NASF.	147
Quadro 2: Caracterização dos casos estudados.	150

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de equipes NASF federais implantadas em Santa Catarina em maio de 2015, segundo modalidade.....	59
Tabela 2: Frequência absoluta e relativa de inserção das categorias profissionais nos NASF implantados em Santa Catarina em maio de 2015.....	61
Tabela 3: Número total de profissionais e número de profissionais integrantes de equipe mínima de NASF implantados em SC em maio de 2015, por categoria profissional.....	62

ARTIGO 2

Tabela 1: Número e percentual de NASF e de profissionais segundo questões que caracterizam a Dimensão 1: Perfil dos NASF da Região de Saúde da Grande Florianópolis.....	102
Tabela 2: Número e percentual de NASF segundo questões que caracterizam a Dimensão 2: Contexto de atuação das equipes NASF da Região de Saúde da Grande Florianópolis.....	105
Tabela 3: Número e percentual de NASF segundo questões que caracterizam a Dimensão 3: Integração organizacional entre NASF e equipes apoiadas na Região de Saúde da Grande Florianópolis.....	108
Tabela 4: Número e percentual de equipes NASF segundo a Dimensão 4: Integração entre NASF e equipes apoiadas para ações de planejamento e assistência na Região de Saúde da Grande Florianópolis.....	110
Tabela 5: Percentual de equipes segundo ações desenvolvidas por 50% ou mais dos profissionais dos NASF da Região de Saúde.....	113
Tabela 6: Número e percentual de equipes NASF segundo tipo de NASF e grau de integração com equipes apoiadas na Região de Saúde da Grande Florianópolis.....	116

ARTIGO 4

Tabela 1: Resultados alcançados por NASF a partir do trabalho integrado às equipes apoiadas.....	152
---	-----

ARTIGO 5

Tabela 1: Estratégias para integração entre NASF e equipes apoiadas.....	178
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária em Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Equipes de AB – Equipes de Atenção Básica
Equipes de SB – Equipes de Saúde Bucal
Equipes de SF – Equipes de Saúde da Família
EA – Estudo de avaliabilidade
eAB – equipe(s) de Atenção Básica
eSF – equipe(s) de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
GEABS – Gerência de Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
MAJ – Matriz de avaliação e julgamento
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SC – Santa Catarina
SISAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade(s) Básica(s) de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	33
3.1 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	33
3.1.1 Integralidade e interdisciplinaridade: decifrando os aspectos operacionais do apoio matricial	38
3.1.1.1 Integralidade.....	38
3.1.1.2 Interdisciplinaridade.....	40
3.1.1.3 Apoio matricial: dimensões técnico-pedagógica e assistencial .	42
3.1.1.4 Interface entre os conceitos apresentados.....	44
3.1.2 Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família	46
3.1.2.1 Resultados sobre as equipes apoiadas	46
3.1.2.2 Resultados sobre os usuários da Atenção Básica	50
3.1.2.3 Resultados sobre a Atenção Básica	51
3.1.2.4 Resultados sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	54
3.1.2.5 Resultados sobre os Modelos de Atenção à Saúde.....	56
3.1.3 Panorama dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Santa Catarina.....	57
4 MÉTODOS	65
4.1 ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....	65
4.1.1 Elaboração e validação dos modelos teórico e lógico	66
4.1.2 Elaboração e validação da matriz de avaliação e julgamento	67
4.2 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS.....	68
4.2.1 Seleção dos casos.....	69

4.2.2 Fontes de evidências e coleta de dados	73
4.2.3 Análise dos dados	74
4.2.4 Divulgação dos resultados e retorno aos municípios.....	76
4.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	76
5 RESULTADOS	77
5.1 ARTIGO 1 – RESULTADOS ESPERADOS DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO DE LITERATURA	78
5.2 ARTIGO 2 – CARACTERIZAÇÃO DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E INTEGRAÇÃO ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA VINCULADAS	97
5.3 ARTIGO 3 – AVALIABILIDADE DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	122
5.4 ARTIGO 4 – AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO EM SANTA CATARINA, BRASIL	141
5.5 ARTIGO 5 – POTENCIALIDADES, CONTEXTO E REALIDADE: ESTRATÉGIAS PARA O ALCANCE DE RESULTADOS POR NASF.....	167
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	185
REFERÊNCIAS.....	191
APÊNDICE A – Matriz Avaliativa.....	201
APÊNDICE B – Matriz de julgamento	235
APÊNDICE C – Instrumento de caracterização dos NASF.....	242
APÊNDICE D – Roteiro de entrevistas e análise documental	251
APÊNDICE E – Declaração de anuência do estado e de municípios participantes do estudo.....	257
APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ...	258
ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	260

1 INTRODUÇÃO

Desde meados do século XX, a Atenção Primária em Saúde (APS) vem exercendo papel fundamental na organização dos sistemas de saúde em diversos países. A APS surge, principalmente, como resposta às dificuldades enfrentadas pela crescente elevação de gastos frente ao modelo médico hegemônico, que também se mostrou insuficiente quanto ao impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e na otimização dos serviços (GIL, 2006).

Análises comparativas demonstram que a APS tem sido implantada com variações importantes nos diversos países do mundo, a depender do modelo de proteção social e das políticas de saúde relacionadas (HEIMANN *et. al.*, 2011). No Brasil, a reorganização do Sistema de Saúde, determinada através dos princípios e das diretrizes dispostos na Constituição Federal de 1988, culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultando, a partir da década de 1990, em uma importante mudança na organização dos serviços. Após décadas de priorização à atenção especializada ancorada no poder biomédico e desenvolvida essencialmente no nível hospitalar – herança, ainda, da medicina previdenciária –, os investimentos públicos passaram a ser direcionados para a Atenção Básica (AB)¹ através da implantação e da consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país (ESCOREL *et.al.*, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde brasileiro, a Atenção Básica

“caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2012a, p.19).

Entendida como o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada, a coordenadora do cuidado e o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a APS brasileira orienta-se pelos

¹Como disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nesse estudo considera-se Atenção Básica e Atenção Primária em Saúde como termos equivalentes (BRASIL, 2012a).

princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção em seus vários aspectos, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012a).

Com base nesses princípios e como estratégia do SUS para reorientação do modelo assistencial a partir da AB, a ESF (ou programa/estratégia similar) deve cobrir toda a população brasileira, atendendo às suas necessidades de saúde e cumprindo com as seguintes funções nas RAS (BRASIL, 2012a):

I) Ser base: a AB é considerada o serviço de maior grau de capilaridade e descentralização no cuidado em saúde;

II) Ser resolutiva: deve ser capaz de identificar riscos, necessidades e demandas de saúde e realizar intervenções clínico-sanitárias efetivas;

III) Ser coordenadora do cuidado: deve elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Segundo Merhy & Cecílio (2003), o aperfeiçoamento da coordenação do cuidado na AB passa necessariamente pelo incremento da integralidade da atenção;

IV) Ser ordenadora das RAS: deve identificar as principais necessidades de saúde da população, organizando-as em relação aos demais pontos das RAS e promovendo a estruturação do SUS segundo essas necessidades.

Para realizar tais funções, a AB operacionaliza-se por meio de equipes multidisciplinares denominadas equipes de Atenção Básica (equipes de AB)², principalmente por meio das equipes de Saúde da Família, compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares em saúde bucal ou técnicos em saúde bucal, auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentre outras profissões necessárias segundo a realidade epidemiológica e institucional e conforme as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012a).

A atuação das equipes deve se dar com base em tecnologias de cuidado diversificadas e complexas, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência a fim de identificar e resolver demandas e

²Diante da ampliação dos tipos de equipes vinculáveis ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir da publicação da PNAB em 2012, o termo equipes de AB será utilizado para designar, simultaneamente, equipes de Saúde da Família, equipes de AB para populações específicas e Academia da Saúde (BRASIL, 2012a).

necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2012a). Nessa ótica, assume-se o compromisso de construir e qualificar uma Atenção Básica ampliada, desenvolvida por meio de práticas sanitárias e gerenciais democráticas e participativas direcionadas para um território definido, o que deve possibilitar o alcance da resolubilidade e do impacto almejados na situação de saúde das pessoas e das coletividades (OGATA, MACHADO & CATOIA, 2009).

Alguns limites, entretanto, têm sido colocados para a efetivação da atenção em saúde na Atenção Básica conforme o esperado. Segundo Heimann *et. al.* (2011, p. 2878), estudos realizados desde a década de 1990 têm apontado importantes desafios para a consolidação de um modelo assistencial com base na APS, tais como a “capacidade gestora dos municípios, o vínculo dos profissionais e, ante a incipiente implantação de redes regionalizadas de atenção à saúde, o desafio de ofertar cuidados contínuos e coordenados”. A pouca efetivação da integralidade da atenção também tem limitado essa consolidação, com necessidade de mudanças nas práticas de saúde em nível institucional – ou seja, no que se refere à organização e à articulação entre os serviços de saúde – e no campo das práticas dos profissionais, avançando para um trabalho interdisciplinar e em equipe (CAMPOS, 2003).

Em consequência, apesar dos avanços alcançados no contexto da AB, tem-se identificado que apenas os saberes e as práticas profissionais inseridos em equipes como a equipe mínima de Saúde da Família/AB em muitas situações se demonstram limitados para o incremento da integralidade e a resolubilidade que se espera neste âmbito de atenção. Além disso, o tradicional sistema de referência e contrarreferência, historicamente instituído no SUS e fortemente caracterizado por uma relação verticalizada entre os profissionais e os diferentes serviços envolvidos na produção do cuidado, pouco tem contribuído para o alcance dos resultados esperados.

Diferentes estratégias têm sido experimentadas no intuito de incrementar a capacidade da APS em prover serviços, coordenar o cuidado e favorecer a integração entre pontos de atenção. A integração de sistemas de saúde, o estímulo à territorialização dos serviços e à adscrição de clientela, a informatização de histórias clínicas, a implantação de centrais de marcação de consultas, a criação de redes com gestão regional e/ou municipal e a implantação de equipes como apoio para e na APS são algumas das propostas existentes nesse sentido (ALMEIDA *et. al.*, 2010).

No Brasil, uma dessas estratégias foi institucionalizada enquanto política pública no SUS através da implantação, em 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são equipes de apoio conformadas segundo as necessidades locais dentro de um rol de profissionais indicados e não inseridos nas equipes mínimas de AB que buscam integrar diferentes saberes e desenvolver práticas de saúde interdisciplinares na perspectiva de uma atenção integral e resolutiva (BRASIL, 2008).

A presença de diferentes formações profissionais na AB e um alto grau de articulação entre elas são, com efeito, consideradas essenciais e devem permitir o compartilhamento de ações e responsabilidades e, progressivamente, a ampliação dos campos de competências a partir dos diferentes núcleos de saber envolvidos. Dessa forma, espera-se aumentar a capacidade de cuidado de toda a equipe, a partir de uma organização que pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, que define e organiza as intervenções na Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

Essa mudança, entretanto, não deve ocorrer naturalmente. O trabalho nos estabelecimentos de saúde, incluindo as Unidades Básicas de Saúde (UBS), tradicionalmente ocorre de maneira parcelada, fixando os profissionais em uma determinada etapa do cuidado com pouca ou nenhuma integração entre os trabalhadores (FRANCO *et. al.*, 1997 *apud* CAMPOS, 2003). Historicamente, são insuficientes os arranjos organizacionais, de relações e práticas profissionais e de gestão no que se refere ao trabalho interdisciplinar, insuficiência considerada obstáculo para a consolidação do modelo de atenção proposto (GIL, 2006).

Além disso, para alcançar a integração e o compartilhamento esperados como resultado do trabalho integrado entre NASF e equipes de AB e, conseqüentemente o maior grau de qualidade e resolubilidade possível, outros desafios são encontrados, como: baixa compreensão sobre o apoio matricial – lógica preconizada pelo Ministério da Saúde para a organização do trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas – e sua pouca consolidação prática; dificuldade de definição e compreensão do objeto de trabalho do NASF; entendimento do NASF como um serviço ambulatorial de especialidades; deficiente formação dos trabalhadores para atuar na lógica preconizada; insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado; existência de demanda reprimida para algumas categorias profissionais; e, insuficiência de mecanismos para monitoramento e avaliação dos resultados alcançados (CAMPOS & DOMITTI, 2007; NASCIMENTO

& OLIVEIRA, 2010; PEREIRA, 2011; MENEZES, 2011; MATUDA, 2012; COSTA, 2013).

Os critérios estabelecidos para a definição das categorias que conformam o NASF, a seleção dos profissionais que dele fazem parte e o número de equipes e de UBS vinculadas a cada NASF foram também identificados como lacunas no processo de implantação dessa equipe (PEREIRA, 2011). Outra limitação em potencial é o pouco direcionamento organizativo e político local para a implantação do NASF, resultando na reprodução do modelo assistencialista focado na atuação individual (MAGALHÃES, 2011).

Em decorrência, ainda são escassas as discussões sobre os resultados relacionados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família nas bibliografias existentes sobre o tema. Poucos estudos relatam os resultados de suas ações sobre as equipes vinculadas e a população assistida, estando, em geral, relacionados à sua implantação ou ao papel e às ações que podem ser desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais na APS, considerando-as promissoras propostas de ampliação do acesso da população aos cuidados em saúde, de interdisciplinaridade e, por fim, de integralidade da atenção (BARBOSA, FERREIRA & FURBINO, 2010; BARROS & JÚNIOR, 2012; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SANTOS & BENEDETTI, 2012; SCABAR, PELICIONI & PELICIONI, 2012; SOUZA, AYRES & MARCONDES, 2012).

A possibilidade de estabelecer prioridades e maior grau de planejamento dos serviços oferecidos à população, o trabalho em equipe e a abertura do diálogo com a gestão municipal foram também identificados como potencialidades do processo de implantação de NASF no interior de Santa Catarina (ANDRADE *et. al.*, 2012). Como fragilidades, foram apontadas a carência de educação permanente – por provável inadequação da formação dos próprios profissionais de saúde para trabalhar na lógica do apoio matricial –, a necessidade de melhor entendimento sobre o processo de trabalho e o funcionamento do NASF e, possivelmente resultante das fragilidades anteriores, a manutenção de um trabalho em saúde disciplinar, sem articulação entre os diferentes sujeitos envolvidos (ANDRADE *et. al.*, 2012).

Apointa-se, portanto, para a necessidade de ampliar as investigações sobre as formas de implantação do NASF, buscando identificar em que medida os diferentes modelos de atenção interferem nos modos como são operados ao longo do território nacional (SAMPAIO *et. al.*, 2012). Entretanto, por ser uma proposta recente, estudos nesse sentido são escassos, assim como são pouco

desenvolvidos os mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados (MAGALHÃES, 2011).

Até 2013, não havia um sistema oficial de registro das ações realizadas pelo NASF instituído no país, contando-se com iniciativas locais para sua configuração, como identificado nas experiências de Olinda/PE, São Paulo/SP e Sobral/CE (MENEZES, 2011; PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2009; FROTA, LINHARES & MELO, s/d). Foi apenas nesse ano que o Departamento de Atenção Básica definiu essa questão nacionalmente ao reestruturar os sistemas de informação da AB criando o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e o e-SUS Atenção Básica (BRASIL, 2013a).

Caracterizado como um sistema utilizado pelos profissionais de saúde para inserção e consulta de dados sobre os usuários e seus trabalhos, o e-SUS tem incluídas questões que devem ser registradas pelos profissionais do NASF, abrindo-se a possibilidade de acompanhamento em todo o território nacional das seguintes ações realizadas: atividades coletivas, reuniões – incluindo reuniões de equipe (contendo como temas: questões administrativas/ funcionamento, processos de trabalho, diagnóstico do território/monitoramento do território, discussão de caso/projeto terapêutico singular, educação permanente e outros) – e atendimento individual com campo específico para registro do NASF (BRASIL, 2013a).

Outra iniciativa federal foi a inclusão dos NASF modalidades 1 e 2 no segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) através da Portaria nº 535, de 03 de abril de 2013 (BRASIL, 2013b). A inclusão demonstrou a intenção federal de induzir processos de melhoria nas referidas equipes, buscando garantir um padrão de qualidade e permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais (BRASIL, 2012b).

No PMAQ, os NASF que realizaram sua adesão passaram pelo mesmo ciclo avaliativo ao qual foram sujeitas as demais equipes inseridas na Atenção Básica, resguardando-se as peculiaridades referentes ao seu processo de trabalho. Além disso, foram incluídas questões referentes ao apoio oferecido pelo NASF nos questionamentos feitos às equipes apoiadas. Na primeira lista de certificação do PMAQ deste ciclo (disponibilizada em novembro de 2014), 1436 NASF dos 1813 inscritos no Brasil haviam sido avaliados, com 228 equipes (15,9%) classificadas com desempenho muito acima da média, 493 (34,3%) NASF com desempenho acima da média e 715 equipes (49,8%) com desempenho mediano ou abaixo da média (BRASIL, 2014a). Em Santa Catarina, foram 84 NASF avaliados, com 18 equipes (21,4%)

muito acima da média, 31 NASF (36,9%) com desempenho acima da média, 33 Núcleos (39,3%) com desempenho mediano ou abaixo da média e 2 NASF desclassificados (2,4%) (SES SC, 2016).

Apesar do resultado preliminar do PMAQ, instituídos há cerca de 10 anos, ainda não são visíveis os resultados alcançados pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Básica, bem como a influência que os modelos de atenção exercem sobre esses resultados, tornando-se imperativa a realização de estudos nesse sentido (ANDRADE *et. al.*, 2012; COSTA, 2013). Questiona-se de que forma o NASF tem contribuído para ampliar o escopo de ações, a integralidade da atenção e a resolubilidade do cuidado, constatando-se que as pesquisas que abordam a temática ainda são tímidas (PEREIRA, 2011).

É necessário refletir sobre como estruturar o NASF de modo a garantir condições para trocas de saberes e experiências com vistas à integralidade, como articular diferentes processos de trabalho tendo o usuário como centro e como os trabalhadores contribuirão para a construção da autonomia daqueles que apoiam e assistem (PEREIRA, 2011). A constituição de um modelo de atenção que promova tais condições é permeada por dificuldades impostas à consolidação do apoio matricial na medida em que as relações de trabalho na Atenção Básica ainda se configuram em uma lógica biomédica, pautada em procedimentos técnicos padronizados e não no usuário como foco para o alcance da integralidade do cuidado (PEREIRA, 2011).

Nesse contexto, tornou-se evidente a necessidade de desenvolver mecanismos de avaliação e monitoramento do trabalho dessa equipe e dos resultados produzidos, considerando os diferentes modelos de conformação e atuação em que estão estruturados. Portanto, buscou-se responder aos questionamentos **“quais os resultados produzidos por NASF de Santa Catarina a partir do trabalho integrado junto às equipes apoiadas?”** e **“há diferenças entre os resultados alcançados segundo modalidade de NASF implantada?”**. Diante do exposto, nesse estudo foi construído um modelo de avaliação com foco nos resultados dos NASF esperando-se contribuir para colocar seu processo de trabalho em análise, assim como evidenciar os resultados obtidos a partir do trabalho integrado às equipes apoiadas.

Como pressuposto de pesquisa, ou seja, uma verdade a priori que não está sujeita a testes, considerou-se que, independentemente das características de implantação, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família devem trabalhar de maneira integrada e colaborativa com as equipes apoiadas, tendo como foco de atuação a integralidade da atenção e o

trabalho interdisciplinar, a partir do referencial teórico-metodológico do apoio matricial.

Por outro lado, considerando-se as perguntas de pesquisa, a tese defendida é de que os resultados alcançados pelo NASF não são homogêneos, pois podem sofrer interferência de diferentes fatores técnicos, políticos, econômicos e culturais existentes nas diversidades de contextos em que estão implantados. Dessa forma, os resultados alcançados dependerão de sua capacidade em trabalhar de maneira integrada e colaborativa com as equipes apoiadas, considerando as duas dimensões do apoio (assistencial e técnico-pedagógica) na organização de seu processo de trabalho. Além disso, para além da agregação de mais ações ou da oferta pontual ou isolada de ações específicas do NASF, espera-se maior capacidade de trabalho interdisciplinar e de efetivação da integralidade quanto menor o número de equipes apoiadas (BRASIL, 2014b).

A estrutura deste trabalho atende às recomendações do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. São apresentados inicialmente os objetivos e a revisão de literatura. Em seguida, são descritos os métodos utilizados e os resultados obtidos, apresentados através de cinco artigos científicos. As considerações finais explicitam os principais resultados encontrados, contribuições e limitações do estudo. Por fim, na seqüência encontram-se apresentadas referências, apêndices e anexo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar resultados alcançados por Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver os modelos teórico e lógico e a matriz de avaliação e julgamento para avaliação dos resultados alcançados pelo NASF;
- Caracterizar os NASF implantados na Região de Saúde da Grande Florianópolis, Santa Catarina, quanto ao grau de integração às equipes vinculadas;
- Identificar resultados alcançados por Núcleos de Apoio à Saúde da Família da Região de Saúde da Grande Florianópolis, Santa Catarina, abrangendo diferentes modalidades existentes;
- Identificar características favoráveis para a produção dos resultados esperados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A complexidade que envolve os processos de adoecimento e a produção do cuidado, compreendido como uma ação integral que entende a saúde como o direito de ser diferente e de ter essas diferenças respeitadas, implica na necessidade de que sua abordagem seja, também, complexa e multifacetada (PINHEIRO, 2007). Historicamente, entretanto, o Sistema Único de Saúde tem apresentado como desafio a construção de modelos de atenção que considerem essa realidade e se desenvolvam de maneira coerente com as necessidades da população e com os princípios e as diretrizes do SUS. Considerados racionalidades que orientam as práticas e os processos de trabalho em saúde, os modelos de atenção têm se desenvolvido predominantemente em uma lógica biomédica, respondendo de maneira incipiente à complexidade do cuidado (PAIM 2003; GIL, 2006; SILVA JR., MERHY & CARVALHO, 2007; MENDES, 2010).

Em consequência, o modelo médico-assistencial privatista (ou modelo médico hegemônico) é, ainda, predominante no Brasil (SILVA JR., MERHY & CARVALHO, 2007; MENDES, 2010). Caracterizado por ser organizado com base na demanda espontânea e no curativismo, voltado especialmente às condições biológicas e agudas, pela atenção centrada no cuidado profissional (especialmente no médico), pela passividade da pessoa usuária e pelo descompromisso com o impacto obtido sobre a saúde da população, esse modelo tem gerado fragmentação do cuidado e prejuízos econômicos e sanitários ao SUS (PAIM, 2003; MENDES, 2010).

A visão reduzida dos usuários e das possibilidades de intervenções resulta, frequentemente, em menor capacidade para lidar com a complexidade relacionada à abordagem integral da atenção. É preciso, portanto, considerar a saúde a partir de seu conceito ampliado e a produção do cuidado em uma perspectiva interdisciplinar, de maneira a buscar a resolubilidade esperada, entendida como a

“resposta satisfatória que o serviço de saúde fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Essa resposta não compreende exclusivamente a cura de doenças, mas também alívio e minimização do sofrimento e proteção e manutenção da saúde” (ROSA, PELEGRINI & LIMA, 2011, p. 350).

Para seu alcance, é imperativo avançar do biologicismo para o modelo de atenção integral, o que implica na ampliação da clínica dos profissionais de saúde. Como um compromisso ético-político, a clínica ampliada significa a valorização de todas as abordagens disciplinares e sua integração para o manejo da complexidade que engloba o cuidado, considerando os usuários e as diferentes dimensões e contextos envolvidos no processo saúde-doença e buscando evitar a fragmentação da atenção (BRASIL, 2009a). Isso significa romper com as relações de poder existentes dentro da própria ESF, assim como com o padrão de relação tipo “professor-aluno” entre profissionais especialistas e generalistas e com a baixa permeabilidade dos serviços especializados ao contato direto da AB, comumente perpetuados pelo modelo biomédico (CUNHA & CAMPOS, 2011).

Alternativas conceituais e práticas têm sido propostas para superar o modelo de atenção hegemônico e alcançar melhores resultados sanitários. Baseadas nos princípios da universalidade, da equidade e, principalmente, da integralidade em saúde, têm-se transformado em possibilidades de transição que buscam orientar a reorganização dos processos de trabalho e dos modos tecnológicos de intervenção (PAIM, 2006). Nesse contexto, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, definidos segundo a Política Nacional de Atenção Básica como “equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) Unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes” (BRASIL, 2012a, p. 69).

Considerados, dentre outros aspectos, um arranjo de integração assistencial que busca reduzir a fragmentação, contribuir para a regulação em saúde e ser um instrumento de integração clínica entre profissionais, os NASF devem fortalecer a singularização na análise e na execução de intervenções clínicas e sanitárias (CUNHA & CAMPOS, 2011; ZEPEDA, 2013). Sua implantação em 2008 é resultado de um debate anterior realizado no âmbito do Ministério da Saúde, em 2005, onde se propunha a implantação de Núcleos de Atenção Integral de

Saúde da Família – NAISF (GUTIÉRREZ, 2013). À época, eram definidas cinco áreas estratégicas de atuação (alimentação e nutrição, atividade física e práticas corporais, saúde mental, serviço social e reabilitação), privilegiando-se o conceito da integralidade em detrimento ao de apoio, ainda que sem definição clara dos mecanismos organizativos da proposta (GUTIÉRREZ, 2013).

Em consequência, o NAISF previa a inclusão de outras categorias profissionais à Estratégia Saúde da Família, onde poderiam ser incorporados, em diferentes modalidades de configuração, os seguintes profissionais: nutricionista, profissional de educação física, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, farmacêutico e fonoaudiólogo (JAIME, 2006). Segundo o autor, o acesso de usuários ao NAISF deveria ocorrer através das equipes de Saúde da Família ou de outros serviços de saúde dos municípios, uma vez que estava inserido na ESF, compartilhando o mesmo território de atuação.

Em uma lógica diferenciada, a proposta atual define o NASF como uma equipe de apoio às equipes de AB, consideradas referência para o cuidado de certa população em um território definido. Dentre as dezenove diferentes categorias profissionais possíveis, sua conformação deve ser definida a partir das necessidades de saúde do território e das principais dificuldades das equipes apoiadas para a produção do cuidado (BRASIL, 2014b). Seu processo de trabalho deve ser organizado com base no referencial teórico-metodológico do apoio matricial, considerado uma “metodologia de trabalho, um conjunto de conceitos sobre o “como fazer” o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde (exercício da função apoio), em cogestão, de maneira compartilhada” (OLIVEIRA & CAMPOS, 2015, p. 31).

Apesar do avanço em integrar outros profissionais além daqueles inseridos na equipe mínima de Atenção Básica, a deficiente formação em saúde para o trabalho neste âmbito e, especialmente, em relação ao apoio matricial, a imaturidade em relação ao trabalho pautado nessa lógica, a inexistência de parâmetros claros para a inserção dessas categorias na AB, validados nacional ou internacionalmente, e as tensões econômicas em relação ao financiamento da saúde no país interferiram diretamente na proposição técnica relacionada à configuração e atuação do NASF (PEREIRA, 2011). Essa conjuntura resultou, inclusive, na (in)definição em relação ao número de equipes apoiadas pelo NASF e de pessoas sob sua responsabilidade sanitária.

Inicialmente, apenas municípios que contavam com no mínimo 3 equipes de AB implantadas e densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado ou municípios com no mínimo 8 equipes de AB puderam implantar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008). Foi apenas com a publicação da Portaria GM nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, criando-se o NASF modalidade 3, que a implantação dessas equipes pôde ser universalizada. Atualmente, portanto, todos os municípios brasileiros podem implantar pelo menos um NASF e, para isso, deverão atender a critérios definidos pelo Ministério da Saúde, dentre as seguintes modalidades (BRASIL, 2012b):

- NASF Modalidade I: 5 a 9 equipes de AB vinculadas; equipe com carga horária semanal de, no mínimo, 200 horas; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor do que 20 horas e cada ocupação considerada isoladamente deverá ter de 20 a 80 horas semanais;

- NASF Modalidade II: 3 a 4 equipes de AB vinculadas; equipe com carga horária semanal de, no mínimo, 120 horas; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor do que 20 horas e cada ocupação considerada isoladamente deverá ter de 20 a 40 horas semanais;

- NASF Modalidade III: 1 a 2 equipes de AB vinculadas; equipe com carga horária semanal de, no mínimo, 80 horas; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor do que 20 horas e cada ocupação considerada isoladamente deverá ter de 20 a 40 horas semanais.

No tocante às premissas definidas para o processo de trabalho do NASF, mantêm-se aquelas estabelecidas desde sua criação pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, sua prática deve estar pautada no apoio matricial às equipes vinculadas, sendo norteada pelas diretrizes relativas à APS, tais como o desenvolvimento de ações interdisciplinares e intersetoriais, o trabalho em equipe, a responsabilidade por determinado território e população, a Educação Popular e Saúde, o controle e a participação social e a integralidade da atenção – considerada a principal premissa de atuação do NASF (BRASIL, 2009b).

A clínica ampliada e a corresponsabilização devem nortear as ações desenvolvidas em contraste aos modelos convencionais de prestação de cuidados baseados na assistência curativa, especializada, fragmentada e individualizada (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010). A proposta é que seu modelo de atuação seja divergente, portanto, do

modelo ambulatorial e da lógica de encaminhamentos indiscriminados, não se constituindo como um serviço de especialistas na AB, assim como não se constitui porta de entrada do SUS (BRASIL, 2012a).

Realizando o apoio matricial e tendo como foco de responsabilidade as equipes de AB e a população a elas adscrita, o NASF organiza suas ações utilizando os artifícios técnico-pedagógicos ou assistenciais que melhor respondam às necessidades dos usuários ou do território em questão, a partir de pactuações realizadas conjuntamente com as equipes vinculadas. As duas dimensões que conformam o apoio matricial são consideradas, portanto, complementares na atuação do NASF (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Dessa forma, ressalta-se que a educação permanente é considerada parte do processo de apoio ofertado, assim como os atendimentos específicos dos profissionais do NASF, reconhecendo-os como um recurso que pode ser indispensável para aumentar a compreensão e a resolubilidade de casos existentes na AB (SILVA *et. al.*, 2012). É preciso atentar, entretanto, para que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família não assuma o papel de atenção secundária.

Também nessa direção, o Ministério da Saúde aponta o risco da fragmentação da atenção na implantação da proposta do NASF. A incorporação de outras categorias profissionais na Atenção Básica pode, ao contrário de gerar maior resolubilidade e qualidade da atenção, incrementar a desresponsabilização frente à ênfase em aspectos parciais dos usuários (BRASIL, 2009b). Para Cunha e Campos (2011), isso pode ocorrer, em algumas situações, em decorrência do próprio modelo de atenção à saúde biologicista predominante no setor ou pela falta de serviços de saúde especializados nas Redes de Atenção, cuja insuficiência pode conduzir o NASF a uma forma de funcionamento inadequado, buscando dar conta dos serviços para responder às necessidades e demandas da população.

Outro desafio discutido para a consolidação do apoio matricial conforme recomendado é a existência de diferentes lógicas de organização de trabalho entre NASF e equipes apoiadas: enquanto existe uma grande demanda por atendimentos direcionada às equipes de referência, o trabalho do NASF recomenda discussão, pactuação e o fazer em conjunto, demandando disponibilidade e tempo dos envolvidos (LANCMAN *et. al.*, 2013). Esse descompasso pode gerar resistências e conflitos relacionados ao trabalho colaborativo entre as equipes e à mudança de modelo de atenção proposta.

Em consequência, para que as ações de apoio promovam a articulação esperada, são necessários ajustes nas ações e processos de

trabalhos de ambas as equipes, uma vez que são indissociáveis e interdependentes. É preciso romper com a ambiguidade prática do NASF, onde, ao mesmo tempo em que se apresenta como uma potência para a qualificação da AB por meio da atuação integral e interdisciplinar, tem se revelado agente de conservação da fragmentação do trabalho, por operar, em geral, com baixo grau de comunicação e integração entre as profissões envolvidas (PEREIRA, 2011).

Com todas essas ressalvas, é imperativo que na produção do cuidado as dimensões do apoio matricial sejam acessadas de maneira coerente com a resposta mais adequada às situações ou problemas identificados, bem como às necessidades apresentadas por cada equipe apoiada. Para isso, pactuações flexíveis entre NASF e equipes de referência devem objetivar a ampliação do repertório de ações nesse âmbito de atenção, com maior capacidade e qualidade do cuidado e acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas às suas necessidades (SILVA *et. al.*, 2012; BRASIL, 2014b).

A transformação da organização dos serviços e das práticas em saúde é um desafio, portanto, a ser superado em várias instâncias para que NASF e equipes apoiadas desenvolvam o trabalho colaborativo e integrado esperado, interdisciplinar por natureza (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010). A ampliação exigida do objeto de trabalho enfatiza a necessidade de desenvolver o compartilhamento de diagnósticos, terapêuticas e propostas de ações. Em consequência, instrumentos que suscitem comunicação transversal na equipe e entre equipes e técnicas relacionais que promovam essa ampliação se fazem necessários (BRASIL, 2009b).

Toda essa conjuntura implica em mudanças de questões profundamente já estruturadas nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais e sociais como um todo. “Flexibilidade, proatividade, resiliência, respeito, vínculo e comprometimento são atitudes fundamentais aos profissionais do NASF, face às dificuldades vivenciadas na implantação de um novo modelo de cuidado em saúde” (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010, p.95).

3.1.1 Integralidade e interdisciplinaridade: decifrando os aspectos operacionais do apoio matricial

3.1.1.1 Integralidade

Entendida como o princípio do SUS que “mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à

saúde”, a integralidade induz à reflexão do que e como deve ser feito para a garantia da universalidade da atenção e de sua resolubilidade (AYRES, 2009, p. 13-4). Considerando seu caráter polissêmico no âmbito das políticas de saúde, a integralidade é compreendida como

Uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2001, p.65).

Para Mattos (2006), uma concepção única de integralidade parece ser dificilmente alcançada, o que pode ser considerado, simultaneamente, uma fragilidade e uma potencialidade para a Saúde Coletiva, uma vez que permite constante reflexão e crítica sobre seus diferentes significados e sua aplicabilidade para a construção de um sistema de saúde justo. O autor discute seus diferentes sentidos em três grandes conjuntos (sobre as práticas dos profissionais de saúde, sobre a organização dos serviços e sobre as respostas governamentais aos problemas de saúde), apresentando-os como (MATTOS, 2006):

- Ampliação da visão das necessidades dos usuários para além daquela fragmentária e reduzida exclusivamente aos fatores biológicos, em detrimento de aspectos psicológicos e sociais;

- Busca pela compreensão ampliada do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde apresentadas pelos usuários;

- Integração das ações preventivas, curativas e reabilitadoras e de promoção da saúde (com prudência para que seja evitada a medicalização a partir da aplicação de medidas preventivas, consequentemente promovendo a regulação da vida social dos sujeitos);

- Indissociação entre as práticas de saúde pública e assistenciais, entre as demandas espontânea e programada, entre a clínica e a epidemiologia e entre os diferentes pontos de atenção à saúde;

- Compreensão dos distintos modos de perceber as necessidades por serviços de saúde pelos diferentes sujeitos envolvidos no processo de cuidado, estabelecendo-se diálogo;

- Recusa em reduzir os sujeitos das políticas de saúde a objetos descontextualizados de sua realidade biológica, cultural e social.

Os sentidos apresentados por Mattos são, ainda, complementados com a compreensão da integralidade como uma potencialidade para a

adequação da oferta a partir das necessidades identificadas e para a realização do cuidado com base na integração entre diferentes saberes e práticas, valorizando o trabalho multi e interdisciplinar e entre diferentes pontos de atenção à saúde e setores (CECÍLIO, 2006).

Com base nos sentidos expostos, apreende-se que a integralidade apresenta-se como um preceito para a organização dos serviços de saúde de maneira aberta à detecção e à consideração das necessidades dos usuários, que orienta uma busca contínua de resposta (MATTOS, 2006). Compreende-se, então que, ainda que a postura dos profissionais em sua relação direta com os usuários seja indiscutivelmente essencial para uma prática integral, em muitas situações esse princípio apenas se efetivará com mudanças radicais na organização dos serviços de saúde, inclusive sobre os processos de trabalho das equipes envolvidas (MATTOS, 2006). Tais mudanças implicam na recusa ao reducionismo e à objetivação do sujeito e na abertura ao diálogo e à possibilidade de ampliação das intervenções ofertadas e realizadas (MATTOS, 2006).

“Como podemos oferecer respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde que se apresentam?”: essa é a pergunta que deve, portanto, buscar ser respondida para a efetivação da integralidade da atenção (MATTOS, 2006, p. 65). A organização dos serviços e a postura dos profissionais envolvidos na procura por respostas satisfatórias devem se basear em relações horizontalizadas entre os sujeitos – seja entre profissional de saúde e usuário, entre profissionais de saúde ou entre as políticas públicas e o público a que se destinam (MATTOS, 2006).

A partir de uma crítica radical à organização e às práticas fragmentadas no setor saúde, promovendo reflexão e proposição de mudanças sobre o modelo biomédico de atenção vigente, os múltiplos sentidos e significados da integralidade inserem-se, portanto, na luta pela implantação de políticas e serviços que garantam a saúde como direito de todos e dever do Estado, um direito constitucional brasileiro.

3.1.1.2 Interdisciplinaridade

Em conformidade com a integralidade da atenção, a interdisciplinaridade tem suas raízes na consideração da complexidade que envolve a produção da saúde e na consequente necessidade de desenvolver diversas formas de pensar e agir sobre problemas e demandas que se apresentam ao setor.

Frente à fragmentação disciplinar que tradicionalmente caracteriza a formação e a prática em saúde, as diferentes categorias

profissionais apresentam domínios e metodologias próprias de conhecimento e atuação que marcam fronteiras entre os campos de saber e prática, ao mesmo tempo em que apresentam limitações para uma visão e capacidade integral de atuação (GALVÁN, 2007). Os resultados dessa forma de organização são mais fragmentação e desresponsabilização pela continuidade do cuidado.

Desta constatação, surgem propostas de reestruturação do trabalho em equipe no Sistema Único de Saúde, contrariando a rigidez e o isolamento disciplinar geralmente instituídos (GALVÁN, 2007). Para isso, espera-se avançar de um trabalho multidisciplinar – caracterizado por um conjunto de profissionais que empregam seus conhecimentos e práticas isoladamente, causando justaposição de ações e realizando a abordagem do sujeito sob múltiplos ângulos, sem integração entre eles – a uma atuação interdisciplinar (GALVÁN, 2007). Esta atuação caracteriza-se pela inter-relação entre várias profissões com influência mútua entre as diversas dimensões de saberes e práticas que se apresentam, resultando em “ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento” (ZANNON, 1993, p. 16).

A interdisciplinaridade, portanto, possibilita troca, divisão, compartilhamento e aprendizado de saberes, instrumentos e técnicas entre as diferentes profissões que produzem o cuidado, visando atuar na lógica da clínica ampliada e buscando melhores resultados de saúde segundo as necessidades e problemas de cada usuário, família ou comunidade e a capacidade da própria equipe em atuar nessa lógica. É, portanto, “fundamentalmente um processo e uma filosofia de trabalho que entra em ação na hora de enfrentar os problemas e questões que preocupam cada sociedade” (VILELA & MENDES, 2003, p.527).

Os campos disciplinares que resultam dessa prática, segundo Vilela & Mendes (2003), não são estruturas, mas campos instituídos por uma práxis, o que implica na compreensão de que, construídos historicamente e estreitamente ligados ao contexto sócio-político mais amplo, tornam-se mutáveis. “Desse modo, não são os campos disciplinares que interagem entre si, mas sim os sujeitos na prática científica cotidiana” (p. 528). Essa constatação, ao mesmo tempo em que se apresenta como uma potencialidade para a prática interdisciplinar em saúde pode ser considerada um entrave à sua concretização.

É debatido que um dos principais fatores que dificultam a interdisciplinaridade no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos e uma atuação individual em relação ao coletivo, constituindo-se em obstáculo

para sua aplicação prática (NECKEL *et. al.*, 2009). Além disso, os processos de competição entre as categorias profissionais, de posição defensiva e de segurança econômica assumem papel fundamental como limitantes para sua consolidação (VILELA & MENDES, 2003).

Apesar das dificuldades, no campo da Saúde Coletiva a interdisciplinaridade é compreendida como essencial, uma exigência frente à complexidade do processo saúde-doença que envolve concomitantemente diferentes e amplos aspectos relacionados ao processo de viver e morrer, dificilmente abordados por uma única profissão diante do ilimitado campo de possibilidades a ser explorado (VILELA & MENDES, 2003). Uma atuação interdisciplinar, portanto, é necessária e possível e deve romper com o modelo de atenção biologicista e fragmentador predominante.

Para isso, é preciso agir sobre os entraves pessoais, grupais e institucionais que se apresentam para a produção de uma prática de fato interdisciplinar em saúde (GALVÁN, 2007). Além de agir sobre a formação dos profissionais e em sua capacidade de trabalhar em equipe, é imperativo promover uma relação cooperativa entre eles, facilitando a comunicação e possibilitando o compartilhamento de responsabilidades (CAMPOS & DOMITTI, 2007). Além disso, é necessária uma visão ampliada do ser humano, que abarque as dimensões social, relacional, cultural, psíquica e corporal como indissolúveis, e um posicionamento ético dos profissionais para uma atuação que busque responder também de maneira ampliada aos problemas e necessidade que se apresentam (GALVÁN, 2007).

3.1.1.3 Apoio matricial: dimensões técnico-pedagógica e assistencial

Desde a implantação do NASF no país, o apoio matricial foi recomendado como arranjo teórico-metodológico para organização do processo de trabalho entre equipes de referência e de apoio na Atenção Básica, tendo como base uma relação horizontalizada que promova integração entre os envolvidos. O trabalho colaborativo esperado é desenvolvido através das duas dimensões que o conformam: técnico-pedagógica, que produz apoio educativo para e com as equipes de AB, e assistencial, envolvendo ações clínicas diretamente realizadas com os usuários (BRASIL, 2014b).

A dimensão técnico-pedagógica diz respeito às ações de desenvolvimento de competência e Educação Permanente, tais como discussões de caso e temas, ações conjuntas/ compartilhadas com as equipes de AB e outros arranjos possíveis. Nestas ações, objetiva-se que

o compartilhamento dos núcleos de saber específicos entre NASF e equipes de referência (ou seja, as equipes de AB, responsáveis pela condução dos casos na APS) possibilite a constituição de um campo de conhecimento, comum e compartilhável, visando qualidade e resolubilidade, inclusive na qualificação de encaminhamentos a outros pontos das RAS. Em consequente, busca-se investir em mecanismos de educação permanente por meio de ações colaborativas entre NASF e equipes vinculadas (MALTA & MERHY, 2010).

A dimensão assistencial, por sua vez, engloba ações clínicas realizadas diretamente pelos profissionais do NASF, definidas conforme necessidades dos usuários e possibilidades de intervenção na AB. São previamente acordadas e reguladas pelas equipes de AB, que mantêm sua função de coordenação do cuidado ao longo das RAS e devem buscar compreender as propostas, implicações e interações que as intervenções diretas dos profissionais do NASF irão produzir, sem transferir toda a responsabilidade pelo cuidado (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

É visível, portanto, a importância das equipes de AB para a consolidação do apoio matricial conforme preconizado: sua própria organização e compreensão sobre o novo modelo de relação e atenção colocado é primordial para o arranjo do NASF enquanto uma equipe de apoio na AB e não como um serviço de especialistas nesse âmbito de atenção. Por sua vez, os profissionais do NASF devem se dispor a dividir conhecimentos e se esforçar para planejar e avaliar frequentemente as ações com as equipes apoiadas, fomentando a manutenção da referência pelo cuidado junto às equipes de AB. Pode-se concluir, portanto, que a consolidação do apoio matricial é dependente da relação estabelecida entre as equipes envolvidas, sem negar, entretanto, a influência da própria organização dos serviços de saúde e o direcionamento das gestões municipais em sua estruturação.

As dimensões em que deve atuar o NASF indicam a dupla carga de responsabilidade desta equipe. Ao mesmo tempo em que atua sobre os usuários e territórios adscritos em conjunto com as equipes de AB, deve promover educação permanente das equipes apoiadas, objetivando aumentar os campos de conhecimento e atuação interdisciplinares a fim de alcançar maior qualidade e resolubilidade.

Para isso, busca certo grau de equilíbrio entre as ações assistenciais e técnico-pedagógicas (considerando que esse equilíbrio pode variar de acordo com cada categoria profissional que compõe o NASF e com as próprias experiências locais), definindo as ações a ser realizadas com base em pactuações com as equipes de referência

(TELESSAÚDE-SC, 2015). A partir das necessidades dos usuários/comunidades/territórios e das equipes de AB e da capacidade de resposta que melhor atenda a essas necessidades, portanto, as decisões sobre o tipo de ação a ser desenvolvida e sua operacionalização são divididas entre as equipes envolvidas (BRASIL, 2014b).

Apesar do direcionamento ministerial para a operacionalização do apoio matricial a partir das duas dimensões aqui apresentadas, outras acepções organizativas são encontradas para sua realização. Geralmente associadas à função de apoio institucional, referem-se a atividades gerenciais e administrativas, relacionadas à solução de problemas burocráticos em UBS vinculadas, e político-institucionais, servindo como reforço ao direcionamento político defendido pela gestão na condução das ações de saúde (SAMPAIO *et. al.*, 2013). Nesse estudo, tais dimensões não foram abordadas por compreender-se que podem implicar em uma relação de poder institucional entre NASF e equipes apoiadas, o que contraria a lógica preconizada pelo apoio matricial. Além disso, a justaposição das funções de apoiador matricial e institucional pode ocasionar sobrecarga aos profissionais do NASF, impossibilitando que alcancem os resultados sanitários esperados.

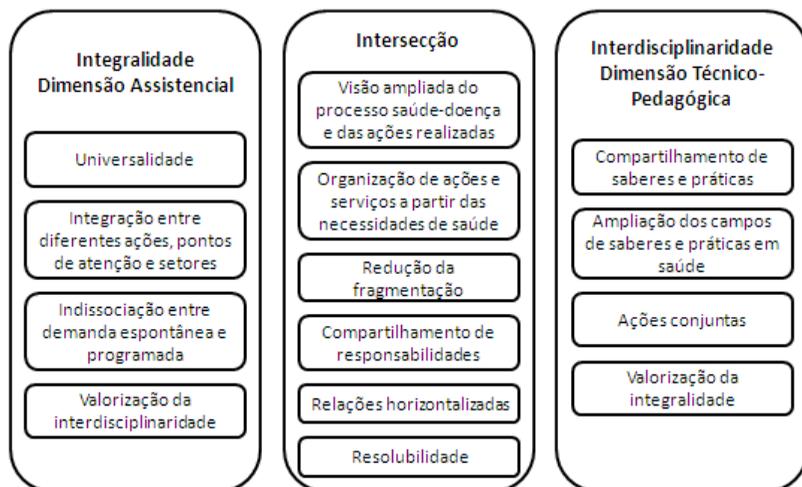
Por conseguinte, defende-se uma lógica relacional e organizacional horizontalizada de integração entre profissionais inseridos na equipe mínima de Atenção Básica e aqueles que anteriormente encontravam-se apenas em serviços especializados. Na Atenção Básica, NASF e equipes apoiadas devem compartilhar a responsabilidade pelos usuários e territórios adscritos, ao invés de transferi-la, o que implica em corresponsabilização. Espera-se, dessa forma, ampliar e qualificar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população através de arranjos organizativos que superem a lógica fragmentada e medicalizadora da atenção em saúde.

3.1.1.4 Interface entre os conceitos apresentados

Pautado na lógica preconizada, espera-se que o trabalho colaborativo entre NASF e equipes de AB promova a efetivação de uma clínica ampliada, que guarda estreita relação com os preceitos da integralidade da atenção e da interdisciplinaridade. A clínica ampliada deve substituir a tradicional lógica de encaminhamentos pela divisão de responsabilidades entre os profissionais envolvidos com a produção do cuidado (e destes com os usuários e comunidades) desde a definição da ação a ser realizada até a avaliação de seus resultados e definições de novas propostas terapêuticas.

Para isso, conforme conceitos apresentados nos tópicos anteriores, a proposta do apoio matricial estrutura-se com base nos referenciais da integralidade e da interdisciplinaridade em sua essência. Nesse sentido, propõe-se uma maior aproximação entre os conceitos da dimensão assistencial do apoio matricial e da integralidade e entre a dimensão técnico-pedagógica e a interdisciplinaridade, conforme analisado a partir do esquema a seguir:

Figura 1: Representação esquemática da interface entre integralidade e interdisciplinaridade e as dimensões do apoio matricial.



Apresentada com o intuito de facilitar a compreensão da lógica do apoio matricial, cuja teoria nem sempre parece ser facilmente compreendida por gestores e profissionais de saúde, essa divisão não é considerada estanque, uma vez que existem diversos pontos em comum entre as duas dimensões do apoio, bem como a valorização da integralidade e da interdisciplinaridade em ambas.

Considera-se, portanto, o esquema apresentado como uma possibilidade de conclusão dessa seção por uma questão didática, no sentido de facilitar a compreensão de que o apoio matricial se constitui como um referencial teórico-metodológico que orienta o trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas e está embasado nos preceitos e nas diretrizes do SUS, especialmente nestes aqui apresentados. Identifica-se, portanto, que as dimensões técnico-pedagógica e assistencial podem ser consideradas vertentes práticas da

operacionalização dos princípios do SUS, o que corrobora com a afirmação já apresentada de que o apoio matricial é uma “metodologia de trabalho, um conjunto de conceitos sobre o “como fazer” o trabalho interprofissional” (OLIVEIRA & CAMPOS, 2015, p. 31).

3.1.2 Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Apesar da existência de direcionamento institucional referente à organização do processo de trabalho do NASF na Atenção Básica e do referencial teórico existente sobre apoio matricial, os resultados esperados a partir da implantação dessas equipes não estão claramente identificados nos documentos existentes sobre o tema. Buscando sanar essa lacuna, foi realizada revisão de literatura e de documentos do Ministério da Saúde, com a sistematização de objetivos específicos do NASF e, posteriormente, resultados intermediários e finais esperados³, o que permitiu o agrupamento dos dados por similaridade em 05 categorias: equipes apoiadas, usuários assistidos, Atenção Básica, Redes de Atenção à Saúde e o próprio modelo de atenção à saúde vigente no SUS.

Em algumas dessas dimensões, os resultados esperados se demonstraram amplos e dependentes de outros fatores não gerenciáveis pelo NASF, como os modelos de atenção existentes, o próprio modo de operar o cuidado em saúde e a constituição das RAS. Considerando-se o curto período de implantação dessa equipe no Brasil e a complexidade que envolve a prática pautada pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, podemos concordar com Anjos *et. al.* (2013) de que existe uma visão quase utópica em relação à sua implantação como indutora de mudanças sobre aspectos complexos do Sistema de Saúde.

3.1.2.1 Resultados sobre as equipes apoiadas

Nesta dimensão, o primeiro objetivo identificado para o NASF foi o de ampliar e potencializar as ações das equipes apoiadas a fim de realizar clínica ampliada e fortalecer as equipes de Atenção Básica (CUNHA & CAMPOS, 2011; SAMPAIO *et. al.*, 2012; SILVA *et. al.*,

³Partiu-se da compreensão de que um objetivo é algo que se pretende realizar (que orienta as ações a serem realizadas pelo NASF) e de que um resultado é algo que se pretende alcançar (ou seja, o efeito das ações realizadas pelo NASF).

2012; ANJOS *et. al.*, 2013; BONALDI & RIBEIRO, 2014; MOURA & LUZIO, 2014; OLIVEIRA & CAMPOS, 2015). Para isso, as atividades técnico-pedagógicas e assistenciais, que conformam o apoio matricial, são consideradas complementares e devem se misturar em diversos momentos, conforme a necessidade e a capacidade de resposta dos profissionais envolvidos (CAMPOS & DOMITTI, 2007; BRASIL, 2009b). Entretanto, apesar da orientação de que os profissionais de apoio realizem também intervenções clínicas diretas com os usuários, é identificada uma forte aposta na capacidade das atividades técnico-pedagógicas como indutoras da ampliação da eficácia de atuação das equipes apoiadas, incluindo o alcance da resolubilidade desejada na AB (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; CUNHA & CAMPOS, 2011; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; CAMPOS *et. al.*, 2014; BRASIL, 2014b).

Nesse sentido, identificou-se que as atividades de apoio matricial que mais contribuíram para melhor certificação das equipes no PMAQ foram as ações de educação permanente, como atividades clínicas compartilhadas, discussões de processo de trabalho e intervenções no território (SOBRINHO *et. al.*, 2014). Busca-se o fortalecimento das equipes apoiadas para a efetivação do cuidado por meio de ações que aumentem sua capacidade para análise e atuação sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e de intervenção coletiva (BRASIL, 2012a; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; ANJOS *et. al.*, 2013; MOURA & LUZIO, 2014).

Todavia, para a efetivação do apoio matricial a simples presença do profissional do NASF não é suficiente. É necessária revisão das práticas em direção ao compartilhamento e à consolidação de uma nova forma de produção do cuidado, privilegiando o conhecimento e a atuação interdisciplinar, o que, em muitas situações tem sido de difícil operacionalização na experiência das equipes envolvidas (SILVA *et. al.*, 2012; ANJOS *et. al.*, 2013; SOBRINHO *et. al.*, 2014). Embora se preconize o trabalho compartilhado, aspectos relacionados às metas de produtividade para os profissionais das equipes de AB em contraposição à lógica do compartilhamento do NASF, por exemplo, interferem para o sucesso dessas ações, influenciando a qualidade das relações estabelecidas, o tempo disponível para a atenção compartilhada e o alcance dos resultados esperados (LANCMAN *et. al.*, 2013; BONALDI & RIBEIRO, 2014). É certo, portanto, que nem todas as equipes NASF encontram facilidade de integração e articulação com as equipes apoiadas, resultando frequentemente na manutenção do modelo

biomédico de atenção em um contexto desfavorável para a promoção da saúde, ainda associada ao conceito de prevenção e focada no desenvolvimento de habilidades pessoais (SAMPAIO *et. al.*, 2012; BONALDI & RIBEIRO, 2014).

Para o alcance dos resultados esperados, o trabalho integrado entre NASF e equipes de AB deve se efetivar a partir da clínica ampliada, favorecendo a integração dialógica entre distintas profissões de saúde e o compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado na Atenção Básica (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; CUNHA & CAMPOS, 2011; OLIVEIRA & CAMPOS, 2015). O compartilhamento também prevê a revisão dos encaminhamentos realizados na AB, de maneira que sejam qualificados e reduzidos, potencializando a capacidade de coordenação e de continuidade do cuidado das equipes apoiadas (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014b). Esperam-se, portanto, ações de qualificação da atenção para utilização mais racional dos recursos terapêuticos das RAS, promovendo articulação funcional entre os diversos pontos e qualificando a atuação das equipes de referência para o alcance de maior resolubilidade (SILVA *et. al.*, 2012).

Portanto, a partir de uma relação horizontalizada e interdisciplinar, compromissada com a produção de uma atenção integral, o NASF deve contribuir para que as equipes de AB alcancem melhores resultados sanitários (CUNHA & CAMPOS, 2011; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; BRASIL, 2014b; CAMPOS *et. al.*, 2014; LEITE, NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2014; MOURA & LUZIO, 2014). A seguir, são apresentados os objetivos e os resultados esperados do NASF sobre as equipes apoiadas.

Quadro 1: Resultados esperados do NASF sobre as equipes apoiadas.

Objetivo Geral: Alcançar melhores resultados sobre as equipes apoiadas			
Objetivos	Resultados Intermediários	Resultado Final	Referências
✓ Ampliar e potencializar as ações das equipes apoiadas ¹	✓ Realizar clínica ampliada e fortalecer as equipes de Atenção Básica ²	✓ Ampliar a eficácia das equipes apoiadas e sua resolubilidade na Atenção Básica ³	NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010 ³ ; CUNHA & CAMPOS, 2011 ^{2,3} ; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012 ³ ; SAMPAIO <i>et. al.</i> , 2012 ¹ ; SILVA <i>et. al.</i> , 2012 ¹ ; ANJOS <i>et. al.</i> , 2013 ² ; BONALDI & RIBEIRO, 2014 ¹ ; BRASIL, 2014b ³ ; CAMPOS <i>et. al.</i> , 2014 ³ ; MOURA & LUZIO, 2014 ² ; OLIVEIRA & CAMPOS, 2015 ²
✓ Qualificar e reduzir encaminhamentos das equipes apoiadas ⁴	✓ Ampliar a coordenação e a continuidade do cuidado pelas equipes apoiadas ⁵		BRASIL, 2008 ⁵ ; NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010 ³ ; CUNHA & CAMPOS, 2011 ³ ; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012 ³ ; BRASIL, 2014b ^{3,4} ; CAMPOS <i>et. al.</i> , 2014 ³

Destaca-se que a oferta de apoio institucional pelo NASF é também apresentada como um objetivo para a efetivação de mudanças almeçadas sobre o processo de trabalho das equipes de AB (MOURA & LUZIO, 2014). O apoio institucional é definido como o acompanhamento qualificado do trabalho em equipes; ação de consultoria para analisar e qualificar os métodos de trabalho visando aproximar atividades de gestão e atenção (MORI & OLIVEIRA, 2009). Entretanto, apesar de poder ampliar a capacidade organizativa da AB, essa função não está descrita nos documentos oficiais como uma de suas atribuições e pode acarretar em sobrecarga ao NASF (MOURA & LUZIO, 2014). A oferta de apoio institucional, portanto, não foi considerada como um objetivo nesse estudo, uma vez que a proposta mais reconhecida é de que centre seu processo de trabalho na função de apoio matricial.

3.1.2.2 Resultados sobre os usuários da Atenção Básica

Diante de necessidades concretas da população, que requerem acesso a ofertas amplas de ações e serviços de saúde, o NASF tem como objetivo oferecer cuidado para cada situação singular a partir da articulação com as equipes de referência, função desempenhada pelas equipes de AB (BRASIL, 2014b; CAMPOS *et. al.*, 2014). Considera-se, portanto, que deve propiciar a ampliação do acesso da população à atenção integral e o desenvolvimento da clínica ampliada, contribuindo no atendimento das demandas e necessidades de um determinado território e população adscrita de maneira compartilhada com as equipes vinculadas (OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; CAMPOS *et. al.*, 2014; FRAGELLI & SHIMIZU, 2014; SOBRINHO *et. al.*, 2014).

Para isso, pode atuar no sentido de apoiar as equipes na análise dos problemas e na elaboração conjunta de propostas de intervenção ou na realização de ações assistenciais individuais ou coletivas com os usuários, a fim de agir sobre necessidades e demandas populacionais não alcançadas pelas equipes de AB (ANJOS *et. al.*, 2013; CAMPOS *et. al.*, 2014). É preciso, entretanto, observar que a pactuação de fluxos e atividades com essas equipes se faz necessária, uma vez que a agregação de ações e ofertas pontuais ou isoladas decorrentes dos núcleos profissionais do NASF pode resultar em menos acesso e na perda de oportunidade de fortalecimento das equipes apoiadas para a produção do cuidado (BRASIL, 2014b). A incorporação dos profissionais do NASF pode ampliar os recursos humanos disponíveis na AB, o escopo e a abrangência de ações com maior proximidade das ofertas no território em que vive a população, mas a manutenção de um trabalho fragmentado e desarticulado das equipes apoiadas não garante resultados mais extensivos, nem a qualificação da própria organização das ofertas de ações em saúde, pois podem estar desconexas da realidade (BRASIL, 2004; 2008; 2009b; 2010; 2012a; 2014b; NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; ANJOS *et. al.*, 2013; LANCMAN *et. al.*, 2014; LEITE, NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2014; RIBEIRO *et. al.*, 2014).

Busca-se, portanto, a redução da fragmentação da atenção e a produção de ações mais abrangentes que as segmentadas e isoladas. Para isso, a organização dos processos de trabalho do NASF e das equipes apoiadas deve permitir a criação de espaços de discussão voltados à cogestão do cuidado, definindo projetos terapêuticos compartilhados e evitando medicalização, danos e iatrogenias provocadas por

intervenções desnecessárias (ANJOS *et. al.*, 2013; CAMPOS *et. al.*, 2014; LANCMAN *et. al.*, 2014; RIBEIRO *et. al.*, 2014). A pactuação entre as equipes deve, também, evitar que o NASF assuma o papel de outros níveis de atenção, uma vez que a escassez de serviços especializados pode induzir sua utilização equivocada como substitutivo nas RAS (CUNHA & CAMPOS, 2011; SILVA *et. al.*, 2012).

É, portanto, necessário proporcionar coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário de maneira compartilhada (CAMPOS *et. al.*, 2014). Nessa ótica, o trabalho conjunto desenvolvido de maneira colaborativa é relevante para alcançar o objetivo e os resultados do NASF sobre os usuários da AB, apresentados no quadro a seguir, promovendo maior equidade e atenção integral, melhorando a qualidade da atenção prestada à população e alcançando resolubilidade no acompanhamento de saúde em conjunto com as equipes apoiadas (ANJOS *et. al.*, 2013; CAMPOS *et. al.*, 2014; LANCMAN *et. al.*, 2014).

Quadro 2: Resultados esperados do NASF sobre os usuários da AB.

Objetivo Geral: Alcançar melhores resultados sobre os usuários da AB			
Objetivo	Resultado Intermediário	Resultado Final	Referências
✓ Oferecer cuidado para cada situação singular a partir da articulação com as equipes de referência ¹	✓ Melhorar o acesso e o cuidado dos usuários nos serviços de saúde, segundo suas necessidades ²	✓ Prover cuidado equânime, integral, de qualidade e resolutivo aos usuários ³	NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010 ³ ; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012 ³ ; SILVA <i>et. al.</i> , 2012 ^{2,3} ; BONALDI & RIBEIRO, 2014 ³ ; CAMPOS <i>et. al.</i> , 2014 ^{1,3} ; LANCMAN <i>et. al.</i> , 2014 ³

3.1.2.3 Resultados sobre a Atenção Básica

O aumento da expectativa de vida e a mudança do perfil epidemiológico verificados no Brasil nas últimas décadas instigaram mudanças importantes no SUS e exigiram dos profissionais novas competências (BRASIL, 2008; 2014b). A implantação do NASF ocorreu nesse contexto, incentivando a consolidação da ESF através do fomento de novos arranjos interdisciplinares e da busca pela integralidade, fortalecendo suas funções acolhedora, resolutiva e

coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção (BRASIL, 2012a; ANJOS *et. al.*, 2013).

Para isso, objetiva-se que o NASF possa apoiar, aperfeiçoar e ampliar a atenção em saúde e, dessa forma, melhorar a qualidade, a resolubilidade e a efetividade da AB, o que exige profundas mudanças nas formas de operar das equipes de saúde (BRASIL, 2008; 2009b; 2012a; 2013; 2014b; NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; ANJOS *et. al.*, 2013; BONALDI & RIBEIRO, 2014; LEITE, NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2014; RIBEIRO *et. al.*, 2014). Como discutido anteriormente, sua implantação determina a ampliação da clínica e de processos de gestão baseados no cuidado colaborativo, o que demanda revisão de questões relativas à formação profissional e à própria estruturação da ESF, além da superação do modo fragmentado e descontínuo de cuidado.

Para que os resultados esperados possam ser alcançados, é imperativo que o NASF contribua na articulação da Atenção Básica às RAS e outros setores, auxiliando na integração de linhas de cuidado e na implantação de projetos terapêuticos (BRASIL, 2014b). Essa atuação deve potencializá-la como porta de entrada preferencial das Redes e resultar em fortalecimento para coordenação do cuidado e para a cooperação entre pontos de atenção (BRASIL, 2008; 2014b).

A articulação promovida pelo NASF deve se dar também no âmbito da gestão municipal, incentivando a comunicação e aumentando a capacidade de tomada de decisões com base no trabalho integrado às equipes de AB e em seus resultados. Para isso, tem-se como objetivo a promoção de discussão junto aos gestores sobre indicadores de saúde que primem à qualidade da atenção, em detrimento aos indicadores quantitativos tradicionais, produzindo maior impacto sobre fatores que interferem no processo saúde-doença (SILVA *et. al.*, 2012; BRASIL, 2014b; RIBEIRO *et. al.*, 2014). Vislumbra-se, dessa forma, possibilidade de (re)orientação de práticas na AB, construída a partir de uma análise ampliada da situação de saúde em cada território e do comprometimento e compartilhamento de responsabilidades entre equipes e gestão.

A partir dos objetivos apresentados e dos resultados intermediários esperados, que podem ser observados a seguir, espera-se, enfim, que a introdução de mudanças e o aprimoramento do processo de trabalho junto às equipes apoiadas contribuam para um modelo de cuidado mais colaborativo e próximo à realidade das pessoas. O resultado final esperado prevê impacto positivo sobre a AB, com sua potencialização e fortalecimento, contribuindo para avanços nas

políticas relativas à APS no Brasil (SILVA *et. al.*, 2012; FRAGELLI & SHIMIZU, 2014; LANCMAN *et. al.*, 2014).

Quadro 3: Resultados esperados do NASF sobre a Atenção Básica.

Objetivo Geral: Alcançar melhores resultados sobre a Atenção Básica			
Objetivos	Resultados Intermediários	Resultado Final	Referências
✓ Apoiar, aperfeiçoar e ampliar a atenção em saúde na AB ¹	✓ Melhorar a qualidade, a resolubilidade e a efetividade da Atenção Básica ²	✓ Potencializar e fortalecer a AB no Brasil, contribuindo para avanços nas políticas relativas à Atenção Primária em Saúde ³	BRASIL, 2008 ¹ ; BRASIL, 2009b ¹ ; NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010 ¹ ; BRASIL, 2012b ^{1,2} ; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012 ^{1,2} ; SILVA <i>et. al.</i> , 2012 ² ; ANJOS <i>et. al.</i> , 2013 ^{1,2} ; BRASIL, 2013a ^{1,2} ; BONALDI & RIBEIRO, 2014 ² ; BRASIL, 2014b ^{1,2} ; LANCMAN <i>et. al.</i> , 2014 ³ ; LEITE, NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2014 ^{2,3} ; RIBEIRO <i>et. al.</i> , 2014 ¹
✓ Articular a Atenção Básica às RAS e outros setores ⁴	✓ Fortalecer a Atenção Básica para a coordenação do cuidado ⁵		BRASIL, 2008 ⁵ ; BRASIL, 2014b ^{4,5} ; LANCMAN <i>et. al.</i> , 2014 ³
✓ Promover discussão com gestores sobre indicadores de qualidade da atenção ⁶	✓ Maior impacto sobre fatores que interferem no processo saúde-doença ⁷		SILVA <i>et. al.</i> , 2012 ⁶ ; LANCMAN <i>et. al.</i> , 2014 ³ ; RIBEIRO <i>et. al.</i> , 2014 ⁷

3.1.2.4 Resultados sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A importância das Redes de Atenção à Saúde na conjuntura atual do SUS é evidenciada pela diversidade de demandas e necessidades de saúde apresentadas na situação sanitária brasileira e por ser imperativo minimizar custos crescentes e evitáveis no tratamento das doenças, comumente evidenciados em sistemas fragmentados de atenção à saúde (BRASIL, 2014b).

Na medida em que está inserido na Atenção Básica e desenvolve seu trabalho com base na interdisciplinaridade e na clínica ampliada, o NASF deve contribuir para organizar ofertas de ações em saúde nas RAS seja pela ampliação da abrangência e do escopo de ações na AB ou pela qualificação das equipes apoiadas para produção do cuidado (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010). Além disso, a mobilidade e a visão de situações relativas a diversas equipes favorecem a interlocução do NASF com outros pontos de atenção (BRASIL, 2014b). Essas conexões, inclusive intersetoriais, incrementam projetos terapêuticos elaborados conjuntamente, apresentando potencialidade para otimizar redes e fluxos assistenciais no território de atuação dessas equipes (BRASIL, 2014b).

Como consequência, o NASF deve contribuir para racionalizar o acesso aos serviços especializados de saúde a partir de ações como a reorganização da demanda e da rede de atenção secundária e terciária, a melhoria da relação entre os diferentes pontos de atenção e setores envolvidos com o cuidado e a otimização de fluxos de referência e contrarreferência instituídos (CUNHA & CAMPOS, 2011; SILVA *et. al.*, 2012; SOBRINHO *et. al.*, 2014). Ainda, deve favorecer a organização e a redução da procura por serviços de atenção secundária e terciária inclusive como porta de entrada no SUS, reestruturando a atenção e melhorando a acessibilidade dos usuários aos serviços, o que é importante frente às limitações e à frequente insuficiência das Redes nos diversos níveis de atenção (OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SAMPAIO *et. al.*, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; LANCMAN *et. al.*, 2013; BRASIL, 2014b; SOBRINHO *et. al.*, 2014).

Essa reorganização deve favorecer a continuidade e a ordenação do cuidado pela Atenção Básica, fortalecendo-a nas RAS, porém sem desconsiderar que tais resultados dependem também de outros fatores, como o vínculo construído, as próprias RAS implantadas e sua capacidade de atuação e articulação entre os pontos de atenção (SILVA *et. al.*, 2012; BRASIL, 2014b). Dessa forma, para a garantia da integralidade e da universalidade da atenção, melhorando o acesso e o

cuidado dos usuários nos serviços públicos de saúde, as equipes de AB podem contar com o apoio do NASF, sem que sejam esquecidos os demais fatores necessários para atingir esses resultados nas RAS (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; BRASIL, 2014b; SOBRINHO *et. al.*, 2014).

Quadro 4: Resultados esperados do NASF sobre as Redes de Atenção à Saúde.

Objetivo Geral: Alcançar melhores resultados sobre as RAS			
Objetivos	Resultados Intermediários	Resultado Final	Referências
✓ Contribuir na organização das ofertas de ações em saúde nas RAS ¹	✓ Racionalizar o acesso aos recursos especializados de saúde ²	✓ Contribuir para a garantia da integralidade e da universalidade da atenção, melhorando o acesso e o cuidado dos usuários nos serviços públicos de saúde ³	NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010 ¹ ; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012 ³ ; SILVA <i>et. al.</i> , 2012 ³ ; SOBRINHO <i>et. al.</i> , 2014 ^{2,3}
✓ Favorecer a continuidade e a ordenação do cuidado pela Atenção Básica nas RAS ⁴	✓ Fortalecer a AB nas RAS ⁵		OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012 ³ ; SILVA <i>et. al.</i> , 2012 ^{3,4,5} ; BRASIL, 2014b ^{4,5} ; SOBRINHO <i>et. al.</i> , 2014 ³
✓ Favorecer maior articulação e qualificação da rede de serviços do SUS ⁶	✓ Reestruturar a atenção, com melhores resultados e redução da medicalização ⁷		OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012 ³ ; SILVA <i>et. al.</i> , 2012 ^{3,6,7} ; BRASIL, 2014b ⁶ ; SOBRINHO <i>et. al.</i> , 2014 ³

3.1.2.5 Resultados sobre os Modelos de Atenção à Saúde

A implantação do NASF se deu em um contexto de disputa teórico-política do modelo de saúde no Brasil, o que, em conjunto com a margem de interpretação e frente às dificuldades de operacionalização do apoio matricial pelos gestores e pelas equipes, possibilitou a existência de distintos modelos de atuação (SAMPAIO *et. al.*, 2012).

Esse panorama teve impactos diretos na defesa por diferentes modelos de atenção à saúde em disputa no SUS, ainda que se considere que, baseado nos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade e na prática pautada pela clínica ampliada, o NASF deva operar um modelo em defesa da vida, centrado no compartilhamento de saberes e práticas que fortaleça a cogestão dos processos de trabalho (OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SAMPAIO *et. al.*, 2012; BONALDI & RIBEIRO; 2014).

Dessa forma, a implantação do NASF tem o objetivo de superar a lógica fragmentada, especializada e medicalizadora do cuidado e da gestão em saúde, avançando para a atenção integral (BRASIL, 2008; ANJOS *et. al.*, 2013; CAMPOS *et. al.*, 2014; MOURA & LUZIO, 2014). Em consequência, deve promover a reorientação do modelo de gestão e de atenção em conjunto com a ESF, em uma lógica contrária aos modelos convencionais de cuidados, centrados na assistência curativa e individual (BRASIL, 2008; 2009b; 2014b; NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; ANJOS *et. al.*, 2013; BONALDI & RIBEIRO, 2014; CAMPOS *et. al.*, 2014). Essa nova lógica de atuação entre equipes na AB deve contribuir para a mudança esperada sobre os modelos de atenção à saúde, exigindo, para isso, competências diferenciadas dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2009b; 2014b; NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; BONALDI & RIBEIRO, 2014; CAMPOS *et. al.*, 2014; MOURA & LUZIO, 2014). Trabalhar de modo colaborativo, por exemplo, é considerada uma competência necessária para a defesa de um modelo de atenção ampliado (FRAGELLI & SHIMIZU, 2014).

Aponta-se, entretanto, que os profissionais muitas vezes não possuem clareza sobre o trabalho integrado entre NASF e equipes vinculadas, ressaltando-se a fragilidade do trabalho interdisciplinar em sua prática (ANJOS *et. al.*, 2013; RIBEIRO *et. al.*, 2014). Esse fato aliado a problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, favorece o desenvolvimento de ações fragmentadas e especializadas, com dificuldade em contemplar a integralidade, fortalecendo modelos de atenção baseados no curativismo.

A despeito dessas e de outras questões complexas e amplas que interferem na definição e adoção de modelos de atenção à saúde, a fim de alcançar a transformação proposta é preciso fortalecer as gestões municipais e as equipes para a compreensão da lógica do trabalho colaborativo entre NASF e equipes de AB. A efetivação de espaços de apoio institucional e o compartilhamento horizontalizado de experiências positivas de articulação devem ser incentivados, potencializando sua capacidade em transformar os modelos de cuidado em saúde. Esse resultado esperado pode ser visualizado no quadro a seguir e deve valorizar e fortalecer os princípios e as diretrizes do SUS.

Quadro 5: Resultados esperados do NASF sobre os Modelos de Atenção à Saúde.

Objetivo Geral: Alcançar melhores resultados sobre os Modelos de Atenção à Saúde			
Objetivo	Resultado Intermediário	Resultado Final	Referências
✓ Superar a lógica verticalizada, fragmentada, especializada e medicalizadora do cuidado e da gestão em saúde, avançando para atenção integral ¹	✓ Reorientar o modelo de gestão e de atenção em saúde em conjunto com a Estratégia Saúde da Família ²	✓ Transformar os modelos de cuidado em saúde ³	BRASIL, 2008 ¹ ; BRASIL, 2009b ^{2,3} ; NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010 ^{2,3} ; ANJOS <i>et. al.</i> , 2013 ^{1,2} ; BONALDI & RIBEIRO, 2014 ^{2,3} ; BRASIL, 2014b ² ; CAMPOS <i>et. al.</i> , 2014 ^{1,2,3} ; MOURA & LUZIO, 2014 ^{1,3}

3.1.3 Panorama dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Santa Catarina

O estado de Santa Catarina possui uma população de 6.383.286 habitantes, segundo projeção intercensitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2012 (SES SC, 2014), com 84% dos catarinenses vivendo em áreas urbanas (SES SC, 2012). Dividido em 295 municípios, apresenta como característica a predominância de pequenos municípios, com aproximadamente 80% com menos de 20.000 habitantes e apenas 12 municípios com mais de 100.000 habitantes (SES SC, 2012).

A organização espacial dos serviços assistenciais, desenhada através do Plano Diretor de Regionalização, agrupa os municípios catarinenses em 16 regiões e 9 macrorregiões de saúde (SES SC, 2012; 2016). O planejamento e a execução orçamentária das ações de saúde em âmbito regional são realizados, ainda, através das 36 Secretarias de Desenvolvimento Regional existentes (SES SC, 2012; 2016).

Com relação à AB, em 2014 todos os municípios de Santa Catarina possuíam ESF implantada em seu território, sendo que 78,8% possuíam 100% de cobertura da Estratégia (SES SC, 2016). Nesse ano, a cobertura populacional da ESF era de 79,0% e a de Saúde Bucal (SB) na ESF, de 48,8% (SES SC, 2016). Em março de 2015, existiam aproximadamente 1677 equipes de SF implantadas, considerando-se aquelas com e sem equipes de SB vinculadas (CNES, 2015a).

Quanto aos NASF, Santa Catarina apresenta uma peculiaridade frente aos demais estados no que diz respeito à sua implantação, uma vez que a gestão estadual cofinanciava desde 2009 modalidades estaduais (NASF SC) àqueles municípios que não atendiam aos critérios definidos pelo Ministério da Saúde anteriormente à publicação da Portaria GM nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, ou seja, que não possuíam pelo menos 8 equipes de AB implantadas (SES SC, 2009; BRASIL, 2012b). Segundo informações da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, estando a maioria dos municípios nessa condição, a criação dos NASF SC possibilitou, entre 2009 e 2010, o credenciamento de 122 Núcleos nessas modalidades, sendo 28 NASF SC I (com 4 a 7 equipes de Saúde da Família vinculadas) e 94 NASF SC II – municípios com até 3 equipes de Saúde Família (SES SC, 2011).

Com a universalização do acesso aos NASF promovida pelo Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde incentivou progressivamente a migração dos NASF SC para as modalidades de NASF Federais (NASF MS) correspondentes. A distribuição dos NASF Federais em Santa Catarina em 2015 está apresentada na tabela a seguir, quando o estado possuía 245 Núcleos implantados em 236 municípios (CNES, 2015b; SES SC, 2016).

Tabela 1: Número de equipes NASF federais implantadas em Santa Catarina em maio de 2015, segundo modalidade.

Modalidade	Número de NASF	% NASF
NASF I	94	38,4
NASF II	50	20,4
NASF III	101	41,2
Total	245	100,0

Fonte: CNES, 2015b.

Analisando a tabela anterior, pode-se confirmar a predominância numérica de pequenos municípios em Santa Catarina (com menor porte populacional), indicada pelo maior número de NASF III, que apoiam de 1 a 2 equipes de AB (41,2% do total de equipes implantadas).

Com a redução do número de equipes apoiadas por NASF induzida a partir da publicação da Portaria no 3.124, em dezembro de 2012, espera-se que a integração entre equipes de AB e NASF seja potencializada (BRASIL, 2012b). Em consequência, segundo BRASIL (2014b), a modalidade NASF III praticamente constituirá uma equipe ampliada juntamente às equipes apoiadas, o que não excluiria as premissas preconizadas para o trabalho integrado entre essas equipes.

Dessa forma, a atuação mais intensiva dos profissionais do NASF, em vez de agregar ações e ofertas pontuais ou isoladas de seus núcleos profissionais, deverá enriquecer possibilidades de efetivação da interdisciplinaridade e da integralidade do cuidado. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b, p.18),

“esse modo de operar proporciona melhor cuidado e mais acesso. Por exemplo, se um psicólogo de um NASF III (ou de um NASF que eventualmente atua apenas em uma UBS que tenha muitas equipes) passar a atender a todas as demandas de saúde mental do território, isso vai redundar em menos acesso e perda da oportunidade de ampliar a capacidade dos demais profissionais em manejar problemas de saúde mental. Por outro lado, a presença do psicólogo possibilita ampliar o escopo de ofertas, seja por meio de escuta direta com os usuários, seja matriciando a ação dos outros profissionais, compartilhando tecnologias, etc.”.

No universo de NASF identificados, 144 Núcleos continham indicação do número de equipes apoiadas, englobando nessa definição

todos os NASF modalidades I e II (CNES, 2015b). Dentre esses Núcleos, observa-se, que 17 NASF apoiavam pelo menos 1 equipe de Academia da Saúde (totalizando 18 equipes de Academia da Saúde apoiadas no estado); e que todos os NASF analisados apoiavam 858 equipes de Saúde da Família. No total, esses Núcleos ofereciam suporte a 876 equipes, o que resulta em uma média de 6,1 equipes vinculadas aos NASF 1 e 2 de Santa Catarina (CNES, 2015b). Não foram encontradas informações sobre o número de equipes apoiadas pelos NASF III (CNES, 2015b).

Sobre o tempo de funcionamento, em média, os NASF estavam implantados há 25,4 meses (cerca de 2 anos), sendo que as equipes com maior tempo de funcionamento eram Núcleos Modalidade I de Florianópolis/SC (2 equipes) e de Laguna/SC (1 equipe), com 82 meses de implantação – o que equivale a 6 anos e 10 meses (CNES, 2015b).

Em relação à composição dessas equipes no estado, considerando-se a presença de, pelo menos, 1 profissional de cada categoria profissional (vinculado ou não à equipe mínima do NASF), identificou-se que as 5 categorias que, em ordem decrescente, mais frequentemente integraram essa equipe foram psicologia, fisioterapia, nutrição, farmácia e serviço social, conforme pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2: Frequência absoluta e relativa de inserção das categorias profissionais nos NASF implantados em Santa Catarina em maio de 2015.

Profissional	Número NASF cobertos	% NASF cobertos
Psicólogo	230	93,9
Fisioterapeuta	177	72,2
Nutricionista	168	68,6
Farmacêutico	155	63,3
Assistente social	132	53,9
Profissional educação física	94	38,4
Fonoaudiólogo	56	22,8
Médico pediatra	34	13,9
Outros ⁴	26	10,6
Médico psiquiatra	24	9,8
Médico ginecologista	17	6,9
Terapeuta ocupacional	07	2,8
Médico geriatra	02	0,8
Médico homeopata	01	0,4
Médico do trabalho	01	0,4
Médico veterinário	01	0,4
Sanitarista	01	0,4

Fonte: CNES, 2015b.

Nas equipes implantadas em março de 2015 em Santa Catarina, estavam cadastrados 1261 profissionais ao total (compondo ou não equipe mínima) e 1186 profissionais compondo equipe mínima dos NASF, com a seguinte distribuição:

Tabela 3: Número total de profissionais e número de profissionais integrantes de equipe mínima de NASF implantados em SC em maio de 2015, por categoria profissional.

Profissional	Número total de profissionais	%	Número de profissionais na equipe mínima	%
Psicólogo	265	21,0	260	21,9
Fisioterapeuta	237	18,8	231	19,5
Nutricionista	175	13,9	171	14,4
Farmacêutico	162	12,8	143	12,0
Assistente social	135	10,7	131	11,0
Profissional de educação física	104	8,2	94	7,9
Fonoaudiólogo	57	4,5	56	4,7
Médico pediatra	38	3,0	38	3,2
Outros ⁴	32	2,5	12	1,0
Médico psiquiatra	24	1,9	22	1,8
Médico ginecologista	17	1,3	15	1,3
Terapeuta ocupacional	07	0,5	07	0,6
Médico veterinário	03	0,2	03	0,2
Médico geriatra	02	0,2	02	0,2
Médico do trabalho	01	0,1	01	0,1
Médico homeopata	01	0,1	01	0,1
Sanitarista	01	0,1	01	0,1
Total	1261	100	1188	100

Fonte: CNES, 2015b.

Foi identificado que, independentemente de compor equipe mínima, as cinco categorias que apresentaram maior número de profissionais compondo o NASF foram similares àquelas que se apresentaram mais presentes em sua composição (ou seja, psicologia, fisioterapia, nutrição, farmácia e serviço social). O destaque à psicologia na composição das equipes é condizente com orientações do MS e da SES de que cada NASF contasse com pelo menos um profissional de saúde mental devido à magnitude epidemiológica dos transtornos mentais no país (BRASIL, 2009b; SES SC, 2009).

⁴Profissionais não inseridos no rol de categorias que constam na PNAB para conformação dos NASF ou cujas denominações não estão exatamente colocadas conforme disposto nas regulamentações da composição do NASF (BRASIL, 2012a).

Por fim, destaca-se a baixa participação das categorias médicas na composição dos NASF em Santa Catarina e a existência de profissionais não integrantes do rol de categorias que podem compor a equipe mínima do NASF segundo orientações do MS ou cujas denominações não estão colocadas conforme disposto nas regulamentações (BRASIL, 2012a). Nessa situação, encontraram-se os seguintes profissionais: administrador, artista, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais e limpeza, cirurgião-dentista, coordenador pedagógico, educador social, enfermeiro, médico cirurgião-geral, médico clínico, médico nutrólogo, médico otorrinolaringologista, psicopedagogo, recepcionista e técnico de enfermagem.

4 MÉTODOS

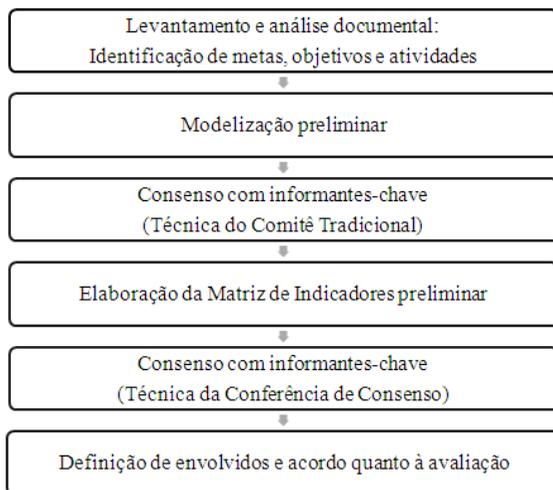
Foi desenvolvido um estudo avaliativo de natureza quali-quantitativa, cuja pertinência se justifica pela complexidade da intervenção, composta de elementos que podem interagir de diferentes modos derivando em resultados variados (HARTZ, 1997). Através do desenvolvimento de um estudo de avaliabilidade (EA) e de um estudo de casos múltiplos, buscou-se identificar os resultados produzidos por NASF de Santa Catarina e avançar para a compreensão sobre fatores explicativos, considerando as modalidades de NASF implantadas em Santa Catarina e as diretrizes vigentes para organização de seu processo de trabalho.

4.1 ESTUDO DE AVALIABILIDADE

O EA é compreendido como um conjunto de procedimentos que precedem a etapa de avaliação propriamente dita e apontam para sua utilidade e oportunidade, tornando-a mais consistente e com maior credibilidade (NATAL *et. al.*, 2010). Contempla elementos essenciais, tais como a delimitação do programa por identificação de metas, objetivos e atividades; a revisão de documentos; a modelagem de recursos, atividades pretendidas, efeitos esperados e conexões causais presumidas; a obtenção de um entendimento preliminar de como o programa é implantado; o desenvolvimento de um modelo de programa avaliável; a identificação dos usuários da avaliação e envolvidos; e, o acordo quanto aos procedimentos da avaliação (THURSTON & RAMALIU, 2005 *apud* PANIZZI, 2015). Dentre os produtos esperados, portanto, está a completa descrição da intervenção em análise e a definição das questões principais para avaliação (THURSTON & RAMALIU, 2005).

Neste estudo, o EA foi desenvolvido através de uma abordagem qualitativa. A figura 2 apresenta o fluxograma de sua operacionalização.

Figura 2: Representação esquemática das etapas de delineamento do estudo de avaliabilidade dos NASF.



4.1.1 Elaboração e validação dos modelos teórico e lógico

Os modelos teórico e lógico foram desenvolvidos com base em normativas e na literatura especializada sobre o tema e, posteriormente, validados através de uma oficina de consenso desenvolvida por meio da técnica do Comitê Tradicional, que envolve a discussão aberta sobre um determinado tema entre especialistas. Tomando como critério o conhecimento e/ou a prática relacionada à Atenção Básica e/ou avaliação em saúde, foram convidados 15 especialistas ou informantes-chave para participar da oficina, contando-se efetivamente com a participação de 12 destes, representados por 04 profissionais de NASF e 02 profissionais de equipes de Saúde da Família de município localizado na Região de Saúde da Grande Florianópolis (todos com titulação em pós-graduação concluída ou em curso na área de Saúde da Família e/ou Saúde Coletiva), 02 profissionais da gestão em saúde do SUS e 04 especialistas em avaliação em saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

Anteriormente à oficina de consenso, os especialistas receberam convite para participar desta etapa da pesquisa por meio eletrônico, sendo solicitada análise prévia dos modelos inicialmente elaborados. Na oficina presencial, que teve duração total de 4 horas, foram apresentados

o modelo teórico e o modelo lógico de avaliação dos resultados do NASF a partir do trabalho integrado às equipes apoiadas, abrindo-se amplo debate entre os especialistas até que obtido consenso por acordo sobre a modelização da intervenção. Os informantes-chave propuseram mudanças relevantes nos modelos apresentados, como a necessidade de ressaltar a vinculação do NASF à AB e de deixar claros os resultados esperados do trabalho integrado às equipes apoiadas.

Segundo Hartz (1997), a maior vantagem dessa técnica é a possibilidade de troca de ideias e de confronto entre opiniões divergentes, originando um consenso nascido de um debate rico que tende a ser bastante sólido. Por outro lado, rebate a autora, o comitê tradicional tem a desvantagem de permitir a influência do argumento de autoridade ou de prevalescimento de opiniões mais pela ênfase na defesa da uma posição do que pela qualidade de seus argumentos.

Diferenças de valores ideológicos, culturais e éticos ou a existência de problemas de relacionamento interpessoal também podem ser fatores limitantes da técnica de consenso prevista e, assim como as questões anteriormente descritas, foram consideradas na seleção dos especialistas convidados e na condução das oficinas realizadas.

4.1.2 Elaboração e validação da matriz de avaliação e julgamento

A matriz de indicadores foi definida a partir dos modelos teórico e lógico validados e tendo como base o referencial teórico e as normativas que tratam sobre o objeto dessa pesquisa. Sua validação foi realizada através da técnica mista denominada Conferência de Consenso, que procura conciliar a possibilidade da discussão aberta sobre os instrumentos elaborados e a preservação do anonimato dos participantes (SOUZA, SILVA & HARTZ, 2010):

Para isso, inicialmente, foi enviado um questionário eletrônico contendo a matriz previamente elaborada para especialistas selecionados a partir de seu conhecimento e/ou prática relacionada à Atenção Básica e/ou à avaliação em saúde, totalizando 12 informantes-chave. Nesta etapa, foi garantida representação similar à fase de consensuação dos modelos, ainda que alguns dos especialistas tenham sido modificados em função da impossibilidade de participação daqueles anteriormente convidados (HARTZ, 1997). Os especialistas responderam o questionário individualmente e indicaram, dentro de um prazo previamente estipulado, sua completa concordância, discordância parcial ou total discordância em relação aos elementos da matriz, indicando, quando pertinente, sugestões de alterações.

Após a consolidação dos dados da primeira etapa, os especialistas foram convidados para uma oficina de consenso presencial a fim de debater sobre as questões que não apresentaram total consenso na etapa anterior (HARTZ, 1997). Uma tabela com o consolidado das respostas obtidas foi discutida, possibilitando novamente que colocassem suas opiniões e sugestões em relação à matriz de indicadores. As contribuições dos especialistas foram significativas para esclarecer resultados esperados, redefinir indicadores inicialmente direcionados à avaliação de processo, qualificar medidas e perguntas para verificação dos indicadores e reestruturar a matriz de maneira a atender ao objetivo de avaliar resultados alcançados pelo NASF a partir do trabalho integrado às equipes apoiadas.

Na etapa seguinte, um questionário contendo a matriz com as alterações sugeridas nas etapas anteriores foi enviado, com nova manifestação dos informantes-chave em relação à concordância ou discordância (parcial ou total) em relação aos elementos apresentados. Diante do total consenso obtido, não houve necessidade de realizar tratamento estatístico das respostas a fim de selecionar indicadores e medidas com maior consenso para composição do instrumento final de pesquisa. A matriz de avaliação e julgamento pode ser visualizada nos Apêndices A e B.

A utilização dessa técnica objetiva essencialmente reduzir o tempo de duração do processo de consenso que poderia ser originado diante da utilização de outros tipos de técnicas frequentemente aplicadas nos estudos avaliativos (HARTZ, 1997). Além disso, reduz a possibilidade de ocorrência de argumentos de autoridade e de problemas de relacionamento interpessoal no consenso (por meio da etapa à distância), ao mesmo tempo em que, na etapa presencial, promove discussão e interação entre os componentes nas questões discordantes (HARTZ, 1997).

4.2 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

Os estudos de caso são indicados quando queremos examinar o conjunto das relações que existem entre as diferentes variáveis necessárias para entender um fenômeno complexo, quando o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos ou quando se trabalha com uma problemática contemporânea (HARTZ, 1997).

De um modo geral, o estudo de caso é uma investigação empírica de um fenômeno que dificilmente poderia ser isolado ou dissociado do seu contexto, revelando-se essencial, por exemplo, para avaliar

intervenções em que é difícil diferenciar os efeitos por elas produzidos dos que podem ser atribuídos às características do meio de implantação (HARTZ, 1997).

A potência explicativa dessa metodologia consiste na profundidade da análise do caso e não no número de unidades. Nesse sentido, buscou-se aumentar a validade da construção do estudo de caso a partir da definição prévia dos procedimentos a ser observados (que serviram como base para a definição dos casos) e da seleção de múltiplas fontes de dados. A validade externa foi buscada através da definição de estudos de casos múltiplos com análise imbricada (HARTZ, 1997).

4.2.1 Seleção dos casos

Para a definição das equipes NASF que fizeram parte da etapa de estudo de casos, foi desenvolvido previamente um estudo de corte transversal de natureza quantitativa na Região de Saúde da Grande Florianópolis, selecionada por abranger a capital de Santa Catarina (SC) e possuir municípios de portes variados e pontos de atenção especializada que oferecem retaguarda assistencial, o que deve contribuir para melhorar a integração do NASF junto às equipes apoiadas, evitando que assumam o papel de outros níveis de atenção (CUNHA & CAMPOS, 2011).

Nessa etapa, foram identificados os NASF melhor classificados quanto ao grau de integração às equipes vinculadas, segundo modalidade implantada. Para isso, inicialmente foram identificados os Núcleos implantados na Região de Saúde da Grande Florianópolis, Santa Catarina, por meio de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A Gerência de Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (GEABS) também foi consultada, a fim de autorizar a realização do estudo no âmbito da Atenção Básica de Santa Catarina e de identificar se ainda existiam NASF na modalidade SC (cofinanciados com recursos estaduais) em funcionamento no momento da coleta de dados. Para inserção no estudo, os NASF SC existentes foram considerados implantados na modalidade correspondente aos NASF financiados pelo Ministério da Saúde, conforme número de equipes apoiadas.

Para caracterização dos NASF e de sua integração às equipes vinculadas, foi aplicado um questionário (Apêndice C). O questionário se caracteriza por ser um instrumento de pesquisa constituído por uma série ordenada de perguntas objetivas, muitas vezes com alternativas de

respostas já codificadas, e que podem conter também algumas perguntas abertas (MARSIGLIA, 2007). Neste estudo, foi composto por questões adaptadas do Instrumento de Avaliação Externa dos NASF do PMAQ – bloco do componente comum de avaliação, especialmente eixo 5: “qualificação do cuidado na Atenção Básica” – e do Modelo Lógico de Integração dos NASF na APS em seus componentes “fortalecimento da integração assistencial”, “retaguarda especializada” e “gestão da atenção especializada” (BRASIL, 2013d, ZEPEDA, 2013).

O instrumento foi organizado em quatro dimensões e suas respectivas variáveis: 1) Perfil da equipe em relação à modalidade e à composição dos NASF e ao número de equipes de AB e UBS vinculadas; 2) Contexto de atuação do NASF, envolvendo aspectos relacionados ao principal critério utilizado para definição dos profissionais que compõem o NASF, à compreensão dos profissionais das equipes em relação à lógica de atuação preconizada e às condições estruturais para sua atuação na APS; 3) Integração organizacional entre NASF e equipes apoiadas nas UBS, englobando periodicidade mínima para encontro de 50% ou mais dos profissionais do NASF e carga horária disponibilizada para cada equipe apoiada, formas de contato com as equipes de AB, mecanismos de registro de informações, horário de trabalho compatível ao das equipes vinculadas e pactuação de cronograma de atividades e de formas de contato em situações urgentes ou imprevistas; e, 4) Integração entre NASF e equipes apoiadas para ações de planejamento e assistência no que concerne à forma de compartilhamento de casos, ações desenvolvidas por 50% ou mais dos profissionais do NASF, tempo médio de espera para atendimento por 50% ou mais dos profissionais do NASF a uma solicitação das equipes e outras condições identificadas nas ações de planejamento e assistência com as equipes apoiadas, como monitoramento de solicitações de apoio e utilização de instrumentos de gerenciamento conjunto de casos compartilhados. No Apêndice C estão apresentados os questionamentos realizados aos respondentes em cada uma das dimensões analisadas.

O questionário foi previamente validado junto ao responsável pela coordenação do NASF na GEABS. Posteriormente, foi realizado contato telefônico com responsáveis pela coordenação do NASF/AB dos dezoito municípios que possuíam ao menos um NASF implantado na Região de Saúde da Grande Florianópolis. Obtendo-se aceite para participação, o questionário foi encaminhado por meio eletrônico. Os sujeitos de pesquisa foram coordenadores de NASF/AB ou profissionais que compõem o NASF, definidos localmente pelo responsável municipal pelo NASF/AB a partir do critério de conhecimento e

envolvimento com a equipe, seguido de maior tempo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Excepcionalmente, em Florianópolis o formulário foi respondido por mais de um profissional integrante de cada NASF em função da disponibilidade de sua aplicação em reuniões mensais de equipe. A coleta foi realizada de outubro de 2015 a junho de 2016.

Para análise, os dados foram digitados no programa Microsoft Excel®. As respostas foram convertidas para escores de 0 a 2, correspondentes ao que se considera adequado (escore 2), parcialmente adequado (escore 1) e inadequado (escore 0). A valoração foi previamente definida com base em revisão de literatura e normativas. Apenas os dados acerca do perfil das equipes NASF não sofreram conversão a escores. Em seguida, os NASF foram estratificados segundo modalidade.

A pontuação total atingida por cada Núcleo foi definida pela soma dos escores. Em Florianópolis, essa definição ocorreu pela mediana dos escores alcançados tomando-se o cuidado de excluir instrumentos que não foram respondidos na íntegra ou em que os profissionais responderam a mais de uma alternativa em questões com única resposta. Na ocorrência de número par de respondentes, excluíram-se, ainda, instrumentos preenchidos por profissionais com menor tempo de NASF ou, quando vinculados pelo mesmo tempo, aqueles preenchidos por profissionais da categoria profissional menos prevalente nos NASF de Santa Catarina.

Para a caracterização do grau de integração do NASF às equipes apoiadas, foi definido, em função da ênfase do estudo à integração entre as equipes, peso 1 para a soma dos escores da dimensão contexto de atuação da equipe NASF e peso 2 para as dimensões grau de integração organizacional às equipes apoiadas nas UBS e grau de integração para ações de planejamento e assistência. A dimensão perfil da equipe foi analisada de maneira descritiva. Com base na pontuação total passível de ser atingida, foram definidos tercis para a avaliação de grau insatisfatório de integração às equipes de AB (0 a 29 pontos), grau intermediário de integração (30 a 59 pontos) e grau satisfatório de integração às equipes vinculadas (60 a 88 pontos).

Após a identificação do grau de integração dos NASF às equipes de AB, a definição dos Núcleos para a etapa de estudo de casos foi realizada considerando-se os seguintes critérios:

a) Pareamento dos NASF em relação ao grau de integração às equipes apoiadas (incluindo equipes com grau satisfatório de integração, a fim de estudar os casos exitosos);

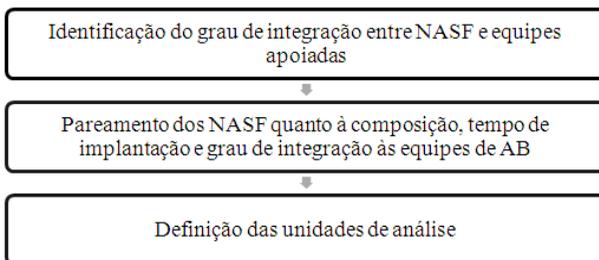
b) Pareamento dos NASF por tempo de funcionamento da equipe (mínimo de 2 anos de implantação);

c) Pareamento dos NASF por composição, considerando-se a necessidade de que apresentassem as 3 categorias profissionais mais prevalentes nos NASF de Santa Catarina (psicologia, fisioterapia e nutrição), exceto em caso de NASF III que apresentasse no máximo uma categoria diferente das indicadas pelo número reduzido de profissionais que integram essa modalidade de NASF.

Identificou-se 6 NASF que atenderam a todos os critérios, sendo 5 NASF I e 1 NASF III. Nenhum NASF na modalidade II apresentou grau satisfatório de integração às equipes vinculadas. Previamente, definiu-se que o número de equipes a ser incluído na etapa de estudo de casos seria de três NASF, abrangendo uma equipe de cada modalidade implantada na Região de Saúde estudada (NASF I, NASF II e NASF III). Entretanto, diante da inexistência de NASF na modalidade II com grau satisfatório de integração às equipes apoiadas e da viabilidade da realização da pesquisa em no máximo 5 casos, decidiu-se pela inclusão das 4 equipes NASF I em diferentes municípios com maior pontuação de integração atingida e da única equipe NASF III com grau satisfatório de integração, observando-se os demais critérios de inclusão anteriormente descritos.

Como unidades de análise foram definidos os NASF e as equipes apoiadas distribuídas da seguinte forma: NASF I.1 com 08 equipes vinculadas, NASF I.2 com 07 equipes apoiadas, NASF III.1 com vinculação a 01 equipe de AB, NASF I.3 com 09 equipes vinculadas e NASF I.4 com 06 a 23 equipes de AB apoiada, a depender da categoria profissional inserida no NASF.

Figura 3: Representação esquemática das etapas da seleção de casos.



4.2.2 Fontes de evidências e coleta de dados

Nos estudos de caso, entrevistas semiestruturadas e documentos foram utilizados como fontes de evidências. Para a aplicação das entrevistas, foi realizado pré-teste do roteiro com uma equipe NASF com grau intermediário de integração às equipes apoiadas, abrangendo uma entrevista individual com três profissionais de apoio (nutricionista, psicólogo e farmacêutico) e três entrevistas com equipes de AB vinculadas (no mínimo com um profissional de nível superior de cada entrevista). O roteiro foi testado quanto ao vocabulário, entendimento da questão pelos entrevistados e formulação da pergunta de modo a ter a menor interferência possível na resposta (PANIZZI, 2015). A aplicação do instrumento nesta etapa contribuiu para a realização de ajustes em relação à estrutura do roteiro, à inclusão de exemplos para alguns dos questionamentos levantados e à forma de aplicação da entrevista com o NASF, que passou a ser realizada simultaneamente com três profissionais desta equipe. A versão final do roteiro de entrevistas pode ser visualizada no Apêndice D.

Nos casos selecionados, após aplicação da entrevista conjunta com o NASF, oportunizou-se fala individual ao final da mesma, não demandada pelos profissionais. No município que conta com NASF Modalidade III, uma equipe de AB foi entrevistada, enquanto nos demais NASF (Modalidade I), foram entrevistadas três equipes de AB apoiadas em cada município. As entrevistas foram realizadas com, no mínimo, um profissional de nível superior de cada equipe apoiada. Não foram incluídos gestores de saúde no estudo por priorização à identificação de resultados a partir do olhar dos profissionais diretamente envolvidos na relação estabelecida a partir do apoio matricial.

Ao total, no período de janeiro a maio de 2017, foram realizadas 18 entrevistas com: NASF Modalidade I (4 entrevistas), NASF Modalidade III (1 entrevista) e equipes de AB apoiadas (13 entrevistas). As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora e realizadas no ambiente de trabalho dos profissionais, conforme sua disponibilidade, em local reservado que permitisse resguardar o sigilo das informações coletadas. Anteriormente à aplicação do roteiro, foi realizada a leitura e solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os respondentes das equipes NASF se distribuíram da seguinte forma: fisioterapeuta (4 profissionais), nutricionista (5 profissionais), profissional de educação física (1 profissional) e psicólogo (5 profissionais). Os respondentes das equipes de AB variaram de um (5

equipes de AB) a dois profissionais de nível superior (7 equipes de AB), com predominância de enfermeiros como respondentes. Apenas na entrevista com uma equipe de AB, todos os profissionais, incluindo enfermeiro, médico, ACS, técnico de enfermagem e equipe de saúde bucal, participaram da aplicação do roteiro (1 equipe).

As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas em sua íntegra, resguardando-se o sigilo dos entrevistados, que foram identificados pelo tipo de equipe a que estão vinculados e o número de codificação da entrevista (exemplos: NASF1; EAB1). O tempo total de entrevistas foi de 13 horas e 27 minutos, com uma média aproximada de 45 minutos por entrevista.

Por fim, os dados foram complementados pela pesquisa documental através da coleta de documentos na data da própria entrevista junto às equipes que fizeram parte deste estudo. Segundo Neves (1996), a pesquisa documental é constituída pela análise de materiais que ainda não receberam tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com a finalidade de obtenção de uma interpretação nova ou complementar. A análise documental é uma valiosa forma de abordagem de dados qualitativos, complementando informações obtidas pelas demais técnicas de pesquisa utilizadas (LUDKE& ANDRE, 1986). Dessa forma, tem-se acesso a evidências que fundamentam a discussão sobre o tema, representando uma fonte natural de informações. Neste estudo, os documentos analisados buscaram registrar o cuidado compartilhado entre NASF e equipes apoiadas, configurando-se como atas de discussão de casos ou de reuniões realizadas entre as equipes, agenda dos profissionais do NASF, documentos sobre ações realizadas com outros serviços de saúde ou intersetoriais e outros.

4.2.3 Análise dos dados

A análise dos dados obtidos foi realizada através da análise de conteúdo, tomando como base os elementos da matriz de avaliação e julgamento (MAJ) por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitiram que as informações fossem decompostas e agregadas de acordo com os elementos da matriz (BARDIN, 2004; PANIZZI, 2015).

Para análise das entrevistas, foi realizada leitura flutuante do material (pré-análise), verificando-se a pertinência das respostas quanto às perguntas. Em seguida, procedeu-se à exploração do material, analisando-se a convergência ou a divergência das respostas entre os entrevistados nos casos estudados. As respostas foram mapeadas de

acordo com os indicadores da matriz de avaliação, com extração de trechos das entrevistas e síntese das observações. Por fim, procedeu-se à interpretação das falas.

Os documentos obtidos através da pesquisa documental foram mapeados a partir de temas-chave a fim de possibilitar a organização da descrição dos dados. A análise foi realizada tanto no sentido de contribuir para a qualificação das informações das entrevistas quanto na disponibilização de novas informações.

A determinação do grau de resultados (GR) dos casos orientou-se pela proporção entre a pontuação máxima esperada e a observada em cada uma das dimensões e subdimensões da MAJ, considerando-se parâmetros previamente estabelecidos. Houve variação da pontuação total estimada, com valorização dos resultados alcançados na dimensão Escopo e oferta de ações na Atenção Básica (40), cuja pontuação foi idêntica em todos os indicadores (10). Na dimensão Coordenação e Longitudinalidade (30), considerou-se o máximo de 15 pontos para cada subdimensão, distribuídos entre os indicadores. A menor pontuação é justificada em função do reconhecimento de que a equipe de AB é referência pelo cuidado, tendo o NASF a função de apoiá-la para maximizar seu potencial em responder aos atributos de coordenação do cuidado e longitudinalidade da Atenção Primária.

A proporção do somatório dos pontos observados em relação à pontuação máxima para cada caso determinou o grau de resultados: $GR = (\sum \text{pontuação obtida} / \sum \text{pontuação máxima}) \times 100$. O ajuizamento final do GR considerou a distribuição quartil: a) de 76% a 100% - “resultados avançados”; b) de 51% a 75% - “resultados intermediários”; c) de 26% a 50% - “resultados incipientes”; d) de 0% a 25% - “resultados muito incipientes”.

Por fim, foi realizada análise imbricada, com apreciação das categorias de análise em cada um dos casos estudados, verificando-se o padrão encontrado e a existência de coincidências e divergências entre eles, bem como a identificação de características favoráveis ao alcance dos resultados esperados (PANIZZI, 2015). A apreciação dos resultados de NASF de Santa Catarina orientou-se pelos critérios de robustez e grau de mudança produzido pela intervenção, considerando-se (HARTZ, 1997, p. 60-1):

- Robustez: grau de constância com que uma intervenção produz resultados dentro dos diversos meios de implantação. São os resultados considerados fixos e não nulos, que não variam de uma organização a outra (ou seja, são produzidos com a introdução da intervenção

independentemente de fatores contextuais, como as modalidades de NASF implantadas);

- Grau de mudança: resultados que variam em função de fatores contextuais, como as modalidades de NASF existentes, considerados não nulos.

O grau de robustez foi definido quando a amplitude da variação entre a menor e a maior pontuação obtida pelos casos foi de 50% a 100% da pontuação máxima possível (resultados favoráveis) ou de 0% a 50% dessa pontuação (resultados desfavoráveis).

4.2.4 Divulgação dos resultados e retorno aos municípios

A divulgação dos resultados será realizada através da publicação de produção científica decorrente da elaboração da tese de doutorado, com a produção de artigos científicos a ser submetidos às revistas especializadas na área de Saúde Coletiva e apresentação em eventos científicos.

O retorno dos resultados do estudo aos municípios será realizado através do envio de relatórios às coordenações de Atenção Básica e/ou NASF. Será disponibilizada a possibilidade de realização de videoconferências para discussão dos resultados, caso exista interesse dos municípios participantes.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os preceitos éticos estabelecidos nas Resoluções CNS 196/96 e CNS 466/2012 foram respeitados nessa pesquisa, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (Parecer 1.248.870) em 29 de setembro de 2015 (Anexo A) (BRASIL, 1996; 2012c). A Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e os municípios participantes assinaram declaração de anuência, concordando com a realização da pesquisa (Apêndice E). Todos os participantes assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F), onde foram explicitadas informações sobre o estudo e as pesquisadoras envolvidas.

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa, de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, são apresentados na forma de artigos científicos.

O primeiro artigo, intitulado “Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura”, trata dos resultados que se pretende alcançar a partir da implantação dos NASF no Brasil, identificados em literatura científica e em documentos do Ministério da Saúde. Este artigo foi publicado na Revista Saúde e Sociedade (v. 25, n. 4, p. 976-87, 2016).

O segundo artigo, intitulado “Caracterização de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e integração às equipes de Saúde da Família vinculadas”, apresenta a caracterização dos NASF da Região de Saúde da Grande Florianópolis, Santa Catarina, com foco no grau de integração às equipes vinculadas. Este artigo foi submetido à Revista de APS e encontra-se aprovado, aguardando-se sua publicação.

O terceiro artigo, intitulado “Avaliabilidade de Núcleos de Apoio à Saúde da Família”, apresenta a modelização da intervenção, bem como a matriz de avaliação elaborada, contando com os indicadores de resultados e suas respectivas medidas e fontes de informação. Este artigo foi submetido à Revista de Saúde Pública e encontra-se aprovado, aguardando-se sua publicação.

O quarto artigo, intitulado “Avaliação de resultados de Núcleos de Apoio à Saúde da Família: estudo de caso em Santa Catarina, Brasil”, apresenta os resultados alcançados pelas equipes estudadas. Este artigo será submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública.

Por fim, no quinto artigo, intitulado “Potencialidades, contexto e realidade: estratégias para o alcance de resultados por NASF”, são apresentados resultados produzidos por NASF, identificando-se características favoráveis para a produção dos resultados esperados. Este artigo será submetido à Revista de Saúde Pública.

5.1 ARTIGO 1 – RESULTADOS ESPERADOS DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO DE LITERATURA

Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura

Expected results of the Family Health Support Centers: literature review

Thaís Titon de Souza
Maria Cristina Marino Calvo

Resumo

Os resultados esperados das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) não são explícitos, ainda que promissores para a ampliação do acesso à saúde, a integralidade e a interdisciplinaridade. A fim de identificá-los, realizou-se revisão de literatura, em abril de 2015, nas bases *Lilacs* e *SciELO* e em documentos ministeriais. Os achados foram sistematizados em objetivos específicos do NASF e, posteriormente, em resultados intermediários e finais esperados. Encontraram-se intenções de que o NASF impacte positivamente sobre as dimensões “equipes apoiadas”, “usuários”, “integração entre serviços” e “modelos de atenção”, fortalecendo a Atenção Básica e contribuindo para avanços nas políticas de saúde no Brasil. Concluiu-se que, em geral, os resultados esperados são amplos e dependentes de fatores não gerenciáveis pelo NASF, visto como potencial indutor de mudanças sobre aspectos complexos do Sistema de Saúde. É necessário, portanto, aprofundar a compreensão sobre resultados que efetivamente possam ser atribuídos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, considerando os demais aspectos envolvidos para seu alcance.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Avaliação em Saúde.

Abstract

The expected results of the actions from the Family Health Support Centers (NASF) are not explicit, although they are promising to the expansion of the access to health, comprehensive care and interdisciplinarity. In order to identify them, literature review was held, in April 2015, in *Lilacs* and *SciELO* bases and ministerial documents. The

findings were summarized in NASF's specific objectives and, subsequently, in intermediate and final expected results. Evidences were found that NASF impacts positively on the "supported teams", "users", "integration of services" and "models of care" dimensions, strengthening primary care and contributing to advances in health policies in Brazil. It was concluded that, in general, the expected results are broad and dependent on factors out of NASF's control, seen as change-inducing potential on complex aspects of the Health System. It is therefore necessary to deepen the understanding of results that can actually be attributed to the Family Health Support Centers, considering the other aspects involved in its execution so that they can be achieved.

Keywords: Primary Health Care; Public Health Policy; Health Evaluation.

Introdução

Estudos realizados, desde a década de 1990, têm apontado importantes desafios para a consolidação de um modelo assistencial com base na Atenção Primária em Saúde (APS), tais como a "capacidade gestora dos municípios, o vínculo dos profissionais e, ante a incipiente implantação de redes regionalizadas de atenção à saúde, o desafio de ofertar cuidados contínuos e coordenados" (Heimann et al., 2011, p. 2878). A pouca efetivação da integralidade da atenção também tem limitado essa consolidação, com necessidade de mudanças nas práticas de saúde, avançando para um trabalho interdisciplinar e em equipe (Campos, 2003).

Diferentes estratégias têm sido experimentadas no intuito de incrementar a capacidade da APS em prover serviços, coordenar o cuidado e favorecer a integração entre níveis de atenção (Almeida et al., 2010). No Brasil, uma delas foi institucionalizada recentemente com a implantação, em 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente com as seguintes modalidades: NASF 1 – que apoia de 5 a 9 equipes de Saúde da Família (SF) e/ou equipes de Atenção Básica (AB) para populações específicas (equipes de SF/AB), NASF 2 – que apoia de 3 a 4 equipes vinculadas – e NASF 3 – com 1 ou 2 equipes apoiadas. As modalidades ainda se diferenciam quanto à jornada de trabalho semanal da equipe NASF e de cada uma das ocupações e dos profissionais que a compõem (Brasil, 2008; 2012a).

Conformados segundo as necessidades locais, os NASF estão inseridos na Atenção Básica, buscando integrar diferentes saberes e

desenvolver práticas de saúde na perspectiva de uma atenção resolutiva (Brasil, 2008). Seu trabalho é norteado pela interdisciplinaridade e integralidade da atenção e pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial (Brasil, 2012b). Os profissionais de apoio devem utilizar artifícios técnico-pedagógicos ou assistenciais que melhor respondam às necessidades das equipes e dos usuários ou territórios vinculados, a partir de pactuações realizadas conjuntamente com as equipes apoiadas (Campos; Domitti, 2007).

O direcionamento ministerial é para sua operacionalização a partir do referencial do apoio matricial, porém outros modelos organizativos são encontrados. Um deles diz respeito à manutenção do modelo biomédico, focado apenas nas questões assistenciais e na reprodução do padrão ambulatorial de atenção. Outro modelo refere-se à função de apoio institucional, através de atividades gerenciais-administrativas para solução de problemas burocráticos em Unidades Básicas de Saúde e política-institucionais, servindo como reforço ao direcionamento da gestão na condução das ações de saúde (Sampaio et al., 2012).

Considerando a atuação do NASF a partir da organização de seu processo de trabalho com base no referencial do apoio matricial, os resultados alcançados ainda não estão explícitos nas bibliografias existentes sobre esse objeto. Poucos estudos relatam os resultados das ações sobre as equipes vinculadas e a população assistida. As pesquisas sobre o tema estão, em geral, relacionadas à sua implantação ou ao seu papel e às ações que podem ser desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais na AB, considerando-as promissoras propostas de ampliação do acesso da população aos cuidados em saúde, de interdisciplinaridade e, por fim, de integralidade da atenção (Barbosa; Ferreira; Furbino, 2010; Barros; Farias Junior, 2012; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Scabar; Pelicioni; Pelicioni, 2012; Souza; Ayres; Marcondes, 2012). Além disso, mecanismos de monitoramento e avaliação de ações e resultados alcançados pelo NASF demonstram, ainda, estarem em uma etapa incipiente de desenvolvimento (Magalhães, 2011). Este estudo se propõe, portanto, a verificar os resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na literatura sobre o tema.

Método

Foi realizada revisão de literatura, tendo-se como objeto a produção de conhecimentos sobre os resultados esperados a partir da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Básica. Foram consultadas as bases de dados *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências) e *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*) e documentos do Ministério da Saúde. A pesquisa ocorreu no mês de abril de 2015, utilizando-se os termos de busca “Núcleo de Apoio à Saúde da Família”, “NASF”, “apoio matricial” e “matriciamento” nos títulos das publicações, uma vez que termos equivalentes não estão disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Adotaram-se como critérios de inclusão dos materiais ao estudo: existência de um ou mais termos de busca no título do documento; disponibilidade *online* do texto completo; idioma português; e, período de publicação entre 2010 e 2015 para artigos e entre 2004 a 2015 para documentos ministeriais. Tomou-se o cuidado de excluir artigos que tratavam sobre aspectos exclusivos de categorias profissionais que compõem o NASF e/ou experiências de apoio matricial não desenvolvidas por essas equipes, além de artigos que se repetiram entre as bases consultadas. Na apreciação dos documentos oficiais, não foram analisados aspectos específicos de categorias profissionais, primando-se pelos resultados esperados a partir da atuação da equipe NASF.

Inicialmente, foram encontrados 129 artigos, sendo 72 indexados na base de dados *Lilacs* e 57 artigos na base *SciELO*, além de 9 documentos do Ministério da Saúde. Dentre o material recolhido, 18 artigos e 9 documentos ministeriais (3 portarias, 3 cartilhas, 2 Cadernos de Atenção Básica e 1 relatório) foram selecionados para análise por serem pertinentes ao objeto de estudo e se enquadrarem nos critérios de seleção previamente definidos. Ressalta-se que a delimitação da busca por estudos que tratassem de aspectos gerais da equipe NASF e a duplicação de artigos nas bases pesquisadas contribuíram para a exclusão de grande número de artigos. A seleção final pode ser observada na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma de seleção de artigos e documentos do Ministério da Saúde.



Para a organização dos dados dos estudos selecionados, foram identificados autoria, ano de publicação, base de dados de indexação, periódico de publicação e objetivo do estudo (Quadro 1). Após leitura dos materiais, os dados foram sistematizados e o *corpus* obtido foi submetido à análise de conteúdo, verificando-se que os resultados esperados a partir da implantação do NASF não estão explícitos nos documentos encontrados sobre o tema.

Em consequência, as autoras procederam à sistematização de objetivos específicos do NASF e, posteriormente, resultados intermediários e finais esperados. Para isso, partiu-se da compreensão de que um objetivo é algo que se pretende realizar (que orienta as ações a serem realizadas pelo NASF) e de que um resultado é algo que se pretende alcançar (ou seja, o efeito das ações realizadas pelo NASF). A síntese e a sistematização permitiram, por fim, o agrupamento dos dados por similaridade em 4 categorias empíricas, apresentadas neste estudo.

Resultados e discussão

A sistematização dos materiais analisados resultou na identificação de intenções de que o NASF impacte positivamente sobre 4 dimensões: “equipes apoiadas”, “usuários”, “integração entre serviços” e “modelos de atenção à saúde vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Quadro 1: Informações dos artigos selecionados para análise.

Autoria	Ano	Tipo de estudo	Objetivo(s)
Nascimento; Oliveira	2010	Artigo de revisão	Apresentar reflexões sobre ferramentas do cotidiano do NASF e competências profissionais requeridas
Rodrigues et al.	2010	Estudo quantitativo transversal	Avaliar a autoestima de adolescentes gestantes de baixa renda assistidas pelo NASF
Cunha; Campos	2011	Relato de experiência	Apresentar a proposta de apoio matricial e equipe de referência como recurso para organização do trabalho em saúde na AB
Oliveira; Rocha; Cutolo	2012	Relato de experiência	Relatar experiência de atuação em um projeto-piloto de NASF
Sampaio et al.	2012	Estudo qualitativo	Identificar como o NASF faz operar processos organizativos da rede local de saúde, funcionando como dispositivo de gestão
Silva et al.	2012	Estudo qualitativo	Descrever a construção coletiva de uma proposta de NASF
Souza; Ayres; Marcondes	2012	Estudo qualitativo exploratório	Identificar a percepção de usuários sobre o NASF
Anjos et al.	2013	Revisão de literatura	Refletir sobre perspectivas e desafios do NASF quanto às práticas em saúde
Lancman et al.	2013	Estudo de caso	Compreender organização, condições de trabalho e vivências subjetivas relacionadas ao trabalhar no NASF e identificar interfaces entre seu processo de trabalho e das equipes apoiadas
Bonaldi; Ribeiro	2014	Estudo qualitativo exploratório e descritivo	Compreender a organização das ações de promoção da saúde no cotidiano de trabalho de uma equipe NASF
Brites et al.	2014	Estudo qualitativo exploratório e descritivo	Identificar se um Programa de Residência Multiprofissional contribui na formação para o SUS utilizando o dispositivo de apoio matricial
Campos et al.	2014	Revisão narrativa	Apresentar síntese sobre a concepção Paideia e suas aplicações metodológicas

Autoria	Ano	Tipo de estudo	Objetivo(s)
Fragelli; Shimizu	2014	Estudo qualitativo	Identificar competências profissionais para o processo de trabalho do NASF
Leite; Nascimento; Oliveira.	2014	Estudo qualitativo descritivo e exploratório	Identificar percepções acerca da qualidade de vida dos trabalhadores do NASF e aspectos facilitadores e dificultadores no trabalho
Moura; Luzio	2014	Estudo qualitativo	Apresentar a contribuição do NASF para a discussão dos processos de trabalho e da organização de serviços de saúde
Ribeiro et al.	2014	Estudo quantitativo descritivo	Avaliar a atuação do NASF através do conhecimento e da avaliação de serviços pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família
Sobrinho et al.	2014	Estudo quantitativo transversal	Apresentar a distribuição do apoio matricial no Brasil e identificar relações entre as atividades e a certificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
Oliveira; Campos	2015	Artigo de revisão	Analisar a construção teórica e prática da metodologia do apoio matricial

Dimensão 1: Resultados sobre as equipes apoiadas

A implantação do NASF e o desenvolvimento de um trabalho integrado junto às equipes de SF/AB devem contribuir para o aumento da eficácia das equipes apoiadas e de sua resolubilidade na Atenção Básica (Nascimento; Oliveira, 2010; Cunha; Campos, 2011; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Brasil, 2014; Campos et al., 2014).

Para o cumprimento dos objetivos que norteiam as ações desenvolvidas pelo NASF nessa dimensão, há uma forte aposta na capacidade das atividades técnico-pedagógicas do apoio matricial como indutoras de mudanças que possibilitem os resultados esperados sobre as equipes apoiadas, incluindo o alcance da resolubilidade desejada (Nascimento; Oliveira, 2010; Cunha; Campos, 2011; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Brasil, 2014; Campos et al., 2014). Foi verificado, por exemplo, que as atividades de apoio matricial que mais contribuíram para melhor certificação das equipes no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foram as ações de educação permanente, como atividades clínicas compartilhadas,

discussões de processo de trabalho e intervenções no território (Sobrinho et al., 2014).

Espera-se, portanto, o fortalecimento das equipes apoiadas para a efetivação do cuidado por meio de ações que aumentem sua capacidade para análise e atuação sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e de intervenção coletiva (Brasil, 2012b; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Silva et al., 2012; Anjos et al., 2013; Moura; Luzio, 2014). Além disso, é prevista a revisão dos encaminhamentos realizados pelas equipes de SF/AB, de forma que sejam qualificados e reduzidos, resultando na ampliação de sua capacidade de coordenação e continuidade do cuidado com utilização mais racional dos recursos terapêuticos nas Redes de Atenção à Saúde – RAS (Brasil, 2008; Silva et al., 2012; Brasil, 2014)

Todavia, para a efetivação do apoio matricial e o alcance dos resultados esperados sobre as equipes apoiadas, a simples presença do profissional do NASF não é suficiente. É necessária revisão das práticas em direção ao compartilhamento e à consolidação de uma nova forma de produção do cuidado, privilegiando o conhecimento e a atuação interdisciplinar, o que, em muitas situações, têm sido de difícil operacionalização na experiência das equipes envolvidas (Silva et al., 2012; Anjos et al., 2013; Sobrinho et al., 2014).

Embora se preconize o trabalho compartilhado, aspectos relacionados às metas de produtividade para os profissionais das equipes de SF/AB em contraposição à lógica do compartilhamento do NASF interferem para o sucesso das ações, influenciando a qualidade das relações estabelecidas, o tempo disponível para a atenção compartilhada e o alcance dos resultados esperados com sua implantação (Lancman et al., 2013; Bonaldi; Ribeiro, 2014). É certo, portanto, que nem todas as equipes NASF encontram facilidade de integração e articulação com as equipes apoiadas, resultando frequentemente na manutenção do modelo biomédico de atenção em um contexto desfavorável para a promoção da saúde, ainda associada ao conceito de prevenção e focada em habilidades pessoais (Sampaio et al., 2012; Bonaldi; Ribeiro, 2014).

Destaca-se ainda que a oferta de apoio institucional pelo NASF é também apresentada como um objetivo para a efetivação de mudanças almejadas sobre o processo de trabalho das equipes apoiadas (Moura; Luzio, 2014). O apoio institucional é definido como o acompanhamento qualificado do trabalho em equipes; ação de consultoria para analisar e qualificar os métodos de trabalho, visando aproximar atividades de gestão e atenção (Mori; Oliveira, 2009).

Apesar do potencial para ampliação da capacidade organizativa da AB, essa função não está descrita nos documentos oficiais como uma de suas atribuições. Reflete-se que seu desempenho pode acarretar em sobrecarga ao NASF, pois é possível que não consiga conciliar a função do apoio matricial ao institucional, indicando que seria equivocada a incorporação da dupla carga de apoio por esses profissionais (Moura; Luzio, 2014). Além disso, pode resultar em uma relação de poder institucional entre NASF e equipes apoiadas, o que contraria a lógica preconizada pelo apoio matricial. A oferta de apoio institucional, portanto, não foi considerada como um objetivo do NASF nesse estudo, uma vez que a proposta mais reconhecida é de que essa equipe centre seu processo de trabalho na função de apoio matricial.

Quadro 2: Resultados esperados do NASF sobre as equipes apoiadas.

Objetivos	Resultados Intermediários	Resultado Final	Referências
✓ Ampliar e potencializar as ações das equipes apoiadas ¹	✓ Equipes de SF/AB fortalecidas e clínica ampliada consolidada ²	✓ Aumento da eficácia das equipes apoiadas e de sua resolubilidade ³	Nascimento; Oliveira, 2010 ³ ; Cunha; Campos, 2011 ^{2,3} ; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012 ³ ; Sampaio et al., 2012 ¹ ; Silva et al., 2012 ¹ ; Anjos et al., 2013 ² ; Bonaldi; Ribeiro, 2014 ¹ ; Brasil, 2014 ³ ; Campos et al., 2014 ³ ; Moura; Luzio, 2014 ² ; Oliveira; Campos, 2015 ²
✓ Qualificar e reduzir encaminhamentos das equipes apoiadas ⁴	✓ Ampliação da coordenação e da continuidade do cuidado pelas equipes de SF/AB ⁵		Brasil, 2008 ⁵ ; Nascimento; Oliveira, 2010 ³ ; Cunha; Campos, 2011 ³ ; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012 ³ ; Brasil, 2014 ^{3,4} ; Campos et al., 2014 ³

Dimensão 2: Resultados sobre os usuários da Atenção Básica

Diante de necessidades concretas da população, que requerem acesso a ofertas amplas de ações e serviços de saúde, a implantação do NASF deve promover o aumento da resolução das problemáticas de saúde dos usuários na AB (Brasil, 2008, 2010a, 2012b, 2013, 2014);

Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Silva et al., 2012; Anjos et al., 2013; Bonaldi; Ribeiro, 2014; Lancman et al., 2013; Leite; Nascimento; Oliveira, 2014; Sobrinho et al., 2014).

Nos artigos e documentos analisados, foram identificados dois objetivos para o alcance desse resultado. No primeiro deles, espera-se a oferta de cuidado para cada situação singular e de assistência às demandas e necessidades não alcançadas pelas equipes de SF/AB (Sampaio et al., 2012; Anjos et al., 2013; Brasil, 2014; Campos et al., 2014). Para isso, contribuem a atuação do NASF na análise de problemas e na elaboração de propostas de intervenção e a disponibilidade de ações assistenciais que aumentem o escopo de ações e promovam acessibilidade facilitada à atenção em saúde equânime, integral e de qualidade na AB (Brasil, 2008, 2010a, 2012b, 2014; Nascimento; Oliveira, 2010; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Silva et al., 2012; Sampaio et al., 2012; Anjos et al., 2013; Souza; Ayres; Marcondes, 2012; Bonaldi; Ribeiro, 2014; Campos et al., 2014; Fragelli; Shimizu, 2014; Lancman et al., 2013; Leite; Nascimento; Oliveira, 2014; Moura; Luzio, 2014; Sobrinho et al., 2014).

Embora a incorporação dos profissionais do NASF possa ampliar os recursos humanos disponíveis na AB, o escopo e a abrangência de ações com maior proximidade das ofertas no território em que vive a população, a manutenção de um trabalho fragmentado e desarticulado das equipes apoiadas não garante resultados mais extensivos, nem a qualificação da própria organização das ofertas de ações em saúde, pois podem estar desconectadas da realidade (Brasil, 2004, 2008, 2010a, 2010b, 2012b, 2014; Nascimento; Oliveira, 2010; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Anjos et al., 2013; Lancman et al., 2013; Leite; Nascimento; Oliveira, 2014; Ribeiro et al., 2014). É preciso, portanto, observar que a pactuação de fluxos e atividades com as equipes apoiadas se faz necessária, uma vez que a agregação de ações e ofertas pontuais ou isoladas decorrentes dos núcleos profissionais do NASF pode resultar em menos acesso e na perda de oportunidade de fortalecimento das equipes de SF/AB para a produção do cuidado (Brasil, 2014).

Busca-se, assim, a redução da fragmentação da atenção e a produção de ações mais abrangentes que aquelas segmentadas e isoladas. Para isso, a organização do processo de trabalho do NASF deve permitir a criação de espaços de discussão voltados à cogestão do cuidado, definindo projetos terapêuticos compartilhados e evitando medicalização, danos e iatrogenias provocadas por intervenções desnecessárias (Anjos et al., 2013; Campos et al., 2014; Lancman et al., 2013; Ribeiro et al., 2014). A pactuação entre as equipes deve, também,

evitar que o NASF assuma o papel de outros pontos de atenção, uma vez que a escassez de serviços especializados pode induzir sua utilização equivocada como substitutivo nas RAS (Cunha; Campos, 2011; Silva et al., 2012).

Quadro 3: Resultados esperados do NASF sobre os usuários da AB.

Objetivo	Resultado Intermediário	Resultado Final	Referências
✓ Oferecer cuidado singular e assistência em termos clínicos e sanitários às demandas e necessidades não alcançadas pelas equipes de SF/AB ¹	✓ Aumento do escopo de ações disponíveis e acessibilidade facilitada à atenção em saúde equânime, integral e de qualidade na AB ²	✓ Resolução aumentada das problemáticas de saúde dos usuários na AB ³	Brasil, 2008 ^{2,3} ; Brasil, 2010a ^{2,3} ; Nascimento; Oliveira, 2010 ² ; Brasil, 2012b ^{2,3} ; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012 ^{2,3} ; Sampaio et al., 2012 ^{1,2} ; Silva et al., 2012 ^{2,3} ; Souza; Ayres; Marcondes, 2012 ² ; Anjos et al., 2013 ^{1,2,3} ; Brasil, 2013 ³ ; Bonaldi; Ribeiro, 2014 ^{2,3} ; Brasil, 2014 ^{1,2,3} ; Campos et al., 2014 ^{1,2} ; Fragelli; Shimizu, 2014 ² ; Lancman et al., 2013 ^{2,3} ; Leite; Nascimento; Oliveira, 2014 ^{2,3} ; Moura; Luzio, 2014 ² ; Sobrinho et al., 2014 ^{2,3}

Dimensão 3: Resultados sobre a articulação entre serviços

A importância da articulação da Atenção Básica com outros serviços é evidenciada pela diversidade de demandas e necessidades de saúde apresentadas na situação sanitária brasileira, além de ser imperativo minimizar custos crescentes e evitáveis no tratamento das doenças, comumente evidenciados em sistemas fragmentados de atenção à saúde (Brasil, 2014).

O NASF deve, portanto, contribuir com essa articulação auxiliando na integração das linhas de cuidado e na implementação de projetos terapêuticos (Brasil, 2014). A mobilidade e a visão de situações relativas a diversas equipes favorecem sua interlocução com outros setores e pontos de atenção, formando conexões que incrementam

projetos terapêuticos elaborados conjuntamente com potencialidade para otimizar redes e fluxos assistenciais no território das equipes (Brasil, 2014). Essa atuação deve potencializar a AB como porta de entrada preferencial das RAS, reforçando estratégias de cooperação e trabalho horizontal entre os diferentes setores e pontos de atenção (Brasil, 2008, 2014).

Ainda, na medida em que está inserido na Atenção Básica e tem como foco a prática da clínica ampliada, pode promover a redução da medicalização e a racionalização do acesso aos serviços especializados de saúde a partir de ações como a reorganização da demanda e da rede de atenção secundária e terciária, a melhoria da relação entre os diferentes pontos de atenção e setores envolvidos com o cuidado e a otimização de fluxos de referência e contrarreferência instituídos (Cunha; Campos, 2011; Silva et al., 2012; Sobrinho et al., 2014). Tais contribuições são relevantes para a reestruturação da atenção e para a melhoria da acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, aspectos importantes frente às limitações e à frequente insuficiência da rede de serviços nos diversos pontos de atenção (Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Sampaio et al., 2012; Silva et al., 2012; Lancman et al., 2013; Brasil, 2014; Sobrinho et al., 2014).

Essa reorganização deve favorecer o acesso contínuo a cuidados em saúde oportunos e de qualidade. Porém, é preciso considerar que tais resultados dependem também de outros fatores, como o vínculo construído, a própria RAS implantada e sua capacidade de atuação e articulação entre os pontos de atenção (Silva et al., 2012; Brasil, 2014). Dessa forma, para garantir a integralidade e a universalidade da atenção, é necessário lembrar-se de outros fatores necessários para atingir os resultados esperados (Nascimento; Oliveira, 2010; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Silva et al., 2012; Brasil, 2014; Sobrinho et al., 2014).

Quadro 4: Resultados esperados do NASF sobre a articulação intra e intersetorial na Atenção Básica.

Objetivos	Resultados Intermediários	Resultado Final	Referências
✓ Articular a Atenção Básica às RAS e a outros setores ¹	✓ Consolidação do papel de coordenação do cuidado da Atenção Básica ²	✓ Acesso contínuo a cuidados em saúde oportunos e de qualidade ^{3,4}	Brasil, 2008 ² ; Brasil, 2012b ² ; Silva et al., 2012 ² ; Brasil, 2014 ^{2,4} ; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012 ³ ; Silva et al., 2012 ^{3,4} ; Sobrinho et al., 2014 ^{3,6}
✓ Contribuir para a organização e qualificação das ofertas de ações em saúde nas RAS ⁵	✓ Redução da medicalização e racionalização da oferta de recursos especializados de saúde ⁶		Nascimento; Oliveira, 2010 ⁵ ; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012 ³ ; Silva et al., 2012 ^{3,4,6} ; Sobrinho et al., 2014 ^{3,6} ; Brasil, 2014 ⁴ ; Campos et al., 2014 ⁶

Dimensão 4: Resultados sobre os Modelos de Atenção à Saúde

A implantação do NASF se deu em um contexto de disputa teórico-política do modelo de saúde no Brasil, o que – em conjunto com a margem de interpretação e frente às dificuldades de operacionalização do apoio matricial pelos gestores e pelas equipes – possibilitou a existência de distintos modelos de atuação (Sampaio et al., 2012). O NASF deve operar um modelo em defesa da vida centrado no compartilhamento de saberes e práticas que fortaleça a cogestão dos processos de trabalho. Todavia, o espaço de embate entre concepções de modelos e práticas de saúde estabelece a disputa pela implantação de diferentes modelos de atenção à saúde no SUS (Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Sampaio et al., 2012; Bonaldi; Ribeiro, 2014).

Identificou-se que a implantação do NASF tem o objetivo de superar a lógica verticalizada, fragmentada, especializada e medicalizadora do cuidado e da gestão em saúde, avançando para a atenção integral em conjunto com as equipes apoiadas (Brasil, 2008; Anjos et al., 2013; Campos et al., 2014; Moura; Luzio, 2014). Em consequência, as ações desenvolvidas devem resultar na reorientação do modelo de gestão e de atenção em saúde, em uma lógica contrária aos modelos convencionais de cuidados centrados na assistência curativa e

individual que possibilite a consolidação de modelos focados na atenção integral (Brasil, 2008, 2010a, 2014; Nascimento; Oliveira, 2010; Anjos et al., 2013; Bonaldi; Ribeiro, 2014; Campos et al., 2014; Moura; Luzio, 2014).

A reorientação para um modelo de atenção ampliado exige competências diferenciadas dos profissionais envolvidos, como a capacidade de trabalhar de modo colaborativo (Fragelli; Shimizu, 2014). Aponta-se, entretanto, que os profissionais das equipes envolvidas muitas vezes não possuem clareza sobre o trabalho integrado entre NASF e equipes vinculadas, o que ressalta a fragilidade do trabalho interdisciplinar em sua prática (Anjos et al., 2013; Ribeiro et al., 2014). Esse fato aliado a problemas estruturais – como a escassez de serviços especializados – favorece o desenvolvimento de ações fragmentadas e especializadas, que dificilmente contemplam a integralidade, fortalecendo, dessa maneira, modelos de atenção baseados no curativismo.

A despeito dessas e de outras questões complexas e amplas que interferem na definição e na adoção de modelos de atenção à saúde, para a transformação proposta é preciso fortalecer as gestões municipais e as equipes envolvidas para o trabalho colaborativo entre NASF e equipes apoiadas. A efetivação de espaços de apoio institucional e o incentivo ao compartilhamento horizontalizado de experiências positivas de articulação integral e interdisciplinar entre essas equipes devem ser incentivados, potencializando sua capacidade em transformar os modelos de cuidado em saúde.

Quadro 5: Resultados esperados do NASF sobre os Modelos de Atenção à Saúde.

Objetivo	Resultado Intermediário	Resultado Final	Referências
✓ Superar a lógica verticalizada, fragmentada, especializada e medicalizadora do cuidado e da gestão em saúde, em conjunto com a ESF ¹	✓ Reorientação do modelo de gestão e atenção em saúde ²	✓ Consolidação de modelos de cuidado em saúde focados na atenção integral ³	Brasil, 2010a ¹ ; 2010b ¹ ; Nascimento; Oliveira, 2010 ¹ ; Sampaio et al., 2012 ² ; Anjos et al., 2013 ^{1,2} ; Bonaldi; Ribeiro, 2014 ² ; Brasil, 2014 ^{1,3} ; Campos et al., 2014 ^{2,3} ; Moura; Luzio, 2014 ¹ ; Ribeiro et al., 2014 ²

Considerações finais

A partir da análise e da categorização realizadas neste estudo, identificamos que os resultados esperados – ainda que não estejam explícitos na literatura pesquisada – demonstram a intenção de que o NASF impacte positivamente sobre as equipes apoiadas, os usuários assistidos, a integração entre serviços e sobre os próprios modelos de atenção à saúde vigentes no SUS, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica e para avanços na política de APS no Brasil.

O aumento da eficácia das equipes apoiadas e de sua resolubilidade, a ampliação da resolução das problemáticas de saúde dos usuários na AB, a oferta de acesso contínuo a cuidados em saúde oportunos e de qualidade nas RAS e em articulação com outros setores e a consolidação de modelos de cuidado em saúde focados na atenção integral foram os resultados finais esperados identificados na literatura analisada.

Alguns desses resultados se demonstraram amplos e dependentes de outros fatores não gerenciáveis pelo NASF, como aqueles relacionados aos modelos de atenção existentes, ao próprio modo de operar o cuidado em saúde e à constituição das RAS. Considerando-se o curto período de implantação dessa equipe no Brasil e a complexidade que envolve a prática pautada pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, há uma visão quase utópica do NASF como potencial indutor de mudanças sobre aspectos complexos do SUS.

É possível, também, apreendermos que há falta de clareza sobre o que se espera alcançar a partir da atuação compartilhada e integrada entre NASF e equipes apoiadas. As diferentes literaturas analisadas se complementam, mas muitas vezes trazem novos elementos em relação ao que se espera a partir da implantação do NASF. A identificação dos objetivos específicos e dos resultados intermediários e finais esperados dessa equipe, em consequência, é um exercício importante para a reflexão e a posterior proposição de indicadores coerentes com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica que contribuam para a consolidação e o avanço do NASF no país.

É importante considerar, ainda, que os diferentes modelos de conformação e atuação do NASF apresentam-se como um aspecto importante a ser considerado para a definição dos resultados possivelmente alcançados. Essa diversidade é decorrente de fatores contextuais referentes à própria complexidade da Atenção Básica, à falta de compreensão sobre a lógica de atuação do NASF pelas equipes e

gestores envolvidos e aos diferentes interesses em jogo relacionados aos distintos modelos de atenção em saúde vigentes.

Em consequência, é necessário aprofundar a compreensão sobre resultados que efetivamente possam ser atribuídos ao NASF a partir de sua implantação na Atenção Básica, considerando os demais aspectos envolvidos para que possam ser alcançados. Ressalta-se que tais resultados e os indicadores relacionados para sua avaliação devem considerar o processo de trabalho preconizado para essas equipes, com foco na reorientação de relações e modelos de atenção coerentes com os princípios e as diretrizes do SUS, especialmente a integralidade e a interdisciplinaridade, e visando à efetivação de uma clínica ampliada que incremente a qualidade e a resolubilidade do Sistema Único de Saúde.

Referências

- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, 2013.
- BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.
- BARROS, C. M. L.; FARIAS JUNIOR, G. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município de Picos, PI. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 140-154, 2012.
- BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de apoio à saúde da família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 17, n.2, p. 195-203, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 4 mar. 2008. Seção 1, p. 38-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família*. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Oficina de qualificação do NASF*. Brasília, DF, 2010b.

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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2012a. Seção 1, p. 223.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: AMAQ*. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília, DF, 2014.

BRITES, L. S. et al. “A gente vai aprendendo”: o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 285-295, 2014.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, p. 983-995, 2014. Suplemento 1.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. Competências profissionais para o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 334-344, 2014.

HEIMANN, L. S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região

- Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, 2011.
- LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013.
- LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p.507-525, 2014.
- MAGALHÃES, F. C. *Avaliação do processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Campina Grande – PB*. 2011. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.
- MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, p. 627-640, 2009. Suplemento 1.
- MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, p. 957-970, 2014. Suplemento 1.
- 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, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.
- OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 574-580, 2012.
- OLIVEIRA, M. M; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015.
- RIBEIRO, M. D. A. et al. Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 224-231, 2014.
- RODRIGUES, J. E. et al. Avaliação da autoestima de adolescentes gestantes de baixa renda assistidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Com Scientia e Saúde*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 395-401, 2010.
- SAMPAIO, J. et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Ciências de Saúde*, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 317-24, 2012.

- SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Journal of the Health Science Institute*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 411-418, 2012.
- SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.
- SOBRINHO, D. F. et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 83-93, 2014. Número especial.
- SOUZA, C. C. B. X.; AYRES, S. P.; MARCONDES, E. M. M. Metodologia de apoio matricial: interface entre a Terapia Ocupacional e a ferramenta de organização dos serviços de saúde. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 363-368, 2012.

5.2 ARTIGO 2 – CARACTERIZAÇÃO DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E INTEGRAÇÃO ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA VINCULADAS

Caracterização de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e integração às equipes de Saúde da Família vinculadas

Characterization of Centers of Support for Family Health and integration to the related family health teams

Thaís Titon de Souza
Rodrigo José Knabben
Maria Cristina Marino Calvo

Resumo

Este estudo de caso teve como objetivo caracterizar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com foco no grau de integração às equipes vinculadas. Um formulário semiestruturado foi respondido por 31 NASF e as respostas foram convertidas para escores de 0 a 2, com valoração previamente definida a partir de revisão de literatura e normativas. Em seguida, os NASF foram estratificados segundo modalidade. Para a caracterização do grau de integração, foram definidos pesos para as dimensões do formulário, com exceção do perfil da equipe, analisado de maneira descritiva. A somatória dos pontos obtidos pelos NASF definiu o grau de integração às equipes apoiadas, que foi considerado incipiente, especialmente entre os NASF Modalidade II. Foi verificado maior percentual de NASF com grau de integração satisfatório na Modalidade I. A definição de estratégias que promovam mudanças estruturais e de processo na implantação dos NASF, incluindo ajustes no trabalho de ambas as equipes e direcionamento e apoio institucional, é necessária para que a integração e a colaboração esperadas possam ser consolidadas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Políticas Públicas de Saúde, Avaliação em Saúde

Abstract

This case study aimed to characterize the Centers of Support for Family Health (NASF) focused on the degree of integration into related teams. A semi-structured form was answered by 31 NASF and answers

were converted to 0-2 scores, with pre-defined valuation from literature and regulatory review. Then the NASF were stratified by mode. To characterize the degree of integration, weights were set to the dimensions of the form, except the team profile, analyzed descriptively. The sum of points obtained by NASF defined the degree of integration of the supported teams, which was considered incipient, especially among NASF Type II. It was found a higher percentage of NASF with satisfactory degree of integration in Type I. The definition of strategies to promote structural and process changes in implementation of NASF, including adjustments to the work of both teams and guidance and institutional support is needed for the integration and expected collaboration can be consolidated.

Key-words: Primary Health Care, Public Health Policy, Health Evaluation

Introdução

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pode ser considerado, dentre outros aspectos, um arranjo assistencial que busca evitar a fragmentação, contribuir para a regulação em saúde e ser um instrumento de integração entre profissionais, colaborando para a singularização na análise e na execução de intervenções clínicas e sanitárias^{1,2}. O trabalho do NASF é orientado pela interdisciplinaridade, pela integralidade da atenção e pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, organizando-se a partir de sua integração às equipes de Saúde da Família (equipes de SF), consideradas referência para os usuários em determinado território³.

Ao identificar necessidades ou dificuldades para o cuidado dos usuários sob sua responsabilidade sanitária, as equipes de SF pactuam estratégias de apoio com o NASF, promovendo uma integração que aumente sua capacidade de cuidado, amplie o escopo de ofertas da Atenção Primária à Saúde (APS) e/ou auxilie a articulação com outros pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS)³. A integração, portanto, se materializa por meio do “compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções”³ (p.17). Dessa forma, espera-se que as equipes dividam responsabilidades ao invés de transferi-las, ampliando e qualificando a capacidade de resposta da APS à maior parte dos problemas de saúde através de arranjos organizativos que superem a lógica fragmentada e verticalizada de atenção³.

Desafios, entretanto, devem ser superados para que NASF e equipes apoiadas desenvolvam um trabalho colaborativo e integrado, interdisciplinar por natureza⁴. A ampliação necessária do objeto de trabalho enfatiza a necessidade de desenvolver o compartilhamento de diagnósticos, terapêuticas e propostas de ações, mas ainda são identificados limites, como a insuficiência de arranjos organizacionais e de relações profissionais no que se refere ao trabalho compartilhado, formação deficiente dos trabalhadores para atuar na lógica preconizada, baixa compreensão e consolidação prática do apoio matricial, manutenção do trabalho fragmentado e insuficiência de mecanismos para monitoramento e avaliação dos resultados alcançados^{4,5,6,7,8,9,10,11}.

Considerando esse contexto, foi desenvolvido um estudo de caso para caracterização de Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco no grau de sua integração às equipes vinculadas, buscando compreender como essas equipes têm sido implantadas.

Métodos

Trata-se de um estudo de caso de corte transversal e natureza quantitativa, desenvolvido na Região de Saúde da Grande Florianópolis, selecionada por abranger a capital de Santa Catarina (SC) e possuir municípios de portes variados. Nessa região existem pontos de atenção especializada que oferecem retaguarda assistencial, o que deve contribuir para melhorar a integração do NASF junto às equipes apoiadas, evitando que assuma o papel de outros níveis de atenção, uma vez que a escassez de serviços especializados pode induzir sua utilização equivocada como substitutivo nas Redes¹.

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), foram coletados dados referentes aos NASF da Região de Saúde da Grande Florianópolis existentes em maio de 2015, com diferenciação por modalidade implantada^{12,13}. A Gerência de Coordenação de AB da Secretaria Estadual de Saúde de SC (GEABS) foi consultada a fim de identificar se ainda existiam NASF cofinanciados com recursos estaduais em funcionamento, considerando-os equivalentes às modalidades federais quanto ao número de equipes apoiadas.

Para caracterização dos NASF e de sua integração às equipes vinculadas, foi aplicado um formulário composto por questões adaptadas do Instrumento de Avaliação Externa dos NASF do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – bloco do componente comum de avaliação, especialmente eixo 5: “qualificação do cuidado na Atenção Básica” – e do Modelo

Lógico de Integração dos NASF na APS em seus componentes “fortalecimento da integração assistencial”, “retaguarda especializada” e “gestão da atenção especializada”^{2,14}.

O instrumento deste estudo foi organizado em quatro dimensões e suas respectivas variáveis: 1) Perfil da equipe em relação à modalidade e à composição dos NASF e ao número de equipes de SF e Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas; 2) Contexto de atuação do NASF, envolvendo aspectos relacionados ao principal critério utilizado para definição dos profissionais que compõem o NASF, à compreensão dos profissionais das equipes de SF e NASF em relação à lógica de atuação preconizada para essa equipe de apoio e às condições estruturais para sua atuação na APS; 3) Integração organizacional entre NASF e equipes apoiadas nas UBS, englobando periodicidade mínima para encontro de 50% ou mais dos profissionais do NASF e carga horária disponibilizada para cada equipe apoiada, formas de contato com as equipes de SF, mecanismos de registro de informações, horário de trabalho compatível ao das equipes vinculadas e pactuação de cronograma de atividades e de formas de contato em situações urgentes ou imprevistas; e, 4) Integração entre NASF e equipes apoiadas para ações de planejamento e assistência no que concerne à forma de compartilhamento de casos, ações desenvolvidas por 50% ou mais dos profissionais do NASF, tempo médio de espera para atendimento por 50% ou mais dos profissionais do NASF a uma solicitação das equipes e outras condições identificadas nas ações de planejamento e assistência com as equipes apoiadas, como monitoramento de solicitações de apoio e utilização de instrumentos de gerenciamento conjunto de casos compartilhados. As tabelas dispostas na seção de resultados deste artigo apresentam os questionamentos realizados aos respondentes em cada uma das dimensões analisadas.

O formulário foi previamente validado junto ao responsável pela coordenação do NASF na GEABS. Posteriormente, foi encaminhado aos responsáveis pela coordenação do NASF/APS dos municípios que possuíam ao menos um NASF implantado. Os sujeitos de pesquisa foram coordenadores de NASF/APS e profissionais que compõem o NASF, definidos localmente pelo responsável municipal pelo NASF a partir do critério de conhecimento e envolvimento com a equipe, seguido de maior tempo de trabalho no NASF. Excepcionalmente, em Florianópolis o formulário foi respondido por mais de um profissional integrante de cada NASF em função da disponibilidade de sua aplicação em reuniões mensais de equipe NASF. A coleta foi realizada de outubro de 2015 a junho de 2016 através de contato telefônico e por meio eletrônico.

Para análise, os dados foram digitados no programa Microsoft Excel®. As respostas foram convertidas para escores de 0 a 2, correspondentes ao que se considera adequado (escore 2), parcialmente adequado (escore 1) e inadequado (escore 0). A valoração foi previamente definida com base em revisão de literatura e normativas. Apenas os dados acerca do perfil das equipes NASF não sofreram conversão a escores. Em seguida, os NASF foram estratificados segundo modalidade implantada.

A pontuação total atingida por cada NASF foi definida pela soma dos escores. Em Florianópolis, essa definição ocorreu pela mediana dos escores alcançados tomando-se o cuidado de excluir instrumentos que não foram respondidos na íntegra ou em que os profissionais responderam a mais de uma alternativa em questões com única resposta. Na ocorrência de número par de respondentes, excluíram-se, ainda, instrumentos preenchidos por profissionais com menor tempo de NASF ou, quando vinculados pelo mesmo tempo, aqueles preenchidos por profissionais da categoria profissional menos prevalente nos NASF estudados.

Para a caracterização do grau de integração do NASF às equipes apoiadas, foi definido, em função da ênfase do estudo à integração entre as equipes, peso 1 para a soma dos escores da dimensão contexto de atuação da equipe NASF e peso 2 para as dimensões grau de integração organizacional às equipes apoiadas nas UBS e grau de integração para ações de planejamento e assistência. A dimensão perfil da equipe foi analisada de maneira descritiva. Com base na pontuação total passível de ser atingida, foram definidos tercis para a avaliação de grau insatisfatório de integração às equipes de SF (0 a 29 pontos), grau intermediário de integração (30 a 59 pontos) e grau satisfatório de integração às equipes vinculadas (60 a 88 pontos).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer 1.248.870) em 29 de setembro de 2015, sendo respeitados os preceitos éticos em sua execução.

Resultados e Discussão

Perfil das equipes NASF

A Região de Saúde da Grande Florianópolis é composta por 22 municípios, dos quais 18 possuíam NASF no momento de coleta de dados. Foram identificados 33 Núcleos implantados, sendo 21 equipes na Modalidade I (63,6%), 4 NASF Modalidade II (12,1%) e 8 NASF Modalidade III (24,2%), dos quais 31 equipes (93,9%) responderam ao formulário. A recusa de um município em participar do estudo foi justificada pelo fato de estar em fase de recontração de profissionais celetistas. Não houve justificativa para a não participação da segunda equipe não respondente.

Oferecer apoio a 5 ou mais equipes de SF, estar vinculado a 5 a 9 UBS e possuir 4 ou mais profissionais foram condições predominantes, o que se justifica pelo fato de a maioria das equipes analisadas estar implantada sob a Modalidade I (Tabela 1).

Tabela 1: Número e percentual de NASF e de profissionais segundo questões que caracterizam a Dimensão 1: Perfil dos NASF da Região de Saúde da Grande Florianópolis.

Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31)
Modalidade de NASF	Qual a modalidade de NASF implantada?	NASF I	64,5% (20)
		NASF II	12,9% (04)
		NASF III	22,6% (07)
Número de equipes vinculadas	Quantas equipes estão vinculadas ao NASF?	1 a 2	22,6% (07)
		3 a 4	9,7% (03)
		5 a 9	32,2% (10)
		Varia segundo categoria	35,5% (11)
Número de UBS vinculadas	Quantas UBS estão vinculadas ao NASF?	1	12,9% (04)
		2 a 3	16,1% (05)
		5 a 9	35,5% (11)
		Varia segundo categoria	35,5% (11)
Número de profissionais NASF	Quantos profissionais fazem parte do NASF?	3	22,6% (07)
		4 a 5	29,0% (09)
		6 ou mais	48,4% (15)

Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31)
Categorias profissionais NASF	Quais as categorias profissionais inseridas no NASF?	Assistente social	9,3% (16)
		Farmacêutico	11,1% (19)
		Fisioterapeuta	14,0% (24)
		Fonoaudiólogo	7,0% (12)
		Médico Pediatra	7,0% (12)
		Médico Psiquiatra	8,2% (14)
		Médico Veterinário	0,6% (01)
		Nutricionista	13,4% (23)
		Prof. Ed. Física	10,5% (18)
		Psicólogo	18,7% (32)
Formação específica	Os profissionais do NASF têm formação em Saúde Coletiva/Família?	Sim	33,3% (57)
		Não	51,5% (88)
		Não informado	15,2% (26)
Carga horária semanal	Qual a carga horária semanal de trabalho dos profissionais do NASF?	< 20 horas	1,7% (03)
		20 a 29 horas	21,6% (37)
		30 a 39 horas	13,4% (23)
		40 horas	62,0% (106)
		Não informado	1,2% (02)
Vínculo de trabalho	Qual o vínculo de trabalho dos profissionais do NASF?	Estatutário	66,7% (114)
		Celetista	15,8% (27)
		Outro	12,9% (22)
		Não informado	4,7% (08)
Tempo de trabalho no NASF	Qual o tempo de trabalho dos profissionais no NASF?	< 6 meses	7,0% (12)
		6 a 12 meses	16,9% (29)
		13 a 24 meses	13,4% (23)
		> 24 meses	43,8% (75)
		Não informado	18,7% (32)

Em 35,5% dos NASF, os respondentes indicaram que o número de equipes de SF e UBS vinculadas varia em função das categorias profissionais existentes, podendo chegar a até 12 UBS e 30 equipes de SF apoiadas, em desconformidade com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde^{12,15}. Tais profissionais indicaram oferecer apoio a até 3 NASF, ainda que inscritos no CNES com carga horária integral em

apenas uma equipe. Salienta-se a necessidade de investigar essa conformação, especialmente quanto à capacidade de integração dos profissionais de apoio às equipes vinculadas, à possível sobrecarga a que estão expostos diante do número excessivo de equipes e UBS vinculadas e aos resultados alcançados.

Na composição dos NASF, observou-se predominância das categorias de psicologia, fisioterapia, nutrição e farmácia. A maior frequência de psicólogos nas equipes é condizente com a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais no país¹⁶. Por outro lado, acredita-se que a alta prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis no cenário epidemiológico brasileiro possa justificar o número elevado de fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos nos NASF estudados.

A indicação majoritária de vínculo estatutário e a baixa rotatividade dos profissionais de apoio estudados são algumas das características que podem contribuir para sua integração às equipes de SF, mostrando-se um dado muito favorável¹³. A instabilidade dos profissionais do NASF não contratados por meio de concurso público pode ser considerada um dos primeiros entraves em sua implantação¹⁷.

Por outro lado, foram fragilidades encontradas o baixo percentual de profissionais com formação específica em Saúde da Família ou Saúde Coletiva diante da incipiente discussão sobre apoio matricial nas graduações em saúde e o número excessivo de equipes apoiadas para algumas categorias profissionais que compõem os NASF estudados¹⁸.

Contexto de atuação das equipes NASF

Verificou-se que 76,7% dos respondentes indicaram a necessidade de saúde do território ou a necessidade de apoio pelas equipes de SF como principal critério de escolha para a definição dos profissionais que compõem o NASF, em detrimento à existência prévia de profissionais no município ou à facilidade para a contratação de categorias profissionais (Tabela 2). Esse achado é coerente com a recomendação de que a realidade local e o território devem definir sua conformação, considerando-se a situação epidemiológica e social, as necessidades de apoio das equipes vinculadas e as características da rede de atenção locorregional^{3,19}.

Tabela 2: Número e percentual de NASF segundo questões que caracterizam a Dimensão 2: Contexto de atuação das equipes NASF da Região de Saúde da Grande Florianópolis.

Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31)
Critério para definição de profissionais do NASF	Qual o principal critério para definição dos profissionais que compõem o NASF?	Necessidade das equipes/ território	77,4% (24)
		Existência prévia/ facilidade de contratação	22,6% (07)
Compreensão do apoio matricial pelo NASF	Quantos profissionais do NASF possuem clareza e compreensão sobre a atuação do NASF?	Todos	48,4% (15)
		50% ou mais	51,6% (16)
Compreensão do apoio matricial pela equipe de SF	Quantos profissionais das equipes de SF possuem clareza e compreensão sobre a atuação do NASF?	Menos de 50%	0,0% (00)
		Todos	29,0% (09)
		50% ou mais	45,1% (14)
Espaço físico atividades do NASF na UBS	Quantas UBS possuem espaço físico adequado para atividades do NASF?	Menos de 50%	25,8% (08)
		Todas	12,9% (04)
		50% ou mais	38,7% (12)
Existência de referência para categorias NASF	Quantas categorias do NASF possuem serviços de referência em outros pontos de atenção disponíveis quando necessários?	Menos de 50%	45,1% (14)
		Todas	25,8% (08)
		50% ou mais	29,0% (09)
Periodicidade de reuniões em equipe NASF	A periodicidade de reuniões em equipe NASF é adequada ao preconizado por modalidade?	Adequado	77,4% (24)
		Parcialmente adequado	0,0% (00)
		Inadequado	22,6% (07)

Os profissionais de apoio possuem maior clareza sobre a lógica de atuação do NASF quando comparados aos profissionais apoiados. Esse descompasso pode levar à desvirtuação da proposta de trabalho integrado entre NASF e equipes de SF ao orientar a utilização da equipe de apoio como substituta das Redes de Atenção à Saúde, direcionando-a para atuação especializada^{20,21}.

A consolidação de um trabalho focado na interdisciplinaridade e na integralidade é dependente da relação estabelecida entre as equipes, sem negar a influência da própria organização das RAS e o direcionamento das gestões municipais em sua estruturação. Dessa forma, além da compreensão restrita da lógica de atuação do NASF, limitações do ponto de vista estrutural também podem influenciar o trabalho previsto. A maioria dos respondentes indicou parcial ou total inadequação quanto à disponibilidade de espaços na UBS para contemplar as ações programadas pelos profissionais do NASF. O mesmo foi encontrado em Núcleos de São Paulo/SP²⁰, onde foram observadas carências relacionadas a recursos materiais - ausência de salas para atendimentos individuais, grupos e reuniões, tanto nas UBS quanto no espaço comunitário.

A existência de serviços de referência em outros pontos de atenção disponíveis às categorias do NASF também foi considerada parcial ou totalmente inadequada pela maioria dos respondentes, em conformidade com achados de outro estudo²⁰. Os serviços de referência foram considerados aqueles que deveriam promover a articulação das categorias para a integralidade do cuidado, sempre que necessária, para que o NASF não atuasse como substituto da atenção especializada. Em São Paulo/SP, por exemplo, a precariedade da rede de serviços para seguimento ao atendimento iniciado na APS dificultava as possibilidades de resolução do NASF²⁰. Já no Ceará, foram identificadas dificuldades para encaminhamento de usuários para outros pontos de atenção quando os profissionais do NASF não conseguiam acompanhá-los na APS, tornando-se necessário estabelecer fluxos e definir protocolos de comunicação entre os serviços de saúde¹⁷.

Na Região de Saúde da Grande Florianópolis, foi indicada a existência de referência de um ou mais serviços nas seguintes áreas: saúde mental (61,3%), assistência social (48,4%), fisioterapia (35,5%) e, em menores proporções, em serviços hospitalares, policlínicas, universidades e outros. Para os respondentes, as áreas com maior carência de serviços de referência em outros pontos de atenção para a atuação do NASF são a atenção psicológica (51,6%), a referência secundária para especialidades não médicas (32,2%), especialmente para as áreas de nutrição (25,8%) e reabilitação fisioterapêutica (19,3%) e a área de promoção da atividade física (16,1%). É válido destacar que algumas dessas áreas estão também dentre aquelas citadas com maior oferta pelos profissionais do NASF.

O panorama dos serviços especializados acessados para retaguarda assistencial pelos profissionais do NASF e daqueles

percebidos como necessários pode ter sido influenciado tanto pela composição das equipes estudadas quanto pela situação epidemiológica atual verificada no Brasil, com evidência para as questões psicossociais envolvidas no processo saúde-doença e para a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.

Por outro lado, a indicação da existência e da necessidade concomitantes de serviços para algumas áreas profissionais sinaliza que a ampliação do acesso às categorias do NASF torna visível a necessidade de considerar os tipos de situações em que as ações podem ser ofertadas na APS ou em que se faz preciso suporte de outros pontos de atenção, em termos tecnológicos^{3,17}. Além disso, pode indicar que a organização das RAS não tem privilegiado uma interação cooperativa entre os pontos que as conformam. Nesse sentido, espera-se que o NASF contribua para a superação do modelo de cuidado fragmentado e descontínuo, auxiliando na articulação de linhas de cuidado e na implantação de projetos terapêuticos nas RAS³.

Dessa forma, pode ser necessário ampliar os pontos de atenção para retaguarda assistencial aos profissionais do NASF, ao mesmo tempo em que se deve buscar a qualificação dos mecanismos de integração nas RAS. Para isso, podem ser utilizados recursos como o apoio às equipes para a detecção de problemas no território e de intervenções adequadas, o fomento à cooperação junto aos serviços especializados e o fortalecimento da coordenação do cuidado dos usuários pela APS²².

Por fim, a organização dos profissionais do NASF também pode apresentar potencial para favorecer a integração, tendo-se identificado grande adequação de periodicidade de encontro em equipe NASF, em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde segundo modalidade implantada, o que deve fortalecê-lo enquanto equipe para a oferta de apoio³.

Integração organizacional entre NASF e equipes apoiadas nas UBS

Tabela 3: Número e percentual de NASF segundo questões que caracterizam a Dimensão 3: Integração organizacional entre NASF e equipes apoiadas na Região de Saúde da Grande Florianópolis.

Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31)
Carga horária dos profissionais do NASF por equipe de SF	A carga horária da maioria dos profissionais do NASF disponível para cada equipe é suficiente?	Suficiente para maioria das equipes	41,9% (13)
		Quase sempre suficiente	22,6% (07)
		Insuficiente para maioria	35,5% (11)
Periodicidade de encontro entre NASF e equipes de SF	A periodicidade para encontro de 50% ou mais dos profissionais com cada equipe é adequada, segundo modalidade de NASF?	Adequado	41,9% (13)
		Parcialmente adequado	22,6% (07)
		Inadequado	35,5% (11)
Formas de contato entre equipes	São utilizadas diferentes formas de contato, sendo pelo menos uma presencial?	Sim	74,2% (23)
		Parcialmente	25,8% (08)
		Não	0,0% (00)
Horário de trabalho compatível	Quantos profissionais do NASF possuem horário de trabalho compatível ao das equipes apoiadas?	Todos	51,6% (16)
		50% ou mais	45,2% (14)
		Menos de 50%	3,2% (01)
Pactuação do cronograma de atividades	Quantos profissionais do NASF pactuam seu cronograma de atividades com as equipes apoiadas?	Todos	45,2% (14)
		50% ou mais	38,7% (12)
		Menos de 50%	16,1% (05)
Registro em prontuários comuns	Quantos profissionais do NASF registram suas ações em prontuários comuns às equipes apoiadas?	Todos	61,3% (19)
		50% ou mais	19,3% (06)
		Menos de 50%	19,3% (06)
Contato em situações urgentes ou imprevistas	Quantos profissionais do NASF pactuam contato com as equipes em situações imprevistas/urgentes?	Todos	58,1% (18)
		50% ou mais	25,8% (08)
		Menos de 50%	16,1% (05)

Dentre os NASF Modalidade I, 40% das equipes consideraram a carga horária disponível suficiente para a maioria das equipes apoiadas, ao passo que 51,1% dos NASF Modalidade III consideraram-na insuficiente ou parcialmente suficiente. É verdade que a somatória de carga horária mínima exigida para os NASF Modalidade III é menor do que a somatória das demais Modalidades. Todavia, proporcionalmente, apresentam maior carga horária disponível para cada uma das equipes apoiadas, uma vez que oferecem suporte a apenas 1 ou 2 equipes de SF¹². Tal contradição pode ser em parte justificada pela falta de clareza de algumas equipes sobre o trabalho integrado entre NASF e SF, ressaltando-se a fragilidade do trabalho interdisciplinar^{23,24}. Problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, podem também favorecer o desenvolvimento de ações fragmentadas e especializadas. Dessa forma, os NASF Modalidade III ao invés de praticarem a clínica ampliada em conjunto com as equipes de SF podem passar a atuar em uma lógica ambulatorial com menor oportunidade de ampliação da capacidade dos profissionais da AB para a produção do cuidado³. Em municípios de menor porte, comumente existe menor disponibilidade de serviços especializados de maneira que esses profissionais do NASF assumem a responsabilidade pelo cuidado clínico específico²⁵.

Quanto aos principais motivos elencados pelos NASF nos casos em que a carga horária não foi considerada suficiente, destacam-se: demanda excessiva para os profissionais, especialmente das áreas de psicologia e fisioterapia (38,7%); número excessivo de equipes ou UBS apoiadas (29,0%); deslocamento dos profissionais para o desenvolvimento de ações na atenção especializada ou em farmácias de referência (19,3%); profissionais do NASF vinculados a número maior de equipes do que o limite estabelecido segundo modalidade implantada (16,1%); e, dificuldade em trabalhar na lógica do apoio matricial (16,1%).

Considera-se que a disponibilidade do NASF às equipes apoiadas tem potencialidade para qualificar a atenção, melhorando sua vinculação e relação, possibilitando maior conhecimento sobre o território de abrangência e sobre a organização do processo de trabalho nas UBS e facilitando a pactuação e a avaliação das ações realizadas conjuntamente²⁶. A existência de periodicidade mínima de realização de encontros entre NASF e equipes apoiadas é uma estratégia com potencial para alcançar esses resultados, pois facilita a comunicação entre as equipes³. A percepção dos respondentes sobre adequação total ou parcial quanto à periodicidade de encontros foi condizente com a adequação de carga horária disponibilizada para cada equipe vinculada.

Outras ações que favorecem a integração são a definição de formas de contato, inclusive em situações urgentes ou imprevistas, o trabalho em horário compatível e a pactuação de cronogramas de atividades, para as quais as equipes apresentaram alto grau de total ou parcial adequação²⁶. Estas são estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde para favorecer a comunicação e, conseqüentemente, contribuir para a integração entre NASF e equipes apoiadas³. Em outros municípios, por exemplo, a comunicação por telefone em casos urgentes, prontuários ou por bilhetes deixados aos profissionais do NASF nas UBS contribuíram para minimizar dificuldades na oferta de apoio, ressaltando, entretanto, a importância de espaços presenciais conjuntos para trocas e compartilhamento de responsabilidades entre as equipes¹⁷.

Integração entre NASF e equipes apoiadas para ações de planejamento e assistência

Experiências desenvolvidas demonstram heterogeneidade e incompletude na implantação de processos de trabalho e ferramentas de planejamento pelas equipes de SF, o que poderia ser modificado com o apoio dos NASF²⁶. Esse apoio, entretanto, parece ainda incipiente nos Núcleos estudados (Tabela 4). O resultado pode ser reflexo das dificuldades relatadas pelos respondentes, como a demanda excessiva para os profissionais que compõem o NASF e a dificuldade em trabalhar na lógica do apoio matricial.

Tabela 4: Número e percentual de NASF segundo a Dimensão 4: Integração entre NASF e equipes apoiadas para ações de planejamento e assistência na Região de Saúde da Grande Florianópolis.

Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31)
Planejamento e monitoramento integrado	Quantos profissionais do NASF realizam planejamento e monitoramento integrado às equipes?	Todos	12,9% (04)
		50% ou mais	45,2% (14)
		Menos de 50%	41,9% (13)
Monitoramento das solicitações de apoio	Quantos profissionais do NASF monitoram as solicitações de apoio das equipes de SF?	Todos	19,3% (06)
		50% ou mais	48,4% (15)
		Menos de 50%	32,3% (10)

Variável	Questão	Resposta	NASF (n=31)
Avaliação dos resultados sobre as equipes	Quantos profissionais do NASF avaliam os resultados de suas ações sobre as equipes?	Todos	3,2% (01)
		50% ou mais	51,6% (16)
		Menos de 50%	45,2% (14)
Oferta de apoio em ciclos de vida e situações clínicas	Quantos profissionais oferecem apoio em todos os ciclos de vida e tipos de problemas/ necessidades?	Todos	51,6% (16)
		50% ou mais	41,9% (13)
		Menos de 50%	6,4% (02)
Encontro periódico com todas as equipes	Quantos profissionais garantem encontros periódicos com todas as equipes apoiadas?	Todos	22,6% (07)
		50% ou mais	54,8% (17)
		Menos de 50%	22,6% (07)
Ações assistenciais e técnico-pedagógicas	Quantos profissionais do NASF oferecem ações de apoio assistencial e técnico-pedagógico?	Todos	32,3% (10)
		50% ou mais	51,6% (16)
		Menos de 50%	16,1% (05)
Instrumentos gerenciamento conjunto casos	Quantos profissionais do NASF utilizam instrumentos de gerenciamento conjunto de casos com equipes?	Todos	12,9% (04)
		50% ou mais	32,3% (10)
		Menos de 50%	54,8% (17)
Uso de mecanismos de devolutiva de casos	Quantos profissionais do NASF utilizam mecanismos de devolutiva dos casos e ações?	Todos	6,4% (02)
		50% ou mais	67,7% (21)
		Menos de 50%	25,8% (08)
Oferta de apoio às situações imprevistas	Quantos profissionais do NASF oferecem apoio às equipes em situações imprevistas?	Todos	58,1% (18)
		50% ou mais	41,9% (13)
		Menos de 50%	0,0% (00)
Principal forma de compartilhamento de casos	Como geralmente ocorre o compartilhamento de casos entre 50% ou mais do NASF e equipes apoiadas?	Regulados pela equipe SF	58,1% (18)
		Parcialmente	3,2% (01)
		Não regulados	38,7% (12)
Tempo médio para atendimento às solicitações	Qual o tempo médio para atendimento de solicitações de apoio por 50% ou mais dos profissionais do NASF?	Até 1 mês	70,9% (22)
		Mais de um mês	29,0% (09)

Conforme indicado pelo MS, é preciso monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelo NASF para que seja assegurada a efetividade das ações implantadas¹⁷. Entretanto, o monitoramento de solicitações de apoio das equipes de SF pelo NASF e a avaliação dos resultados de suas ações sobre as equipes apoiadas apresentaram baixo grau de adequação, apesar de sua potencialidade para orientar a integração, podendo beneficiar simultaneamente as equipes de SF e a população assistida²⁷. É reconhecida a existência de diferentes modelos de atuação do NASF, com variação de resultados segundo categoria profissional²⁷. Dentre as competências das secretarias municipais de saúde destaca-se propiciar o planejamento das ações que serão realizadas pelos NASF, de forma compartilhada com as equipes¹⁵. Conclui-se ser necessária maior integração entre o planejamento das equipes para alcançar um trabalho colaborativo, especialmente no tocante às ações compartilhadas por não dependerem unicamente do NASF²⁷.

O uso de instrumentos como listas de acompanhamento de casos compartilhados, ainda que incipiente entre os NASF estudados, facilita o monitoramento das ações pelas equipes, contribuindo para a gestão conjunta de casos na Atenção Básica e fornecendo mais subsídios para planejar, organizar, monitorar resultados e coordenar as ações de cuidado. Na Política Nacional de Atenção Básica, é indicada a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal¹⁵. Mecanismos de devolutiva dos casos acompanhados e de ações e realização de encontros periódicos com todas as equipes apoiadas, garantida por todos os profissionais do NASF em apenas 22,6% das equipes estudadas, também podem auxiliar o acompanhamento dos casos.

Em contrapartida, o compartilhamento de casos entre 50% ou mais dos profissionais do NASF e equipes vinculadas ocorre geralmente em momentos presenciais através de discussão de casos e consultas conjuntas, indicando a potencialidade de espaços não formalizados como reuniões específicas para matriciamento na APS. Na realidade de algumas equipes, a realização de encaminhamentos por escrito e o agendamento de consulta diretamente na agenda do NASF ainda se mantêm, apesar de sua inadequação para promover integração entre as equipes envolvidas, conforme dados coletados, complementares àqueles apresentados em tabelas. O contato telefônico como a principal forma de compartilhamento, informado por uma equipe estudada, foi considerado uma estratégia parcialmente adequada por indicar que os profissionais de apoio estão pouco disponíveis presencialmente na UBS.

Sobre a oferta de apoio em todos os ciclos de vida e situações clínicas do escopo da APS, em apenas 51,6% dos NASF houve total adequação, em desconformidade às orientações do Ministério da Saúde para organização de seu trabalho³. Esse panorama pode limitar sua atuação e o alcance de melhores resultados, sendo necessário extinguir a imposição prévia de barreiras de acesso de qualquer natureza ou a limitação do tipo de ações desenvolvidas com base em apenas uma das dimensões do apoio matricial.

Apenas um terço das equipes NASF referem que todos os profissionais mesclam aspectos assistenciais e técnico-pedagógicos em suas intervenções, conforme visualizado na Tabela 4. Entretanto, ao serem questionados diretamente sobre as ações realizadas pela maioria dos profissionais, 100% das equipes indicaram mesclar tais aspectos, por exemplo, através da realização de ações específicas do NASF e compartilhadas com as equipes apoiadas (Tabela 5). Acredita-se que a baixa compreensão dos respondentes sobre as ações técnico-pedagógicas do apoio matricial pode ter contribuído para esse achado, podendo se caracterizar como um entendimento restrito de que apenas ações focadas na discussão de temas apresentam caráter técnico-pedagógico, desconsiderando que ações compartilhadas, como atendimentos individuais e coletivos conjuntos e discussão de casos, têm grande potencial para a educação permanente das equipes apoiadas.

Tabela 5: Percentual de equipes segundo ações desenvolvidas por 50% ou mais dos profissionais dos NASF da Região de Saúde.

Variável	NASF (n=31)
Ações específicas (atendimentos individuais/ coletivos)	100% (31)
Ações compartilhadas com as equipes SF (individuais ou coletivas)	100% (31)
Atendimentos domiciliares	100% (31)
Discussão de casos com as equipes SF	90,3% (28)
Discussão de casos que podem gerar encaminhamentos	90,3% (28)
Atividades comunitárias	87,1% (27)
Articulação com outros pontos de atenção e outros setores	74,2% (23)
Organização de intervenções no território com equipes SF	67,7% (21)
Discussão de temas com as equipes SF	64,5% (20)
Discussão sobre processo de trabalho	54,8% (17)
Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)	54,8% (17)
Gestão de casos compartilhados	41,9% (13)
Articulação com recursos comunitários	38,7% (12)
Revisão conjunta de listas de casos para apoio	32,2% (10)
Monitoramento de PTS em conjunto com equipes SF	22,6% (07)

Ações específicas, ações compartilhadas com as equipes apoiadas e atendimentos domiciliares são realizados por todos os NASF analisados, enquanto o monitoramento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) conjuntamente apresentou a menor ocorrência (Tabela 5). Baixa cobertura de atendimentos conjuntos e de visitas domiciliares e discussão de casos em espaços não formalizados, como corredores da UBS, são dificuldades associadas à indisponibilidade das equipes de SF em trabalhar de maneira compartilhada com o NASF¹⁷.

Por fim, em 22 NASF estudados, o tempo médio que 50% ou mais dos profissionais de apoio necessitam para atendimento de uma solicitação das equipes apoiadas é menor do que um mês. A adequação do tempo de espera para resposta do NASF deve contribuir para melhor acessibilidade à AB e resultar em maior satisfação dos usuários assistidos e, especialmente, das equipes apoiadas.

Grau de integração entre NASF e equipes apoiadas

São apresentados no Quadro 1 e na Tabela 6 os dados referentes ao grau de integração entre NASF e equipes apoiadas, segundo modalidade implantada.

Quadro 1: Apresentação da soma dos valores de escores por dimensão e da pontuação total atingida por NASF da Região de Saúde da Grande Florianópolis.

NASF	Modalidade	Dimensão 2	Dimensão 3	Dimensão 4	Pontuação total
1	3	07	12	12	31
2	2	10	22	24	56
3	3	04	12	12	28
4	3	10	16	26	52
5	2	04	06	14	24
6	1	11	28	44	83
7	1	11	26	40	77
8	2	03	06	10	19
9	1	04	22	24	50
10	1	03	22	26	51
11	1	07	18	34	59

NASF	Moda- lidade	Dimensão 2	Dimensão 3	Dimensão 4	Pontuação total
12	1	07	16	28	51
13	1	09	18	20	47
14	1	08	26	40	74
15	1	08	16	28	52
16	1	07	20	28	55
17	1	09	22	28	59
18	1	05	18	18	41
19	1	06	24	22	52
20	1	07	14	16	37
21	1	10	28	46	84
22	2	06	14	08	28
23	3	08	18	30	56
24	1	08	24	28	60
25	1	06	20	32	58
26	1	10	26	34	70
27	1	09	24	42	75
28	3	04	08	28	40
29	3	08	28	34	70
30	1	07	28	42	77
31	3	03	06	10	19

Legenda: Grau insatisfatório de integração às equipes de SF

Grau intermediário de integração Grau satisfatório de integração às equipes vinculadas.

Tabela 6: Número e percentual de equipes NASF segundo tipo de NASF e grau de integração com equipes apoiadas na Região de Saúde da Grande Florianópolis.

Variável	NASF (n=31)	%
NASF I (n=20)		
Satisfatório	08	40,0
Intermediário	12	60,0
Insatisfatório	-	-
NASF II (n=04)		
Satisfatório	-	-
Intermediário	01	25,0
Insatisfatório	03	75,0
NASF III (n=07)		
Satisfatório	01	14,3
Intermediário	04	57,1
Insatisfatório	02	28,6

Independente das características de implantação, os NASF devem trabalhar de maneira integrada e colaborativa com as equipes apoiadas, tendo como foco de atuação a integralidade da atenção e o trabalho interdisciplinar, a partir do referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Entretanto, no caso em estudo, apenas 30% das equipes atingiram grau satisfatório de integração, verificando-se que os NASF Modalidade II apresentaram maior grau de insatisfatória integração às equipes vinculadas.

Em estudo com fisioterapeutas do NASF de municípios do estado do Mato Grosso do Sul, metade dos respondentes não considerou satisfatória a articulação entre NASF e equipes de SF, constatando-se que ações de avaliação conjunta de território com as equipes apoiadas, gestores e conselhos eram pouco realizadas²⁸. Essa baixa articulação entre as equipes possivelmente foi ocasionada pela falta de trabalho em conjunto e pelo desconhecimento de que o NASF deve apoiar as equipes de SF ao contrário de assumir uma postura de exclusiva referência assistencial²⁸.

Um dos desafios para a consolidação do trabalho integrado é a existência de diferentes lógicas de organização de trabalho entre NASF e equipes de SF, com grande demanda por atendimentos direcionada às

equipes de referência, enquanto o trabalho do NASF prioriza discussão, pactuação e o fazer em conjunto, demandando disponibilidade e tempo dos envolvidos²¹. Esse descompasso pode gerar resistências e conflitos relacionados ao trabalho colaborativo e à mudança de modelo de atenção, tornando necessários ajustes no trabalho de ambas as equipes, uma vez que são indissociáveis e interdependentes.

A deficiente formação em saúde para o trabalho na lógica da Saúde da Família e, especialmente, em relação ao apoio matricial, a imaturidade em relação ao trabalho pautado nessa lógica, a inexistência de parâmetros claros para a inserção das categorias que integram o NASF na AB e as tensões econômicas em relação ao financiamento da saúde no país interferem diretamente em sua configuração e atuação, influenciando também sua capacidade de integração às equipes de SF⁸. Essa conjuntura resulta, inclusive, na (in)definição em relação ao número de equipes a serem apoiadas e de pessoas sob sua responsabilidade sanitária, em constante reavaliação.

No caso estudado, o grau de integração entre NASF e equipes de SF foi considerado incipiente, especialmente entre os NASF Modalidade II. Maior percentual de NASF com grau de integração satisfatório foi encontrado entre aqueles inseridos na Modalidade I. A priori acreditava-se que os Núcleos com menor número de equipes apoiadas pudessem estabelecer uma relação mais colaborativa com as equipes vinculadas, com resultados mais significativos sobre a qualidade e a resolubilidade da AB, assim como sobre sua capacidade de articulação com outros pontos das RAS. Dessa forma, potencializaria a prática da clínica ampliada e permitiria maior intensidade e aprofundamento de ações e relações entre os profissionais e serviços envolvidos e desses com os territórios e os usuários adscritos³. Para além da agregação de mais ações ou da oferta pontual ou isolada de ações específicas do NASF, esperava-se, portanto, uma maior capacidade de trabalho interdisciplinar quanto menor o número de equipes apoiadas³.

Compreende-se que diferentes fatores técnicos, políticos, econômicos e culturais existentes nas diversidades de contextos em que os NASF estão implantados podem interferir sobre os resultados verificados. Reflete-se que os NASF Modalidade II e III são implantados em municípios com menor estrutura assistencial devido ao seu porte populacional. Esses municípios contam com menor número de serviços de referência para as categorias profissionais que conformam o NASF e, em muitas situações, o profissional de apoio é deslocado parcialmente para outras funções na atenção especializada, buscando dar conta dos serviços para responder às necessidades e demandas da

população, ou mesmo para ações administrativas, o que pode explicar, em parte, o resultado verificado¹. Em comparação aos NASF Modalidade III, os NASF Modalidade II apoiam um maior número de equipes, o que pode justificar os piores resultados destes Núcleos em relação àqueles.

Além disso, há o risco de que a implantação do NASF ocasiona, ao contrário do que se espera, maior fragmentação da atenção resultando em desresponsabilização frente à ênfase em aspectos parciais dos usuários¹⁶. O exemplo dado por Brasil³, por exemplo, pode ilustrar essa questão: se um psicólogo de um NASF “que eventualmente atua apenas em uma UBS passar a atender a todas as demandas de saúde mental do território, isso vai redundar em menos acesso e perda da oportunidade de ampliar a capacidade dos demais profissionais em manejar problemas de saúde mental” (p. 22). Para Cunha e Campos¹, isso pode ocorrer, em algumas situações, em decorrência do próprio modelo de atenção à saúde biologicista predominante no setor e pela falta de serviços de saúde especializados nas RAS, cuja insuficiência pode conduzir o NASF a uma forma de funcionamento inadequado com resultados menos extensivos do que aqueles observados nos processos focados na colaboração entre equipes.

Conclusão

É importante destacar algumas limitações deste estudo. O primeiro aspecto diz respeito ao caráter autoaplicativo do instrumento para caracterização das equipes NASF e de seu grau de integração às equipes apoiadas, não sendo possível afirmar se de fato o que foi indicado vem sendo praticado, pois os dados podem explicitar a percepção dos respondentes em relação aos questionamentos e não a realidade vivenciada. O segundo ponto levantado é o número reduzido de NASF na Modalidade II existentes no caso estudado, o que pode ter limitado o reconhecimento das características dessas equipes para uma análise mais aprofundada dos resultados verificados. Indica-se, portanto, a necessidade de realização de novos estudos, que possam ampliar o escopo de fontes e dados coletados, bem como de NASF analisados. Destaca-se, ainda, o limite de que o estudo de caso se restringe a uma Região de Saúde localizada no sul do país, tornando-se imperativo o estudo da integração entre NASF e equipes de SF em outras realidades.

A despeito desses fatores limitantes, os resultados identificados em diferentes variáveis analisadas demonstram potencialidade para promover integração entre NASF e equipes apoiadas, com destaque para

a seleção do principal critério para definição dos profissionais que compõem o NASF e para a periodicidade de reuniões em equipe NASF, que atingiram mais de 75% de total adequação entre as equipes analisadas.

Entretanto, verificou-se que, independentemente da modalidade de NASF implantada, o grau de integração às equipes apoiadas foi considerado majoritariamente intermediário ou insatisfatório, demonstrando-se incipiente no caso estudado. Destaca-se a dificuldade das equipes em superar a lógica tradicional de fragmentação do trabalho, operando, em geral, com baixo grau de colaboração junto às equipes apoiadas. Em consequência, as ações produzidas pelo NASF podem se restringir a ofertas pontuais ou isoladas de ações específicas, com menor capacidade para alcançar resolubilidade e qualidade na APS.

Para que a integração e a colaboração esperadas possam ser consolidadas, além de atentar à quantidade de equipes vinculadas por NASF, que pode ser determinante para a qualidade das ações e dos resultados alcançados, deve ser prioritária a definição de estratégias que promovam mudanças estruturais e de processo em sua implantação, incluindo ajustes no trabalho de ambas as equipes e direcionamento organizativo e político local que privilegie o trabalho interdisciplinar para uma atenção integral^{3,29}.

Referências

- 1 Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.* 2011;20(4):961-70.
- 2 Zepeda J ES. Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária [Dissertação]. Rio de Janeiro: Mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
- 3 Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos de Atenção Básica nº 39 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 4 Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da saúde.* 2010;34(1):92-6.
- 5 Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien Saude Colet.* 2003;8(2):569-84.

- 6 Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(6):1171-81.
- 7 Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.
- 8 Pereira KG. Conflitos éticos no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de um município de Santa Catarina/SC [dissertação]. Florianópolis: Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
- 9 Menezes CA. Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF) em Olinda: estudo de caso [monografia]. Recife: Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
- 10 Matuda CG. Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP) [dissertação]. São Paulo: Mestrado em Ciências, Universidade de São Paulo; 2012.
- 11 Costa MML. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): contextualização de sua implantação na Atenção Básica à Saúde no Brasil [monografia]. Brasília: Graduação em Serviço Social, Universidade de Brasília; 2013.
- 12 Brasil. Portaria no 3.124, de 28 de Dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 2012a.
- 13 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil) [Internet]. Consulta de equipes NASF no estado de Santa Catarina em maio de 2015 [acesso 2015 Jun 13]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp>.
- 14 Ministério da Saúde (Brasil). Instrumento de avaliação externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família– Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 15 Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.
- 16 Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes do NASF: Caderno de Atenção Básica no 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 17 Souza FR. Processo de construção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Atenção Básica do estado do Ceará [dissertação]. Fortaleza: Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará; 2013.

- 18 Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(3):603-14.
- 19 Martiniano CS, Sampaio J, Magalhães FC *et. al.*. Avaliação do processo de implantação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *J Nurs UFPE on line*. 2013;7(1):53-61.
- 20 Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(5):867-75.
- 21 Gonçalves RMA, Lancman S, Szelwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. bras. saúdeocup*. 2015;40(131):59-74.
- 22 Gryschek G, Pinto AAM. Saúde mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Cien Saude Colet*. 2015;20(10):355-62
- 23 Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery SO, Sena ELS. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate*. 2013;37(99):672-80.
- 24 Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, Branco CEC, Neto JDA, Moreira AKF, *et al.* Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2014;27(2):224-31.
- 25 Tanaka OY, Drumond Junior M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2010;19(4):355-366.
- 26 Telessaúde-SC. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB/ NASF SC: AMAQ-NASF SC. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
- 27 Souza TT, Martini D. Monitoramento e avaliação como ferramentas de gestão do processo de trabalho integrado entre Núcleos de Apoio à Saúde da Família e equipes de saúde da família. *Revista de Saúde Pública de Florianópolis*. 2014;2(2):14-8.
- 28 Fernandes JM, Rios AB, Sanches VS, Santos MLM. As Ferramentas do NASF nas Práticas em Saúde de Fisioterapeutas. *Fisioter Mov*. 2016;29(4):741-50.
- 29 Magalhães FC. Avaliação do processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Campina Grande – PB [monografia]. Campina Grande: Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande; 2011.

5.3 ARTIGO 3 – AVALIABILIDADE DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

AVALIABILIDADE DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA COM FOCO NA INTEGRAÇÃO ÀS EQUIPES APOIADAS

Evaluation of Centers of Support for Family Health with a focus on integration to supported teams

Thaís Titon de Souza
Maria Cristina Marino Calvo

Resumo

Introdução: Estudos de avaliação dos resultados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são escassos, assim como são pouco desenvolvidos mecanismos de monitoramento e avaliação de ações e resultados alcançados. A fim de aumentar a compreensão sobre a intervenção e potencializar sua avaliação, este artigo apresenta os resultados de um estudo de avaliabilidade dos NASF. **Métodos:** Com foco no trabalho integrado às equipes apoiadas, foram realizadas análise documental e modelização da intervenção, o que permitiu descrever dimensões, objetivos e resultados esperados. Foram, posteriormente, definidos indicadores de resultados e suas respectivas medidas e fontes de informação. Para validação dos modelos e da matriz de indicadores, foram aplicadas técnicas de consenso com informantes-chave.

Resultados: O estudo de avaliabilidade se mostrou apropriado, possibilitando melhor definição e conhecimento acerca da intervenção.

Considerações Finais: Concluiu-se que há coerência entre os objetivos dos NASF e sua estruturação, ainda que existam dificuldades para operacionalizá-los. É recomendado proceder a uma avaliação formativa dos NASF com foco no trabalho integrado às equipes apoiadas buscando fortalecê-los para o alcance dos resultados esperados.

Descritores: Avaliação em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Palabras clave: Evaluación de La Salud; Políticas de Salud Pública; Atención Primaria de Salud.

Abstract

Introduction: Studies evaluating the results of the Family Health Support Centers (NASF) are scarce, as are mechanisms for monitoring and evaluating the actions and results achieved. In order to increase understanding about the intervention and to enhance its evaluation, this article presents the results of a NASF evaluation study. **Methods:** Focusing on the work integrated to the supported teams, documentary analysis and modeling of the intervention were carried out, which allowed to describe dimensions, objectives and expected results. Results indicators and their respective measures and sources of information were subsequently defined. To validate the models and the matrix of indicators, consensus techniques were applied with key informants. **Results:** The evaluation study was appropriate, allowing better definition and knowledge about the intervention. **Final considerations:** It was concluded that there is coherence between the objectives of the NASF and its structuring, although there are difficulties to operationalize them. It is recommended to conduct a formative evaluation of the NASF focused on the work integrated to the supported teams, seeking to strengthen them to reach the expected results.

Key-words: Health Assessment; Public Health Policies; Primary Health Care.

Introdução

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados em 2008 com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo da Atenção Básica (AB), bem como sua resolubilidade¹. Sua composição deve ser definida a partir das necessidades de saúde do território e das equipes de Saúde da Família/ Atenção Básica para Populações Específicas (equipes de SF/AB) apoiadas, com as quais compartilham a responsabilidade pela produção do cuidado.

O apoio matricial orienta o trabalho integrado entre essas equipes. Ações técnico-pedagógicas e assistenciais que melhor respondam às necessidades dos usuários ou do território são definidas com base em pactuações entre os profissionais². A atuação diverge do modelo ambulatorial e da lógica de encaminhamentos indiscriminado, orientando-se pela clínica ampliada e corresponsabilização^{3,4}.

Para alcançar a integração e o compartilhamento esperados e, consequentemente, o maior grau de qualidade e resolubilidade possível,

são identificados desafios como insuficiência de mecanismos para monitoramento e avaliação dos resultados alcançados^{4,5,6}. Destaca-se que poucos estudos relatam os resultados das ações do NASF sobre equipes vinculadas e população assistida, estando, em geral, relacionados à sua implantação ou à atuação das diferentes categorias profissionais na AB^{7,8,9,10}. Além disso, até recentemente, não havia um sistema oficial de registro das ações do NASF instituído no país. Foi apenas em 2013, com a criação do Sistema de Informação em Saúde da AB (SISAB) e do e-SUS Atenção Básica, que essa questão foi definida em âmbito nacional. Outra iniciativa foi sua inclusão no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica–PMAQ.

São necessários, portanto, mecanismos de avaliação e monitoramento dos NASF que considerem os resultados alcançados em suas diversas conformações e propostas de atuação, especialmente a partir do trabalho integrado às equipes vinculadas. Esse estudo de avaliabilidade (EA) propõe verificar em que medida essa intervenção pode ser avaliada, analisando seu processo de trabalho para alcance dos resultados esperados.

Métodos

Trata-se de um EA, compreendido como um conjunto de procedimentos que precedem a etapa de avaliação propriamente dita e apontam para sua utilidade e oportunidade, tornando-a mais consistente e com maior credibilidade¹¹. Dentre os produtos esperados, está a completa descrição do programa ou intervenção em análise e a definição das questões principais a considerar na avaliação¹².

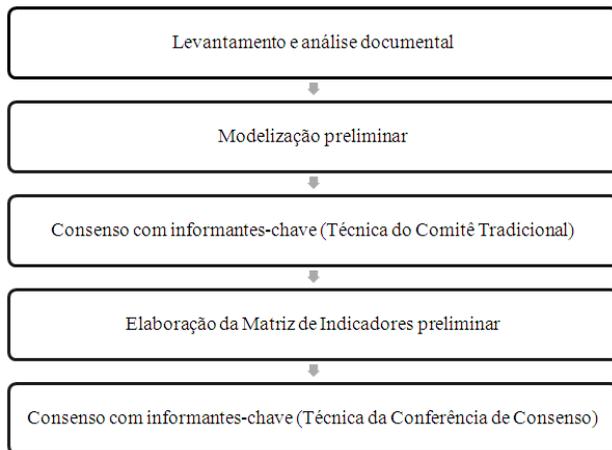
Utilizou-se abordagem qualitativa. A Figura 1 apresenta o fluxograma de operacionalização. Inicialmente, procedeu-se à análise documental para elaboração dos modelos teórico e lógico do NASF com foco no trabalho integrado às equipes apoiadas. Com base em revisão de documentos do Ministério da Saúde e de literatura especializada das bases *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências) e *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*), foram selecionados 09 documentos e 18 artigos científicos. Adotaram-se como critérios de inclusão: existência de um ou mais termos de busca (NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, apoio matricial ou matriciamento) no título (termos equivalentes não estão disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS); disponibilidade online do texto completo; idioma português; e, período de publicação entre 2010 e 2015 para artigos e

entre 2004 a 2015 para documentos ministeriais. Foram excluídos materiais que tratavam sobre aspectos exclusivos de categorias profissionais que compõem o NASF e/ou experiências de apoio matricial não desenvolvidas por essa equipe e artigos que se repetiram entre as bases. Não foram analisados aspectos específicos de categorias profissionais, primando-se por questões que envolvem a atuação da equipe NASF.

Após a coleta de informações e a definição clara do objeto em estudo, realizou-se a modelização inicial da intervenção. Para consenso dos modelos, foi utilizada a técnica do Comitê Tradicional, com discussão aberta sobre determinado tema entre especialistas¹³. Nessa etapa, foram selecionados 12 informantes-chave representados por 04 profissionais de NASF, 02 profissionais de equipes de SF/AB, 02 gestores em saúde e 04 especialistas em avaliação em saúde, que propuseram mudanças relevantes nos modelos apresentados. Profissionais do NASF, por exemplo, reforçaram a vinculação do NASF à AB e indicaram a necessidade de deixar claros os resultados esperados do trabalho integrado às equipes apoiadas.

Em seguida, foi elaborada a versão preliminar da matriz de indicadores, validada por meio da Conferência de Consenso, técnica que procura conciliar a possibilidade de discussão aberta e a preservação do anonimato dos participantes¹⁴. Inicialmente, os especialistas indicaram sua completa concordância, discordância parcial ou total discordância em relação aos elementos da matriz através de um questionário eletrônico, sugerindo alterações. Após a consolidação dos dados, foi realizada uma oficina de consenso presencial a fim de debater sobre questões que não apresentaram concordância na etapa anterior¹³. As contribuições dos especialistas, incluindo profissionais do NASF, foram significativas para esclarecer resultados esperados, redefinir indicadores inicialmente direcionados à avaliação de processo, qualificar medidas e perguntas para verificação dos indicadores e reestruturar a matriz de maneira a atender ao objetivo de avaliar resultados alcançados pelo NASF a partir do trabalho integrado às equipes apoiadas. Por fim, novamente foi enviado um questionário eletrônico contendo a matriz, obtendo-se consenso final. Participaram dessas etapas 12 informantes-chave, com representação similar à fase de consensuação dos modelos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina em 2015 (Parecer 1.248.870), com respeito aos preceitos éticos.

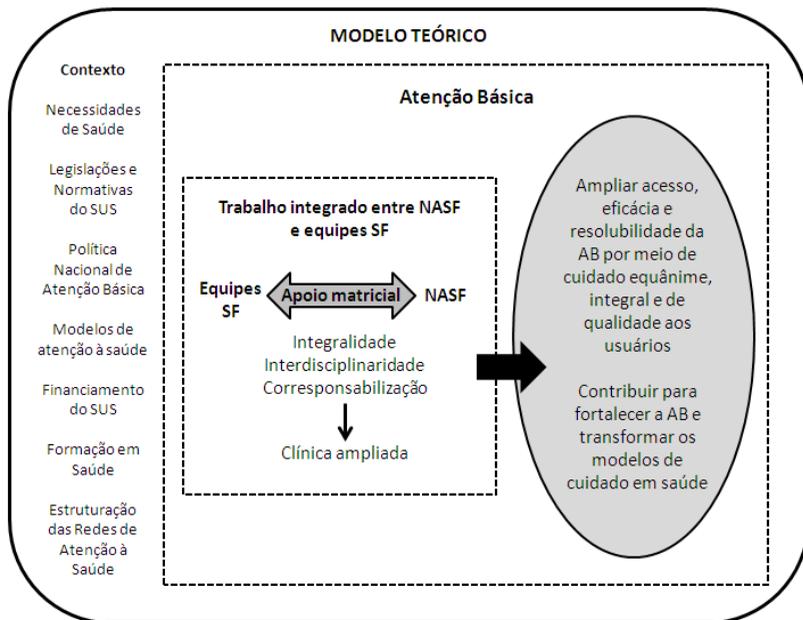
Figura 1. Etapas de delineamento do estudo de avaliabilidade dos NASF.

Resultados

Modelo Teórico

O modelo teórico do NASF, que demonstra a teoria que explicita como idealmente funciona para alcançar seus objetivos, pode ser visualizado na Figura 2¹⁵.

Figura 2: Representação esquemática do modelo teórico dos NASF.



Legenda: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); equipes SF/AB (equipes de Saúde da Família/ Atenção Básica para Populações Específicas); Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram identificados diferentes fatores contextuais que atuam diretamente sobre a AB e interferem na relação estabelecida entre NASF e equipes apoiadas. As necessidades sócio-sanitárias da população, por exemplo, exigem dos gestores identificação de prioridades e definição de estratégias para dar conta da realidade, influenciando a definição da constituição das equipes NASF e seu modo de operar em cada território^{2,3,16}.

A Constituição Federal brasileira e as legislações, normativas e políticas que regem o SUS, especialmente a Política Nacional de Atenção Básica, somados aos diferentes modelos de atenção existentes são, também, determinantes para a relação estabelecida. Atualmente, predomina o modelo biologicista, que, ao orientar o trabalho das equipes de SF/AB para o atendimento individual de grande demanda assistencial, tornando escasso o tempo disponível para discussão, pactuação e o fazer em conjunto, pode pressionar os profissionais de apoio para sua reprodução, conduzindo o NASF ao funcionamento

inadequado^{17,18}. O descompasso ocasiona resistências e conflitos, dificultando o trabalho colaborativo e a corresponsabilização.

Somam-se como contexto, a formação profissional comumente deficiente para atuar na lógica do apoio matricial, aspectos relacionados ao financiamento do SUS que interferem diretamente na proposição técnica relacionada à configuração e atuação do NASF (inclusive em relação ao número de equipes apoiadas e população assistida) e a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), especialmente da Média Complexidade^{4,18,19}. A incipiência das RAS pode levar à desvirtuação da proposta de trabalho integrado ao levar à utilização do NASF como substituto das Redes, direcionando-o apenas à atuação especializada¹⁸.

Ao contrário dessa lógica, o trabalho integrado entre as equipes ocorre a partir do referencial teórico-metodológico do apoio matricial, considerando-se²:

- Que o NASF deve atuar de maneira integrada e colaborativa com as equipes de SF/AB nos níveis individual e coletivo de cuidado, tendo sob sua responsabilidade a própria equipe apoiada, bem como a assistência direta à população e a atuação sobre o território adscrito^{2,3,16};
- A integralidade como um preceito para a organização dos serviços de saúde;
- A atuação interdisciplinar, que deve promover o rompimento de relações verticalizadas e minimizar a ocorrência de iatrogenias;
- Que NASF e equipes apoiadas devem compartilhar a responsabilidade pelos usuários e territórios adscritos, ao invés de transferi-la, o que implica em corresponsabilização, norteadas ações desenvolvidas em contraste aos modelos baseados na assistência fragmentada e individualizada⁴; e,
- Que as dimensões técnico-pedagógica e assistencial do apoio matricial são complementares e podem ser consideradas vertentes práticas da operacionalização dos princípios e das diretrizes do SUS, especialmente da integralidade e da interdisciplinaridade, derivando em ações pautadas na clínica ampliada¹⁶.

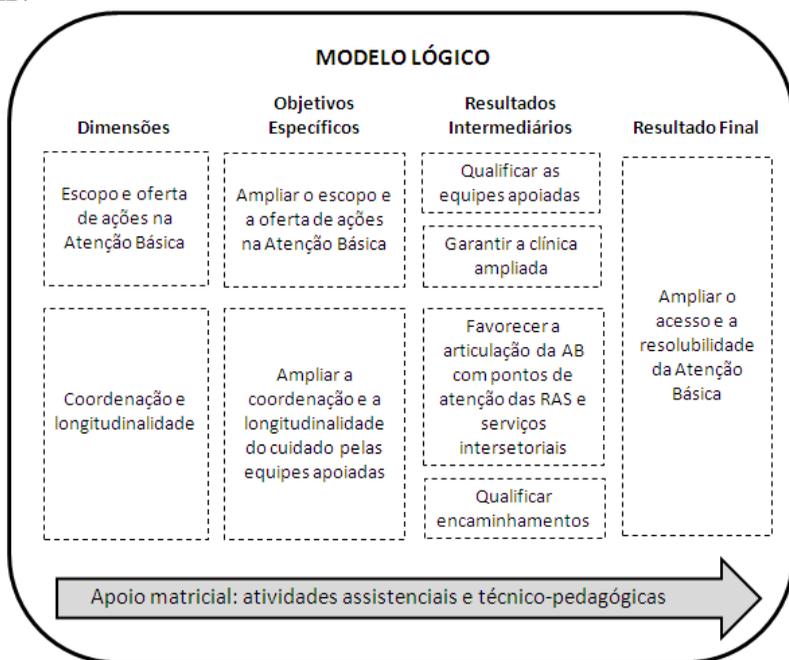
Como resultado, espera-se a superação da lógica fragmentada e medicalizadora do cuidado em saúde para um cuidado integral, cuja reorientação ocorre de maneira conjunta com a Estratégia Saúde da Família^{1,20,21,22}. Em consequência, o NASF deve apoiar, aperfeiçoar e ampliar a atenção em saúde, fortalecendo os atributos da Atenção Primária à Saúde junto às equipes apoiadas^{2,3,4,7,16,20,23,24}.

Modelo lógico

Considerando-se a forte aposta de que o NASF amplie a abrangência e o escopo da AB, aumentando sua capacidade de resposta aos problemas e necessidades de saúde e prestando assistência às demandas populacionais não alcançadas pelas equipes apoiadas, decidiu-se elaborar o modelo lógico para avaliação de seus resultados quanto à ampliação do acesso e da resolubilidade da AB^{1,3,4,7,17,20,21,22,23}.

Com o intuito de demonstrar como a intervenção em estudo deve ser implantada, foram identificadas dimensões, objetivos específicos e resultados esperados a partir do trabalho integrado às equipes de SF/AB, conforme visualizado no modelo apresentado na Figura 3.

Figura 3: Representação esquemática do modelo lógico dos resultados alcançados pelo NASF com foco na ampliação do acesso e da resolubilidade na AB.



A primeira dimensão do modelo apresenta como resultados intermediários a qualificação das equipes apoiadas e a garantia da clínica ampliada^{17,21,22,24,25}. Intervenções técnico-pedagógicas e

assistenciais do apoio matricial possibilitam a ampliação de “Escopo e oferta de ações na AB” por meio da qualificação das equipes para a produção do cuidado e do atendimento às necessidades de saúde anteriormente não atingidas. A incorporação dos profissionais dos NASF, portanto, além de ampliar os recursos humanos deve possibilitar oferta de ações com maior proximidade do território e da realidade em que vive a população, através do trabalho articulado às equipes de SF/AB^{1,2,3,4,7,16,18,20,23}.

A segunda dimensão, denominada “Coordenação e longitudinalidade”, demonstra a intenção de que a implantação do NASF contribua para a ampliação da coordenação e da longitudinalidade do cuidado pelas equipes apoiadas. Para isso, deve favorecer a articulação da AB com outros pontos das RAS e serviços intersetoriais e qualificar encaminhamentos^{1,2,25}.

Ações como reorganização da demanda e da rede de atenção secundária e terciária, melhoria da relação entre os diferentes pontos de atenção e setores envolvidos com o cuidado e otimização de fluxos de referência e contrarreferência devem promover racionalização do acesso aos recursos especializados e contribuir para ampliar a capacidade das equipes de SF/AB em coordenar o cuidado dos usuários^{2,4,7,17,25}. Ainda, colaboram para fortalecimento do atributo da longitudinalidade, o que tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos e reduzir procedimentos de maior densidade tecnológica e encaminhamentos desnecessários para especialistas²⁶.

O apoio do NASF deve favorecer, portanto, a continuidade e a ordenação do cuidado pela AB, fortalecendo-a nas RAS, porém sem desconsiderar que tais resultados dependem também de outros fatores^{2,25}. Independentemente, sua contribuição para organização e redução de encaminhamentos desnecessários a outros serviços se constitui como uma ação importante frente às limitações da rede nos diversos pontos de atenção^{2,7,18,25}.

Matriz de Avaliação

Com base nos modelos, a matriz avaliativa dos resultados dos NASF com foco no trabalho integrado às equipes apoiadas foi construída apresentando as dimensões “Escopo e oferta de ações na AB” e “Coordenação e longitudinalidade”, com 02 subdimensões e 04 indicadores cada. Matriz e respectivas medidas e fontes podem ser visualizadas na Figura 4.

Figura 4: Matriz avaliativa dos resultados produzidos por NASF com base no trabalho integrado às equipes apoiadas.

Resultados produzidos por NASF de Santa Catarina		Dimensão Resultado Intermediária Subdimensão	Indicador	Medidas	Como medir	Fontes
Escopo e oferta de ações na Atenção Básica	Qualificar as equipes apoiadas	Atuação das equipes apoiadas	Prática assistencial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações assistenciais anteriormente não realizadas pelas equipes apoiadas 	Entrevistas Análise documental	Equipes de SF/AB e NASF Atas de reuniões e de discussão de casos
			Prática sanitária	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conduta clínica das equipes apoiadas anteriormente à atenção específica do NASF ▪ Atuação no território <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização do planejamento em saúde ▪ Atuação com foco na promoção da saúde 		Equipes de SF/AB e NASF Atas de reuniões e de ações realizadas
Interdisciplinaridade e integralidade	Garantir a clínica ampliada	Integração e compartilhamento entre equipes		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compartilhamento de diagnósticos 	Entrevistas Análise documental	Equipes de SF/AB e NASF
				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Corresponsabilização na definição de ações 		Equipes de SF/AB e NASF Agenda dos profissionais, listas de gerenciamento conjunto de casos e atas de reuniões
	Ações ofertadas pelo NASF			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações ofertadas na Atenção Básica após implantação do NASF ▪ Tempo de espera para atendimento específico por profissionais NASF 	Entrevistas	Equipes de SF/AB e NASF

Resultados produzidos por NASF de Santa Catarina		Dimensão	Resultado Intermediário	Subdimensão	Indicador	Medidas	Como medir	Fontes
Coordenação e longitudinalidade		Favorecer a articulação da AB com pontos de atenção das RAS e serviços intersetoriais	Coordenação do cuidado		Gestão terapêutica na Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> Gestão de casos compartilhados entre NASF e equipes apoiadas 	Entrevistas Análise documental	Equipes de SF/AB e NASF Agenda dos profissionais, listas de gerenciamento de casos e atas de reuniões
						<ul style="list-style-type: none"> Gestão de casos compartilhados nas RAS pelas equipes SF 		Equipes de SF/AB Atas de reuniões, projetos terapêuticos e protocolos
Coordenação e longitudinalidade		Favorecer a articulação da AB a outros pontos das RAS e serviços intersetoriais	Coordenação do cuidado		Articulação da AB a outros pontos das RAS e serviços intersetoriais	<ul style="list-style-type: none"> Atenção compartilhada nas RAS 	Entrevistas Análise documental	Equipes de SF/AB e NASF Atas de reuniões e de discussão de casos, projetos terapêuticos, fluxos ou protocolos de atenção, monitoramento de encaminhamentos e listas de espera para consultas especializadas
						<ul style="list-style-type: none"> Atenção compartilhada intersetorialmente 		Equipes de SF/AB e NASF Atas de reuniões e de ações intersetoriais, projetos terapêuticos e fluxos ou protocolos de atenção

Resultados produzidos por NASF de Santa Catarina		Dimensão	Resultado Intermediário	Subdimensão	Indicador	Medidas	Como medir	Fontes
Total	04	Coordenação e longitudinalidade	Qualificar encaminhamentos	Longitudinalidade	Continuidade da relação clínica na AB	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento em saúde ▪ Intervenção em situações imediatas ou imprevistas na AB 	Entrevistas	Equipes de SF/AB e NASF
					Resolução clínica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encaminhamentos para outros pontos de atenção e serviços intersetoriais 		Equipes de SF/AB
					08	16	--	--

Na dimensão “Escopo e oferta de ações na AB”, considerou-se a dupla carga de responsabilidade atribuída ao NASF². Na subdimensão *Atuação das equipes apoiadas*, busca-se identificar os resultados da dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial sobre a capacidade de produção do cuidado pelas próprias equipes apoiadas através de dois indicadores: Prática assistencial – busca identificar o fortalecimento das equipes apoiadas para a efetivação do cuidado através da ampliação de sua capacidade para análise e atuação sobre problemas e necessidades de saúde em termos clínicos; e, Prática sanitária – objetiva identificar o fortalecimento das equipes de SF/AB para a efetivação do cuidado por meio de ações que aumentem sua capacidade para análise e atuação sobre problemas e necessidades de saúde em termos sanitários e de intervenção coletiva^{3,7,20,22,25}.

Para a composição da subdimensão *Interdisciplinaridade e integralidade*, foram selecionados os indicadores: Integração e compartilhamento entre equipes, buscando verificar os resultados alcançados sobre a capacidade de trabalho interdisciplinar, integrado e colaborativo entre as equipes apoiadas e o NASF para produção do

cuidado; e, Ações ofertadas pelo NASF, que objetiva avaliar resultados alcançados sobre a ampliação do escopo e do acesso às ações assistenciais específicas do NASF, a fim de responder às necessidades e demandas de saúde anteriormente não atendidas pelas equipes de SF/AB.

Na dimensão “Coordenação e longitudinalidade”, considerou-se que a atuação do NASF deve fortalecer a capacidade de coordenação e a oferta de cuidado longitudinal pelas equipes apoiadas, bem como de cooperação e trabalho horizontal com outros pontos de atenção. Através de uma lógica que privilegia o trabalho colaborativo, deve potencializar a AB como ordenadora e porta de entrada preferencial das RAS, aumentando, inclusive, sua resolubilidade.

Na subdimensão *Coordenação do cuidado*, espera-se que a responsabilização compartilhada provoque revisão da prática do encaminhamento a partir da referência e da contrarreferência, ampliando-a para o compartilhamento de responsabilidades³. Os indicadores selecionados para essa subdimensão (Gestão terapêutica na Atenção Básica e Articulação da Atenção Básica a outros pontos da RAS e serviços intersetoriais) objetivam identificar resultados alcançados em relação à capacidade de gestão compartilhada do cuidado entre NASF e equipes apoiadas e com outros pontos de atenção, além da capacidade de desenvolvimento de ações integradas nas redes de atenção e junto aos serviços intersetoriais.

Na última subdimensão (*Longitudinalidade*), considera-se que a longitudinalidade implica existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema²⁶. O indicador Continuidade da relação clínica na AB tem como objetivo identificar os resultados do NASF sobre a capacidade da AB para sua realização, uma vez que tem como pressuposto a garantia da integralidade da atenção e é um dos aspectos que pode determinar a capacidade em prover o cuidado longitudinal³. No âmbito específico da AB, o acolhimento em saúde é uma estratégia para alcance da longitudinalidade pessoal por estar relacionado à boa comunicação e favorecer a continuidade do cuidado, de modo que o NASF pode contribuir para sua consolidação²⁶. Além disso, pode oferecer apoio em situações inesperadas ou que exigem atuação imediata, considerando a capacidade de cada equipe em lidar com essas situações.

A ampliação do rol de profissionais inseridos na AB possibilita também o aumento da capacidade de Resolução clínica, o último indicador apresentado. Além da ampliação dos conhecimentos e práticas

profissionais, a mobilidade e a visão do NASF quanto a diversas equipes favorecem conexões, inclusive intersetoriais, e incrementam projetos terapêuticos, apresentando potencialidade para otimizar redes e fluxos assistenciais na atuação dessas equipes². Como consequência, deve contribuir para racionalizar o acesso aos serviços especializados de saúde e serviços intersetoriais a partir de ações pactuadas com as equipes de SF/AB¹⁷.

Por fim, destaca-se que acesso e resolubilidade foram considerados eixos transversais de observação da matriz avaliativa na medida em que se apresentam como resultados finais esperados e estão envolvidos simultaneamente nas duas dimensões avaliadas. Considerou-se que a qualidade transpassa toda a matriz, estando compreendida como a capacidade de atender aos atributos de valor e mérito, ou seja, de aplicar adequadamente recursos e fazer bem o que se propõe para atender às necessidades das equipes de SF/AB e dos usuários (Scriven, 1991 citado por Scaratti & Calvo, 2012)²⁷. Ao mesmo tempo em que maior qualidade é atingida quando os resultados finais do trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas são obtidos, portanto, a qualidade também interfere na capacidade dessas equipes em alcançá-los.

Discussão

O pouco tempo de existência do NASF e a insuficiência de estudos avaliativos sobre o tema indicam a importância de pesquisas que contribuam para a compreensão dessa intervenção e para a proposição de questões que direcionem à avaliação formativa dessas equipes¹¹.

Na falta de uma teoria explícita e claramente articulada, fez-se necessário desenvolver os modelos teórico e lógico da intervenção¹¹. A identificação dos componentes, dos objetivos específicos e dos resultados esperados se mostrou um exercício importante para reflexão e proposição de indicadores que objetivam contribuir para a consolidação e o avanço do NASF no país. Nesse processo, a seleção de informantes-chave com conhecimento e/ou experiência prévia em relação ao tema e em avaliação em saúde foi importante para tornar mais clara a imagem-objetivo pretendida com a implantação dessa equipe, assim como o modo como a intervenção pode ser implantada para alcançá-la.

Tomando-se como base a análise lógica operacional, percebe-se coerência entre objetivos e estruturação do NASF, ainda que existam dificuldades para operacionalizá-lo. Para alcançar integração e compartilhamento esperados a partir do trabalho integrado entre NASF e

equipes apoiadas e, conseqüentemente, maior grau de qualidade e resolubilidade possível, desafios são encontrados, como: baixa compreensão sobre apoio matricial e sua pouca consolidação prática; dificuldade de definição do objeto de trabalho do NASF; entendimento do NASF como um serviço ambulatorial de especialidades; deficiente formação dos trabalhadores para atuar na lógica preconizada; insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado; existência de demanda reprimida para algumas categorias profissionais; e, insuficiência de mecanismos para monitoramento e avaliação dos resultados alcançados^{4,5,6}.

A insuficiência de mecanismos eficazes de registro e monitoramento que contemplem as ações do NASF torna visível a necessidade de desenvolver instrumentos mensuráveis e eficientes para avaliação e gestão²⁸. Para melhor entendimento sobre o processo de trabalho do NASF e definição de estratégias que possibilitem o alcance dos resultados desejados, faz-se necessário o desenvolvimento de indicadores apropriados, uma vez que sua insuficiência tem ocasionado dificuldades na orientação da atuação em direção à integralidade e à interdisciplinaridade da atenção²⁸.

Considerando esse cenário, o estudo de avaliabilidade deve contribuir para melhorar o desenvolvimento da intervenção analisada. Os modelos teórico e lógico e os indicadores propostos na matriz avaliativa constituem-se em instrumentos úteis para apoiar a formulação de políticas e a gestão dos NASF no país. Ao guardar estreita relação entre si, explicitam a cadeia de causalidade que leva à obtenção dos resultados esperados e sugere mecanismos para identificar se estão sendo atingidos, indicando sua plausibilidade²⁹. O EA desenvolvido, portanto, deve contribuir para aferir se as ações realizadas estão caminhando no sentido de se obter mudanças esperadas com a implantação dessas equipes na Atenção Básica²⁹.

Considerações Finais

É iminente a necessidade de desenvolver mecanismos de avaliação e monitoramento do trabalho dos NASF e dos resultados produzidos a partir do trabalho integrado às equipes apoiadas. Considerando-se que as equipes de SF/AB tem importante papel na consolidação do apoio matricial, uma vez que sua organização e compreensão sobre o novo modelo de relação e atenção é primordial para o arranjo do NASF enquanto uma equipe de apoio na AB e não como um serviço de especialistas nesse âmbito de atenção, o modelo

avaliativo apresentado se propõe a avaliar os resultados do NASF a partir do trabalho integrado às equipes vinculadas.

O EA demonstrou que o NASF é uma intervenção avaliável, na medida em que foi possível ampliar o conhecimento acerca da intervenção e definir componentes e indicadores apropriados. Entretanto, a intervenção não está visivelmente ilustrada nas diferentes literaturas analisadas, que se complementam, mas muitas vezes trazem novos elementos em relação ao que se espera a partir de sua implantação. Há indicativo de falta de clareza sobre o que se espera alcançar a partir de sua atuação integrada às equipes apoiadas, tornando imperativa a definição de indicadores apropriados para avaliação dessas equipes.

Os modelos e a matriz apresentados colaboram, portanto, para avançar nessa questão e encontram respaldo nos materiais analisados e no processo de consenso com informantes-chave, que contribuiram para a construção de caminhos para que o estudo de avaliabilidade se tornasse viável. O EA se apresenta, portanto, como uma alternativa para qualificar a compreensão sobre o NASF e para colocar em evidência a identificação e o debate dos resultados alcançados, bem como de estratégias para seu alcance.

Outros desenhos de avaliabilidade para a intervenção podem ser desenvolvidos, especialmente com foco em uma ou outra dimensão do apoio matricial. Esse não foi o caso deste EA por considerar-se que essa dualidade ocasiona perda de oportunidade de ampliação das possibilidades de intervenção dessas equipes, na medida em que restringe a atuação dos profissionais com base em uma visão polarizada de suas práticas.

Destaca-se que, na matriz proposta, não há previsão de controle do contexto externo ao trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas, mas ele deverá ser considerado na etapa de avaliação propriamente dita. Condições de trabalho do NASF e equipes apoiadas, estruturação das RAS, composição e tempo de implantação do NASF, dentre outros fatores de contexto, deverão ser ponderados nos estudos de avaliação dos resultados do NASF a partir da integração às equipes apoiadas em diferentes realidades.

Os modelos e a matriz avaliativa partiram, por fim, da concepção de que a relação entre essas equipes é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS e da Atenção Primária à Saúde, especialmente pela interdisciplinaridade e integralidade da atenção, promovendo corresponsabilização e colocando em prática a clínica ampliada. Considerando o recente processo de implantação do NASF e a

incipiência de mecanismos de avaliação dos resultados, especialmente a partir do trabalho integrado às equipes de SF/AB, o EA pode contribuir para a qualificação dessa intervenção no país.

Referências

1 Brasil. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 de janeiro de 2008. Disponível em:

<http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 13 jan. 2017.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 39 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

4 Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da saúde* 2010;34(1):92-6.

5 Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(2):399- 407.

6 Costa MML. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): contextualização de sua implantação na Atenção Básica à Saúde no Brasil. Brasília. Trabalho de conclusão de curso [Bacharelado em Serviço Social] - Universidade de Brasília; 2013.

7 Oliveira IC, Rocha RM; Cutolo LRA. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2012;36(4):574-80.

8 Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de educação física. *Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde* 2012;17(3):188-94.

9 Scabar TG, Pelicioni AF, Pelicioni MCF. Atuação do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. *J Health Sci Inst* 2012;30(4):411-8.

10 Souza CCBX, Ayres SP; Marcondes EMM. Metodologia de apoio matricial: interface entre a Terapia Ocupacional e a ferramenta de organização dos serviços de saúde. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar* 2012;20(3):363-8.

11 Natal S, Samico I, Oliveira LGD, Assis AMJ. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cad. Saúde Colet* 2010;18(4):560-71.

12 Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *The Canadian Journal of Program Evaluation* 2005;20(2):01-25.

13 Hartz ZMA (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

14 Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV (org). Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-102.

15 Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz, ZMA. Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva L. (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro/Salvador: Editora FIOCRUZ / EDIUFBA; 2005. p. 41-63.

16 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

17 Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc* 2011;20(4):961-70.

18 Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2013;47(5):867-75.

19 Fragelli TBO, Shimizu HE. Competências profissionais para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. APS* 2014;17(3):334-44.

20 Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate* 2013;37(99):672-80.

21 Campos GWS, Figueredo MD, Júnior NP, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2014;18(1):983-95.

22 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 – Comunicação, Saúde, Educação* 2014;18(1):973-86.
- 23 Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, Branco CEC, Neto JDA, Moreira AKF, *et. al.* Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Bras Promoç Saúde* 2014;27(2):224-31.
- 24 Bonaldi AP, Ribeiro MD. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. *Rev. APS* 2015;17(2): 195-203.
- 25 Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, *et. al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012;28(11):2076-84.
- 26 Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2013;66:158-64.
- 27 Scaratti D, Calvo MCM. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. *Rev. Saúde Pública* 2012;46(3):446-55.
- 28 Rodriguez MR, Leão MA, Souza, NKT. Monitoramento e supervisão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma região administrativa do Distrito Federal utilizando-se análise de entrevistas. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014;9(30):38-44.
- 29 Bezerra, LCA, Alves CKA, Reis YA, Samico I, Felisberto E, Carvalho ALB, *et. al.* Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(4):883-90.

5.4 ARTIGO 4 – AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO EM SANTA CATARINA, BRASIL

Avaliação de resultados de Núcleos de Apoio à Saúde da Família: estudo de caso em Santa Catarina, Brasil

Evaluation of results from Family Health Support Centers: a case study in Santa Catarina, Brazil

Evaluación de resultados de Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia: estudio de caso en Santa Catarina, Brasil

Título Resumido: Avaliação de resultados de Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Thaís Titon de Souza
Maria Cristina Marino Calvo

RESUMO

Com objetivo de avaliar resultados alcançados por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), foi desenvolvido estudo de casos múltiplos de natureza quali-quantitativa tendo como unidades de análise 4 NASF I, 1 NASF III e 13 equipes apoiadas. Entrevistas semi-estruturadas e documentos foram fontes de evidências. Foi realizada análise de conteúdo, tomando como base elementos da matriz de avaliação e julgamento, composta pelas dimensões **Escopo e oferta de ações na Atenção Básica e Coordenação e Longitudinalidade**. A determinação do grau de resultados orientou-se pela proporção entre a pontuação máxima e a observada. Foi realizada análise imbricada dos casos, a partir de critérios de robustez e grau de mudança. Verificou-se que 04 NASF alcançaram grau de resultados intermediários e 01 NASF alcançou grau de resultados incipientes. Dentre as subdimensões avaliadas, *Atuação das equipes apoiadas* obteve menor pontuação na maioria dos casos analisados, enquanto *Interdisciplinaridade e integralidade* apresentou a maior pontuação. A análise imbricada demonstrou a ocorrência de resultados com graus de robustez e mudança. Concluiu-se que o grau de resultados verificado é decorrente de dificuldades inerentes à implantação do NASF e da própria Estratégia

Saúde da Família, que podem dificultar o alcance de resultados mais consolidados.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

In order to evaluate the results achieved by the Family Health Support Centers (NASF), a multiple-case study of a qualitative and quantitative nature was developed, with 4 NASF I, 1 NASF III and 13 supported teams as analysis units. Semi-structured interviews and documents were sources of evidence. Content analysis was performed based on elements of the evaluation and judgment matrix, composed by the dimensions **Scope and offer of actions in Basic Attention** and **Coordination and Longitudinality**. The determination of the degree of results was guided by the ratio between the maximum score and the observed score. An imbricated analysis of the cases was performed, based on criteria of robustness and degree of change. It was verified that 04 NASF reached degree of intermediate results and 01 NASF achieved degree of incipient results. Among the sub-dimensions evaluated, *Performance of the supported teams* obtained lower score in the majority of the cases analyzed, while *Interdisciplinarity and completeness* presented the highest score. The imbricated analysis demonstrated the occurrence of results with degrees of robustness and change. It was concluded that the degree of results verified is due to difficulties inherent in the implementation of the NASF and the Family Health Strategy itself, which may hinder the achievement of more consolidated results.

Keywords: Health Assessment; Public Health Policies; Primary Health Care.

RESUMEN

Con el objetivo de evaluar resultados alcanzados por Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), se desarrolló un estudio de casos múltiples de naturaleza cualitativa cuantitativa teniendo como unidades de análisis 4 NASF I, 1 NASF III y 13 equipos apoyados. Entrevistas semi-estructuradas y documentos fueron fuentes de evidencia. Se realizó análisis de contenido, tomando como base

elementos de la matriz de evaluación y juicio, compuesta por las dimensiones **Alcance y oferta de acciones en la Atención Básica y Coordinación y Longitudinalidad**. La determinación del grado de resultados se orientó por la proporción entre la puntuación máxima y la observada. Se realizó un análisis imbricado de los casos, a partir de criterios de robustez y grado de cambio. Se verificó que 04 NASF alcanzaron grado de resultados intermedios y 01 NASF alcanzó grado de resultados incipientes. Entre las subdimensiones evaluadas, *Actuación de los equipos apoyados* obtuvo menor puntuación en la mayoría de los casos analizados, mientras que la *Interdisciplinariedad e integralidad* presentó la mayor puntuación. El análisis imbricado demostró la ocurrencia de resultados con grados de robustez y cambio. Se concluyó que el grado de resultados comprobado es consecuencia de dificultades inherentes a la implantación del NASF y de la propia Estrategia Salud de la Familia, que pueden dificultar el logro de resultados más consolidados.

Palabras clave: Evaluación em Salud; Políticas Públicas de Salud; Atención Primaria a la Salud.

INTRODUÇÃO

O trabalho colaborativo entre Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e equipes de Atenção Básica (eAB) é desenvolvido através do apoio matricial por meio das dimensões técnico-pedagógica, que produz apoio educativo para e com equipes vinculadas, e assistencial, envolvendo ações clínicas realizadas com usuários, reguladas pelas equipes de referência e definidas conforme necessidades e possibilidades de intervenção^{1,2}.

Para definição das ações do NASF, considera-se a capacidade de resposta mais adequada às situações ou problemas, bem como às necessidades de eAB e usuários atendidos. Nesse sentido, a educação permanente é considerada parte do processo de apoio, assim como atendimentos específicos do NASF, reconhecendo-os como recurso indispensável para aumentar a compreensão e a resolubilidade de casos na Atenção Básica (AB)³. Pautando-se na lógica preconizada, espera-se promover a efetivação da clínica ampliada, que guarda estreita relação com os preceitos da integralidade da atenção e da interdisciplinaridade.

Busca-se, portanto, evitar a desresponsabilização frente à ênfase em aspectos parciais dos usuários, com novas configurações de trabalho centradas em maior interação entre profissionais⁴. O trabalho

interprofissional, também chamado de cuidado compartilhado ou colaborativo, é um recurso que tem sido utilizado em diferentes países⁵. Para Oliveira & Campos⁵, a experiência brasileira do apoio matricial agregou recomendações de propostas internacionais pautadas no cuidado compartilhado e acrescentou outros elementos, como personalização das relações interprofissionais, definição clara de responsabilidade pelo caso, utilização de formas de cogestão e fortalecimento da educação permanente.

Entretanto, parece não haver consenso sobre a melhor forma de estruturação ou sobre resultados alcançados através do cuidado compartilhado. Algumas experiências não demonstram evidências de aspectos imprescindíveis para sua efetividade, enquanto outras apontam a comunicação interprofissional mediada por uma relação por portas abertas como fator indispensável, independente do coeficiente de integração do sistema de saúde⁵.

A experiência acumulada com a implantação do NASF pode contribuir para identificar mecanismos organizacionais que melhor respondam ao trabalho colaborativo e resultados que possam ser alcançados com o trabalho integrado entre equipes ou profissionais de diferentes núcleos de conhecimentos e práticas. Souza e Calvo⁶ verificaram intenções de que o NASF impacte positivamente sobre equipes apoiadas, usuários, integração entre serviços e modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que alguns resultados tenham se demonstrados amplos e dependentes de fatores não gerenciáveis por esta equipe.

Indicadores de resultados que efetivamente possam ser atribuídos ao NASF e considerem o processo de trabalho preconizado junto às equipes apoiadas são, portanto, necessários, tomando como base princípios e diretrizes do SUS⁶. Considerando a incipiência de estudos que identifiquem os resultados das ações do NASF sobre equipes vinculadas e população assistida, tem-se como objetivo avaliar resultados alcançados por Núcleos em diferentes modalidades, identificando os graus de robustez e mudança de sua ocorrência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo de casos múltiplos quali-quantitativo. Foi realizado estudo de avaliabilidade prévio, onde foram definidos os modelos teórico e lógico e a matriz de avaliação e julgamento (MAJ) dos resultados alcançados pelo NASF a partir do trabalho integrado às equipes apoiadas⁷. Posteriormente, para a seleção

de casos, foi desenvolvido estudo de corte transversal e natureza quantitativa em uma Região de Saúde de Santa Catarina (SC), classificando-se os NASF quanto ao grau de integração às eAB⁸.

Para definição das unidades de análise do estudo de caso, foram considerados os seguintes critérios: a) Pareamento dos NASF em relação à integração às equipes, incluindo-se aqueles com grau satisfatório de integração; b) Pareamento dos NASF por tempo de funcionamento da equipe com, no mínimo, 2 anos de implantação; e, c) Pareamento dos NASF por composição, apresentando as 3 categorias profissionais mais prevalentes em SC (psicologia, fisioterapia e nutrição), exceto em caso de NASF III que apresentasse no máximo uma categoria diferente em decorrência do reduzido número de profissionais que o integram.

Dos 31 NASF que compõem a Região, 6 equipes atenderam a todos os critérios (5 NASF I e 1 NASF III). Incluiu-se no estudo 4 NASF I de diferentes municípios com maior pontuação de integração e a única equipe NASF III com grau satisfatório de integração. Nenhum NASF II obteve grau de integração satisfatório às equipes apoiadas. Como unidades de análise foram definidos: NASF I.1 com 08 eAB, NASF I.2 com 07 eAB, NASF III.1 com 01 eAB, NASF I.3 com 09 eAB e NASF I.4 com 06 a 23 eAB apoiadas (vinculação conforme categoria profissional inserida no NASF).

Entrevistas semiestruturadas e documentos foram utilizados como fontes de evidências. Para realização das entrevistas, foi aplicado pré-teste do roteiro com uma equipe NASF e três equipes apoiadas com grau intermediário de integração. Foi verificada pertinência de vocabulário, entendimento da questão e formulação das perguntas⁹. O pré-teste permitiu ajustes na estrutura do roteiro e em sua aplicação e inclusão de exemplos aos questionamentos realizados.

A entrevista com o NASF foi aplicada simultaneamente com três profissionais que o integram, oportunizando-se fala individual ao final, o que não foi necessário aos profissionais. No município que conta com NASF Modalidade III, a única eAB apoiada foi entrevistada, enquanto nos demais foram entrevistadas três eAB vinculadas por NASF, segundo indicação da gestão municipal, aplicadas com, no mínimo, um profissional de nível superior de cada equipe apoiada. Foram realizadas 18 entrevistas com NASF I (4), NASF III (1) e eAB vinculadas (13), gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas em sua íntegra, resguardando-se o sigilo dos entrevistados. O tempo total foi de 13 horas e 27 minutos, com média aproximada de 45 minutos por entrevista.

Os dados foram complementados pela pesquisa documental. Em todos os casos, foram coletados documentos que registrassem o cuidado compartilhado entre NASF e equipes apoiadas, como atas de discussão de casos ou de reuniões, agenda dos profissionais, documentos sobre ações com outros serviços de saúde ou intersetoriais e outros.

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, tomando como base os elementos da MAJ previamente elaborada (Quadro 1)⁷. Por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, foi realizada decomposição e agregação das informações de acordo com elementos da matriz^{9,10}.

Quadro 1: Matriz de avaliação e julgamento dos resultados dos NASF⁷.

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Medida	Pontuação Máxima da Medida	Pontuação Máxima (PM)
Escopo e oferta de ações na Atenção Básica	<i>Atuação das equipes apoiadas</i>	Prática assistencial	▪ Ações assistenciais anteriormente não realizadas pelas equipes apoiadas	05	20
			▪ Conduta clínica das equipes apoiadas anteriormente à atenção específica do NASF	05	
		Prática Sanitária	▪ Atuação no território	03	
			▪ Realização do planejamento em saúde	04	
			▪ Atuação com foco na promoção da saúde	03	
		<i>Interdisciplinaridade e integralidade</i>	Integração e compartilhamento entre equipes	▪ Compartilhamento de diagnósticos	
	▪ Corresponsabilização na definição de ações			05	
	Ações ofertadas pelo NASF		▪ Ações ofertadas na Atenção Básica após implantação do NASF	05	
			▪ Tempo de espera para atendimento específico pelos profissionais do NASF	05	

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Medida	Pontuação Máxima da Medida	Pontuação Máxima (PM)
Coordenação e Longitudinalidade	<i>Coordenação do cuidado</i>	Gestão terapêutica na Atenção Básica	▪ Gestão de casos compartilhados entre NASF e equipes apoiadas	05	15
			▪ Gestão de casos compartilhados nas RAS pelas equipes SF	2,5	
		Articulação da AB a outros pontos da RAS e serviços	▪ Atenção compartilhada nas RAS	05	
			▪ Atenção compartilhada intersetorialmente	2,5	
	<i>Longitudinalidade</i>	Continuidade da relação da clínica na AB	▪ Acolhimento em saúde	05	15
			▪ Intervenção em situações imediatas ou imprevistas na AB	05	
		Resolução clínica	▪ Encaminhamentos para outros pontos de atenção e serviços intersetoriais	05	
	Total	4	8	16	70

*GR = (PO/PM) x 100

Para análise das entrevistas, foi realizada leitura fluante do material (pré-análise), verificando-se a pertinência das respostas quanto às perguntas. Em seguida, procedeu-se à exploração do material, analisando-se convergência ou divergência das respostas nos casos estudados. As respostas foram mapeadas de acordo com indicadores da MAJ, com extração de trechos das entrevistas e síntese das observações. Por fim, procedeu-se à interpretação das falas. Os documentos foram

mapeados a partir de temas-chave a fim de possibilitar a organização da descrição dos dados. A análise foi realizada no sentido de contribuir para qualificação das informações das entrevistas e de disponibilizar novas informações não levantadas anteriormente, em conformidade com a MAJ.

A determinação do grau de resultados (GR) orientou-se pela proporção entre a pontuação máxima esperada e a observada em cada uma das dimensões e subdimensões da MAJ, considerando-se parâmetros previamente estabelecidos. Houve variação da pontuação total estimada, com valorização dos resultados alcançados na dimensão **Escopo e oferta de ações na Atenção Básica** (40), cuja pontuação foi idêntica em todos os indicadores (10). Na dimensão **Coordenação e Longitudinalidade** (30), considerou-se o máximo de 15 pontos para cada subdimensão. A menor pontuação é justificada em função do reconhecimento de que a eAB é referência pelo cuidado, tendo o NASF a função de apoiá-la para maximizar seu potencial em responder aos atributos da Atenção Primária, tais como a coordenação e a longitudinalidade do cuidado. A pontuação em cada indicador foi definida a partir da soma de pontos obtidos em suas medidas.

A proporção do somatório dos pontos observados em relação à pontuação máxima para cada caso determinou o grau de resultados: $GR = [(\Sigma \text{ pontuação obtida} / \Sigma \text{ pontuação máxima}) \times 100]$. O ajuizamento final considerou a distribuição quartílica: a) de 76% a 100% - “resultados avançados”; b) de 51% a 75% - “resultados intermediários”; c) de 26% a 50% - “resultados incipientes”; d) de 0% a 25% - “resultados muito incipientes”.

Por fim, foi realizada análise imbricada dos casos, com apreciação das categorias de análise em cada um deles, verificando-se o padrão encontrado e a existência de coincidências e divergências em relação aos resultados verificados⁹. Os dados coletados nas entrevistas e na análise documental foram utilizados a fim de discutir seu alcance, sem a pretensão de avaliar exaustivamente o contexto de implantação. A apreciação orientou-se pelos critérios de robustez e grau de mudança produzido pela intervenção, considerando-se¹¹ (p.60-1): a) Robustez dos resultados: grau de constância com que uma intervenção produz resultados nos diversos meios de implantação; b) Grau de mudança: resultados que variam em função de fatores contextuais. O grau de robustez dos resultados foi definido quando a amplitude da variação entre a menor e a maior pontuação obtida pelos casos foi de 50% a 100% da pontuação máxima possível (resultados favoráveis) ou de 0% a 50% dessa pontuação (resultados desfavoráveis).

Os preceitos éticos foram respeitados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de SC (Parecer 1.248.870). A Secretaria Estadual de Saúde de SC e os municípios assinaram declaração de anuência, concordando com a realização do estudo. Todos os participantes assinaram e receberam cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS

A população apresentada foi estimada para o ano de 2016 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) se refere a 2010¹². Destaca-se que, no caso 5, o número de equipes apoiadas varia conforme categoria profissional. A composição deste NASF apresentada no Quadro 2 é condizente com dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde¹³. Entretanto, a conformação definida pela gestão municipal estabelece arranjos organizativos diferenciados, de maneira que outros profissionais, como nutricionista, operem na equipe, ampliando suas áreas de atuação (Quadro 2).

Quadro 2: Caracterização dos casos estudados.

Caso	Pop ¹ . município	IDH-M	Início NASF	Nº eAB	Nº UBS	Composição	CH ²
01	33.897	0,74	2011	08	06	Assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo	200
02	21.573	0,753	2013	07	07	Assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo e veterinário	200

Caso	Pop¹. muni- cípio	IDH- M	Início NASF	Nº eAB	Nº UBS	Composição	CH²
03	2.922	0,731	2014	01	01	Nutricionista, profissional de educação física e psicólogo	120
04	65.528	0,739	2009	09	07	Assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo	200
05	477.798	0,847	2008	06 a 23	NI ³	Assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, pediatra, psiquiatra, profissional de educação física e psicólogo	220

Legenda: ¹população; ²carga horária semanal da equipe NASF; ³não informado.

GRAU DOS RESULTADOS ALCANÇADOS

Com base na matriz avaliativa dos resultados produzidos por NASF a partir do trabalho integrado às equipes apoiadas, previamente elaborada, verificou-se que 04 casos alcançaram grau final de resultados intermediários e 01 caso alcançou grau de resultados incipientes. Nenhum caso obteve grau de resultados considerados avançados ou muito incipientes (Tabela 1).

Tabela 1: Resultados alcançados por NASF a partir do trabalho integrado às equipes apoiadas.

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	PM ¹	Pontuação Obtida (%)				
				Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Escopo e oferta de ações na AB	Atuação das equipes apoiadas	Prática assistencial; Prática sanitária	20	7,8 (39,0)	1,3 (6,5)	5,5 (27,5)	8,5 (42,5)	7,5 (37,5)
	Interdisciplinaridade e integralidade	Integração e compartilhamento entre equipes; Ações ofertadas pelo NASF	20	15,1 (75,5)	13,1 (65,5)	17,5 (87,5)	17,6 (88,0)	15,7 (78,5)
GRAU DE RESULTADOS DIMENSÃO 1 (GRD1)			40	57,0 %	35,3 %	57,5 %	65,0 %	57,8 %
Coordenação e longitudinalidade	Coordenação do cuidado	Gestão terapêutica na AB; Articulação da AB a outros pontos das RAS e serviços intersetoriais	15	7,7 (51,3)	10,1 (67,3)	6,3 (42,0)	12,2 (81,3)	8,7 (58,0)
	Longitudinalidade	Continuidade da relação clínica na AB; Resolução clínica	15	8,0 (53,3)	4,8 (32,0)	10,0 (66,6)	13,8 (92,0)	7,1 (47,3)
GRAU DE RESULTADOS DIMENSÃO 2 (GRD2)			30	52,3 %	49,7 %	54,3 %	86,7 %	52,7 %
GRAU DE RESULTADOS FINAL (GR)			70	55,1 %	41,9 %	56,1 %	74,4%	55,7 %

Legenda: ¹Pontuação máxima Grau de resultados avançados Grau de resultados intermediário Grau de resultados incipientes

Na maioria dos casos, a subdimensão *Atuação das equipes apoiadas* obteve menor pontuação, enquanto melhor resultado foi verificado na subdimensão *Interdisciplinaridade e integralidade*.

Melhor desempenho entre todos os casos foi verificado em relação às Ações ofertadas pelo NASF, indicando que ações assistenciais específicas se encontram em etapa mais avançada de consolidação na AB. Além de estar descrita como uma de suas atribuições em documentos oficiais que tratam sobre o tema, são valorizadas nos modelos de formação e prática atualmente predominantes no setor saúde e respondem, em muitos contextos, à incipiente rede de serviços de saúde existente.

Impacto mais expressivo era esperado na Dimensão 1 para todos os casos, uma vez que foram avaliados resultados relacionados à atuação do NASF através de ações técnico-pedagógicas e assistenciais direcionadas ao cuidado clínico dos usuários, aspecto focado em documentos que orientam seu trabalho². Entretanto, observou-se alcance de maior grau de resultados em dois casos na Dimensão 2, possivelmente em decorrência da menor capacidade em produzir resultados esperados na subdimensão *Atuação das equipes apoiadas*.

RESULTADOS SOBRE O ESCOPO E A OFERTA DE AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA

Considerando-se a dupla carga de responsabilidade atribuída ao NASF, foram verificados resultados das ações técnico-pedagógicas do apoio matricial sobre a qualificação das equipes apoiadas e das ações assistenciais do NASF e de sua relação com as eAB para a clínica ampliada⁷.

Neste sentido, 04 casos apresentaram grau de resultados intermediários e 01 caso obteve grau de resultados incipientes. Em todos, melhores resultados foram identificados na subdimensão *Interdisciplinaridade e integralidade* e resultados menos favoráveis em *Atuação das equipes apoiadas*. A pontuação da primeira foi até dez vezes maior do que a observada na segunda subdimensão, conforme Tabela 1.

Baixa capacidade de atuação técnico-pedagógica nos casos estudados e, conseqüentemente, dificuldade em atuar de maneira interdisciplinar para fomentar campos compartilháveis foram verificadas, com resultados incipientes sobre a prática clínica e sanitária das equipes apoiadas¹⁴. Os NASF I obtiveram melhores resultados sobre a atuação clínica das próprias eAB em comparação à atuação sanitária, com situação inversa observada no NASF III estudado. Pode-se considerar que o NASF III, ao apoiar apenas uma eAB, passa a assumir integralmente a responsabilidade pela atuação clínica de sua área

profissional. Ao mesmo tempo, tem maior proximidade à equipe vinculada com possibilidade de se integrar de maneira mais intensiva em processos institucionalizados na ESF, como o planejamento em saúde, passando a funcionar como equipe ampliada.

Os resultados dos NASF sobre a capacidade das eAB em desenvolver ações assistenciais anteriormente não realizadas foi limitado, em geral, às intervenções assistenciais do próprio NASF sem que as eAB desenvolvessem novas habilidades. A expectativa prévia em operar a partir do encaminhamento, esperando respostas coerentes com essa lógica, e a baixa disponibilidade do NASF para ações que promovam maior capacidade de atuação das equipes de referência podem interferir no alcance deste resultado^{4,15}. Nos casos em que foram verificados maior impacto sobre a capacidade de promover mudança na conduta das eAB em situações clínicas simples ou muito prevalentes, foi destacado o papel das discussões de casos, participação do NASF em reuniões de equipe, ações conjuntas e disponibilização de materiais técnicos às eAB.

Em dois casos, ambos NASF I, não foram identificados resultados sobre Prática sanitária, sem ampliação da capacidade das próprias equipes apoiadas para atuar no território, no planejamento em saúde e na promoção da saúde. Em um dos casos, foi destacada orientação da gestão municipal de não realização de ações neste sentido pelo NASF. O contexto de precarização estrutural em que normalmente estão inseridos os profissionais aumenta a demanda pela realização de ações assistenciais específicas e define modos de atuação que dificultam vínculos institucionais e comunitários¹⁶.

No caso 5, destaca-se que profissionais podem apoiar de 06 a 23 eAB, o que, em conjunto com a falta de apoio da gestão municipal, é desfavorável à ampliação da atuação do NASF. Em Campinas/SP, contexto similar foi verificado por Castro¹⁷ (p.1632), discutindo-se que o excesso de equipes pode causar prejuízo a “princípios profissionais como a interdisciplinaridade, o vínculo, a integralidade do cuidado, a resolubilidade, a acessibilidade e a longitudinalidade, que dão sustentabilidade às práticas de Apoio Matricial”. Soma-se o fato de que a maioria dos contratos de gestão reproduz a lógica de produção quantitativa, representada pelo número de consultas e procedimentos clínicos realizados¹⁴. A implantação do trabalho integrado depende de vontade política, devendo a gestão local facilitar o apoio matricial, ao passo que sua ausência tem sido mais um impasse para obter resultados esperados^{18,19}.

Para alcançar a clínica ampliada, espera-se o rompimento de relações verticalizadas entre profissionais de saúde e maior grau de integração e compartilhamento entre equipes. Nos casos em que se verificou pouca contribuição neste sentido, foram destacadas dificuldades relacionadas à: inexistência de reuniões; impossibilidade de espaços regulares de encontro com todos os profissionais do NASF; compartilhamento profissional-dependente; pré-determinação do plano terapêutico pela eAB; existência de barreiras pelo NASF para acesso às ações; e, possível sobrecarga do NASF em função do número de equipes e UBS vinculadas. Em certos casos, foi verificado que o compartilhamento se restringe à programação de algumas ações do NASF, sem que sua implantação ocasionasse mudanças na lógica de encaminhamentos para atendimentos individuais específicos.

Objetivando também fomentar a clínica ampliada, o indicador Ações ofertadas pelo NASF apresentou resultados favoráveis e pontuação máxima em todos os casos. Houve aumento do escopo e da oferta de ações com maior proximidade do território, ampliando a integralidade e a resolubilidade da atenção às necessidades e demandas não atendidas pelas eAB. Para as equipes apoiadas, houve ampliação das estratégias terapêuticas na AB e redução de sua carga de trabalho, dividida com o NASF. Ao mesmo tempo, a proximidade fortaleceu o atributo da longitudinalidade, de modo que acompanham intervenções e seus resultados na própria AB.

Em todos os casos, foi destacado que o NASF contribuiu para aumentar a oferta de grupos na AB, ampliando o leque de alternativas terapêuticas e reduzindo a utilização de outros recursos, como medicamentos, com maior adesão e satisfação dos usuários. Gonçalves²⁰ também verificou a ocorrência da coordenação de vários grupos pelo NASF, a maioria centralizada nestes profissionais com ou sem parceria das eAB. O baixo compartilhamento entre as equipes ocorre em decorrência da elevada demanda de atendimentos para as eAB, da diferença de modelo de trabalho e das metas de produtividade, entre outros²⁰.

Em geral, houve redução do tempo médio de espera para atendimento específico do NASF, destacando-se a influência do aumento das ofertas terapêuticas na AB e do papel regulador desta equipe. O impacto na diminuição do tempo variou em função da categoria profissional, dos tipos de ações desempenhadas com maior regularidade (atendimentos domiciliares ou grupos, por exemplo), do suporte das RAS e do aumento da demanda que pode acompanhar a

implantação do NASF em função da oferta de ações antes não disponíveis.

RESULTADOS DA DIMENSÃO COORDENAÇÃO E LONGITUDINALIDADE

Nesta dimensão, esperam-se como resultados que o trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas favoreça a articulação da AB com pontos das RAS e serviços intersetoriais e qualifique encaminhamentos, fortalecendo as equipes de referência para oferta longitudinal e coordenação do cuidado^{2,21}. Neste sentido, 01 caso apresentou resultados avançados, 03 casos tiveram resultados intermediários e 01 obteve resultados incipientes, com desempenhos diversificados nas subdimensões *Coordenação do Cuidado* e *Longitudinalidade*.

Na primeira subdimensão, os casos com maior capacidade de contribuição do NASF para ampliar e qualificar a articulação da AB às RAS, auxiliando na integração com outros pontos de atenção e na implantação de projetos terapêuticos, ressaltaram a criação de novas formas de relação com outros serviços pelo NASF. Sua integração a espaços de cogestão já constituídos pelas equipes apoiadas e contribuição para esclarecimentos de fluxos assistenciais às eAB também foram citados.

Quanto aos serviços intersetoriais, melhores resultados foram verificados com ações voltadas à ampliação do olhar por meio de discussão de casos e construção de projetos terapêuticos singulares e da utilização do NASF como ponte entre serviços, especialmente no que se refere à assistência social. Entretanto, a atuação do NASF para ampliar a integração da AB a outros setores foi considerada incipiente nos casos estudados, em similaridade ao verificado por Patrocínio¹⁶ em municípios do Rio de Janeiro. Apesar da importância da intersetorialidade para responder aos problemas enfrentados pela população, há ainda a necessidade de alcançá-la, com ações pouco evidentes na própria ESF²². Dessa forma, é preciso revisão de práticas em conjunto com as eAB para que o NASF possa apoiá-las neste sentido.

Os resultados do NASF sobre a gestão terapêutica na AB se mostraram variáveis, com maior potência para qualificação da gestão de casos compartilhados entre NASF e equipes apoiadas em comparação ao impacto de suas ações para ampliação da capacidade das eAB para gestão de casos comuns a outros pontos de atenção.

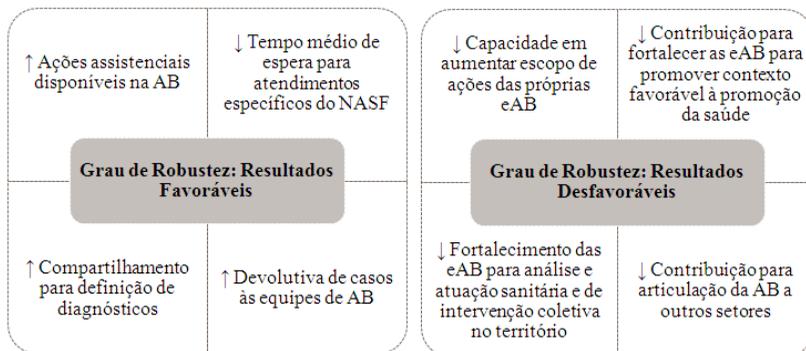
Entre NASF e equipes apoiadas, a gestão parece ter melhorado com pactuação e proximidade na AB, aumentando devolutiva dos casos às equipes de referência a fim de ampliar sua capacidade de coordenação do cuidado. O uso de prontuário compartilhado e a realização periódica de encontros/reuniões de matriciamento para casos mais complexos, por exemplo, foram aspectos levantados como potenciais para alcance deste resultado.

Por outro lado, ainda que incipiente na maioria dos casos avaliados, a gestão de casos compartilhados nas RAS pôde ser ampliada com a existência de espaços de encontros regulares com outros serviços. Entretanto, esse resultado parece ser possível apenas devido aos contatos pessoais/profissionais previamente adquiridos pelos profissionais do NASF, demonstrando baixa institucionalização da função na equipe de apoio.

Na subdimensão *Longitudinalidade*, aumento da capacidade de resolução clínica pelas equipes na AB é um dos resultados esperados a partir do trabalho integrado ao NASF, contribuindo para qualificar e reduzir encaminhamentos desnecessários a especialistas. Nesse sentido, identificou-se que os casos apresentaram, em geral, bons resultados, destacando-se a função reguladora do NASF, maior capacidade de lidar com diferentes situações na AB a partir da incorporação dos profissionais de apoio e maior comprometimento pelos casos compartilhados como fatores importantes para seu alcance.

GRAU DE ROBUSTEZ DOS RESULTADOS

Aumento de ações assistenciais disponíveis na AB e redução do tempo médio de espera para atendimentos específicos do NASF foram resultados favoráveis observados com grau de robustez, conforme verificado na Figura 1. Neste sentido, Volponi *et. al.*²³, identificaram que o NASF permitiu ampliação do olhar para produção do cuidado, com variedade no rol de ações, incluindo novos grupos terapêuticos, e maior impacto sobre doenças crônicas e na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Figura 1: Resultados verificados com grau de robustez.

Para o trabalho integrado, NASF e equipes apoiadas devem dispor de flexibilidade e abertura para compartilhar interesses e ações. Postura acolhedora às solicitações da eAB também deve favorecer corresponsabilização pelos casos⁴. Resultados favoráveis identificados com grau de robustez corroboram com essa forma de operar. Verificou-se que a proximidade entre as equipes resultou em certo grau de integração para compartilhamento de saberes e práticas na definição de diagnósticos e aumento da devolutiva de casos às eAB, o que deve contribuir para que o NASF não assuma o papel de referência pelo cuidado e potencialize a coordenação pelas equipes apoiadas.

Por outro lado, resultados desfavoráveis comuns aos diferentes casos foram igualmente verificados, envolvendo questões que dependem também da atuação das eAB e da gestão municipal, como a baixa capacidade do NASF em aumentar o escopo de ações assistenciais das próprias equipes apoiadas. Para que possa alcançar esse resultado, são necessários, por exemplo, disponibilidade das equipes e horário protegido nas agendas. Verificou-se que ações compartilhadas e organização sistemática de espaços regulares de encontro favorecem aproximação e ampliação do escopo das ações de modo que o trabalho conjunto possibilite o acúmulo de habilidades que possam ser utilizadas de forma autônoma no manejo de casos¹⁵.

Resultados do NASF para ampliação da atuação intersetorial da AB se mostraram incipientes. Sua capacidade também foi reduzida no que diz respeito ao fortalecimento das eAB para análise e atuação sobre necessidades e problemas de saúde sanitários e de intervenção coletiva do território e para superação da lógica de priorização de atendimento de demandas assistenciais individuais, promovendo contexto favorável à

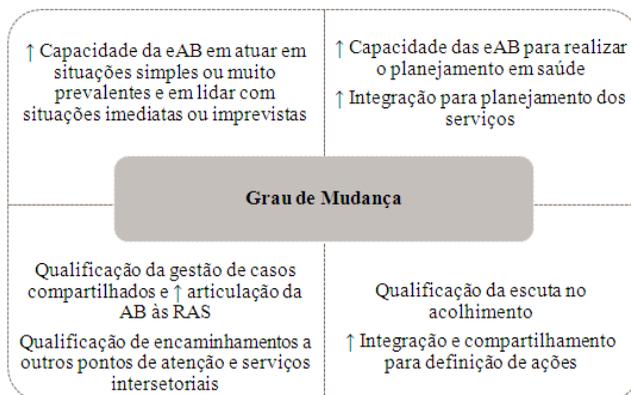
promoção da saúde dissociada da prevenção de doenças e do enfoque sobre desenvolvimento de habilidades pessoais.

Identifica-se que atuação com foco na promoção da saúde e sobre o território é de difícil operacionalização para as próprias eAB, cuja prioridade tem sido o atendimento de casos individuais, com pouco envolvimento da comunidade e desenvolvimento de ações sobre condicionantes e determinantes sociais da saúde¹⁸. Há, ainda, dificuldades inerentes aos profissionais do NASF que não necessariamente possuem formação ou experiência prévia na área. Demonstrando essa fragilidade, Shimizu e Fragelli²⁴ identificaram divergências na compreensão do NASF sobre a responsabilidade em realizar diagnóstico da comunidade com base na epidemiologia e planejar ações que promovam mudanças com a comunidade.

GRAU DE MUDANÇA DOS RESULTADOS

Os resultados verificados com grau de mudança, ou seja, que variaram em função de diferentes fatores, são visualizados na Figura 2. Ainda que a análise extensiva do contexto não tenha sido objeto deste estudo, cumpre destacar que diversos aspectos podem interferir no alcance de resultados a partir do trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas, implicando nas diferenças apresentadas.

Figura 2: Resultados verificados com grau de mudança.



Dados verificados no Quadro 1 – como a modalidade de NASF implantada, o porte populacional dos municípios e a composição das

equipes – e aspectos relacionados ao modelo de atuação do NASF e das equipes apoiadas definidos pela gestão municipal ou pela própria forma de operar dos profissionais envolvidos, dentre outros, influenciam a qualidade das relações, o tempo disponível para a atenção compartilhada e, conseqüentemente, o alcance dos resultados esperados com sua implantação^{25,26}.

Em alguns casos, por exemplo, foi verificado aumento da aptidão das eAB para lidar com situações imediatas ou imprevistas a partir do trabalho integrado entre NASF e equipes vinculadas, obtendo-se, conseqüentemente, ampliação de sua capacidade resolutiva. Para o alcance deste resultado, foram citados como fatores favoráveis a disponibilidade dos profissionais do NASF para auxiliar a distância ou presencialmente as equipes apoiadas e a realização de atendimentos conjuntos, considerados um mecanismo de educação permanente.

Nos casos em que foi verificada qualificação da escuta no acolhimento em saúde a partir da implantação do NASF na Atenção Básica, a disponibilidade em auxiliar as equipes de referência pelo cuidado no manejo de situações difíceis e a oferta de ações de educação permanente também foram necessárias, tornando possível a ampliação do olhar e da capacidade de articulação de ações para o atendimento de demandas e necessidades verificadas.

Quanto à articulação da AB às RAS, a organização e o esclarecimento de fluxos assistenciais às equipes apoiadas, a ampliação das formas de relação com outros serviços através de reuniões e contatos pessoais estabelecidos pelos profissionais do NASF e o fato de que estes possuem maior trânsito nas RAS em comparação às eAB foram fatores estratégicos para promover sua ampliação, auxiliando as equipes na integração com outros pontos de atenção e na implantação de projetos terapêuticos.

A ampliação das formas de contato com outros pontos das RAS, especialmente em função de relações estabelecidas entre profissionais de categorias profissionais semelhantes àquelas que compõem o NASF, e a definição de estratégias para “triagem” de casos na Atenção Básica parecem contribuir para promover a qualificação da gestão de casos compartilhados com outros serviços de saúde, ampliando a capacidade de coordenação do cuidado pelas equipes apoiadas.

Alguns casos apresentaram modificação na maneira de compartilhar a responsabilidade pela definição de ações na AB, passando a ser dividida entre NASF e equipes apoiadas, promovendo uma ruptura com o tradicional sistema de encaminhamentos predominante nos serviços de saúde. No caso do NASF Modalidade III

estudado, o fato de apoiar apenas uma equipe parece ter contribuído para maior integração para definição de ações. Já o NASF Modalidade I com maior pontuação neste indicador apresentou formas diversificadas de contato entre NASF e equipes apoiadas como fator potencial para alcance do resultado.

Outros resultados diferenciados foram, ainda, verificados em função da Modalidade de NASF implantada. O NASF III, por exemplo, apresentou como resultado favorável em relação aos demais o aumento da integração entre as equipes para planejamento dos serviços e ampliação da capacidade da eAB para realizar planejamento em saúde. Acredita-se que o fato de participar semanalmente das reuniões da equipe apoiada tenha contribuído, de maneira que a eAB passa a não diferenciá-lo de sua própria composição.

Por outro lado, resultado desfavorável encontrado neste caso indica que a relação entre equipes pode estar ocasionando reprodução do modelo assistencialista de atenção em detrimento ao modelo colaborativo. Foi verificada ausência de contribuição do NASF III para aumentar a capacidade das equipes apoiadas em oferecer atenção em situações clínicas simples ou muito prevalentes em seu território, indicando que a proximidade entre as equipes, ao contrário de promover corresponsabilização, pode estar contribuindo para fomentar a lógica de encaminhamento ao profissional do NASF.

Maior número de atendimentos específicos do NASF pode ocorrer em municípios de menor porte populacional, como neste caso, por contar com uma rede de serviços de saúde limitada. As equipes apoiadas, inclusive, podem ter como expectativa que o NASF responda à demanda por atendimento ambulatorial devido à escassez nos demais pontos de atenção, fazendo com que assuma o papel de referência assistencial ao serem identificadas necessidades e demandas relacionadas ao seu núcleo profissional²⁰. Tais problemas extrapolam as possibilidades de resolução dessas equipes e também podem justificar a ausência de contribuição na articulação da AB às RAS e para qualificar a gestão de casos compartilhados com outros pontos de atenção, verificadas no caso do NASF III estudado²⁰.

Para além da agregação de mais ações ou da oferta pontual ou isolada de ações específicas do NASF, espera-se maior capacidade de trabalho interdisciplinar e de efetivação da integralidade quanto menor o número de equipes apoiadas². Em Belo Horizonte/MG, a diminuição da relação quantitativa entre eAB e NASF possibilitou qualificação do trabalho²⁷. Macedo²⁸ também identificou que, quanto maior o número de

equipes apoiadas e a extensão do território, maiores as dificuldades no desenvolvimento das ações de modo compartilhado e integrado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados alcançados indicam que as ações assistenciais específicas do NASF estão em etapa mais avançada de consolidação na Atenção Básica, sinalizando sua priorização na implantação destas equipes. Houve menor contribuição para o aumento da capacidade das próprias equipes apoiadas para atuação clínica e, especialmente, para prática sanitária. Apesar de haver diferenças nos resultados obtidos em relação à prática clínica e sanitária das eAB em relação às modalidades de NASF avaliadas, o impacto não foi considerado expressivo em nenhum dos casos estudados.

Faz-se necessário, portanto, desenvolver mecanismos que promovam a educação permanente das equipes apoiadas, buscando maior grau de equilíbrio entre as dimensões do apoio matricial e respeitando as necessidades de usuários e equipes nesta definição. Destaca-se que o diálogo entre profissionais e entre distintos pontos de atenção tradicionalmente não tem sido privilegiado nos serviços de saúde. Desta forma, ainda que o NASF represente uma possibilidade de mudança, é preciso desenvolver mecanismos que favoreçam a interdisciplinaridade e a intersetorialidade a partir da AB. Além disso, deve-se investigar em relação à atuação clínica do NASF III como tornar a proximidade um potencial para o trabalho colaborativo, ao invés de tê-la como uma oportunidade para a reprodução do modelo assistencialista atualmente vigente no SUS.

Aparentemente, o aumento do escopo de ações decorrente da incorporação de outros profissionais na AB foi acompanhado de uma possível mudança no modo como as equipes vêm se relacionando, uma vez que a ampliação do grau de integração e compartilhamento para a definição de ações realizadas (compartilhamento da decisão) e, especialmente, de diagnósticos foi observada. Neste sentido, mecanismos de devolutiva dos casos acompanhados pelo NASF às equipes de referência têm sido implantados, contribuindo para uma melhor gestão terapêutica e, conseqüentemente, fortalecendo aAB para a coordenação do cuidado.

Tais achados são importantes por demonstrar que, ainda que o processo de trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas apresente inúmeros desafios para a consolidação de uma prática colaborativa entre as equipes, têm sido desenvolvidos mecanismos que, a médio e longo

prazo, podem contribuir para prática da clínica ampliada e a consolidação de um modelo de atenção pautado nos princípios da interdisciplinaridade e da integralidade da atenção.

Houve resultados variados entre os casos em relação ao apoio oferecido às eAB para o fortalecimento de sua capacidade para coordenar o cuidado e realizar o acompanhamento longitudinal dos usuários. Nesse ponto, a análise imbricada demonstrou grau de robustez para resultado favorável apenas em relação à contribuição do NASF para ampliar e qualificar a gestão de casos compartilhados na AB. Recomenda-se, portanto, mais estudos que articulem fatores contextuais aos resultados alcançados em relação à Dimensão **Coordenação e Longitudinalidade** para compreender sua relação e verificar como potencializar seus resultados.

Como limitação, destaca-se a impossibilidade de inclusão de NASF II no estudo de caso, em função de critérios de seleção previamente definidos. Esse fator pode ter limitado uma análise mais aprofundada dos resultados verificados segundo modalidades, tornando recomendável a replicação do estudo em circunstâncias que possibilitem a avaliação de todas as modalidades atualmente existentes. Faz-se, também relevante desenvolver novos estudos que, para além das modalidades de NASF, busquem aprofundar a compreensão sobre seu contexto de implantação a partir do trabalho integrado às equipes apoiadas, uma vez que diversos fatores podem interferir no alcance de resultados.

Por fim, com base no modelo avaliativo utilizado, o grau de resultados alcançado na maioria dos casos estudados foi considerado intermediário, possivelmente em decorrência de dificuldades inerentes à implantação do NASF e da própria Estratégia Saúde da Família. A ausência de objetivos e resultados esperados do trabalho do NASF claramente identificáveis e as diferentes compreensões e interesses acerca da implantação destas equipes determinam o modo como o cuidado é operado e podem impor barreiras para o alcance de resultados mais consolidados.

REFERÊNCIAS

- 1 Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(2):399- 407.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica nº 39 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 3 Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et. al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012;28(11):2076-84.
- 4 Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(8):2511-21.
- 5 Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(1):229-38.
- 6 Souza TT, Calvo MCM. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. *Saúde Soc. São Paulo* 2016;25(4):976-87.
- 7 Souza TT, Calvo MCM. MAJ. Avaliabilidade de Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Revista de Saúde Pública*. No prelo.
- 8 Souza TT, Knabben RJ, Calvo MCM. Caracterização de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e integração às equipes de Saúde da Família vinculadas. *Revista de APS*. No prelo.
- 9 Panizzi M. *Avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*– NASF [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
- 10 Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004. 3 ed.
- 11 Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.60-1.
- 12 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades@*. 2017. Disponível em http://ibge.gov.br/cidadesat/xtras/uf.php?lang=_PT&coduf=42&search=santa-catarina [acesso em 10 maio 2017].

13 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Consulta Equipes*. 2017. Disponível em http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp [acesso em 10 maio 2017].

14 Fitipaldi ALM, Romano VR, Barros DC. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate* 2015;39(104):76-87.

15 Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(9):2847-56.

16 Patrocínio SSSM. Machado CV, Fausto MCR. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde Debate* 2015;39(especial):105-19.

17 Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016;21(5):1625-36.

18 Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, Caixeta CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Texto Contexto Enferm* 2016; 25(1):1-9.

19 Ribeiro HMCB, Lamy ZC, Coimbra LC, Rocha LJLF, Aquino DMC, Coutinho NPP, et. al. Representações sociais de profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família sobre interdisciplinaridade. *Trab. Educ. Saúde* 2015;13(supl.2):97-115.

20 Gonçalves RMA, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo. *Brasil. Rev. bras. Saúde ocup.* 2015;40(131):59-74.

21 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 4 mar. 2008. Seção 1, p. 38-42.

22 Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev. bras. enferm.* 2010;63(5):762-9.

23 Volponi PRR, Garanhani MF, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. *Saúde Debate* 2015;39(especial):221-31.

24 Shimizu HE, Fragelli TBO. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2016;40(2):216-25.

25 Lancmann S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública* 2013;47(5):968-975.

26 Bonaldi AP, Ribeiro MD. Núcleo de apoio à saúde da família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. *Revista de APS* 2014;17(2):195-203.

27 Azevedo NS. *Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o processo de implantação em Belo Horizonte* [Dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2012.

28 Macedo MAV, Guimarães JMX, Sampaio JJC, Moraes APP, Carneiro C. Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2016;15(30):194-211.

5.5 ARTIGO 5 – POTENCIALIDADES, CONTEXTO E REALIDADE: ESTRATÉGIAS PARA O ALCANCE DE RESULTADOS POR NASF

Potencialidades, contexto e realidade: estratégias para o alcance de resultados por NASF

Potentialities, context and reality: strategies for achieving results by NASF

Título resumido: Estratégias para alcance de resultados por NASF

Thaís Titon de Souza
Maria Cristina Marino Calvo

RESUMO

Objetivo: Considerando-se o contexto em que estão inseridos, buscou-se identificar potencialidades da implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e resultados produzidos, verificando-se características favoráveis para seu alcance. **Métodos:** Foi desenvolvido estudo de casos múltiplos de abordagem qualitativa tendo como unidades de análise 4 NASF I, 1 NASF III e 13 equipes apoiadas. Entrevistas semi-estruturadas e documentos foram utilizados como fontes de evidências, cujos dados foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** Os resultados de ações técnico-pedagógicas do apoio matricial sobre o aumento da capacidade clínica e sanitária das equipes apoiadas foram incipientes e, em algumas situações, se confundem com a própria prática assistencial do NASF. Os resultados alcançados a partir da dimensão assistencial do apoio matricial estão mais consolidados, sendo observados sobre três aspectos: Redes de Atenção à Saúde, equipes apoiadas e usuários. A influência do NASF para maior compartilhamento e gestão de casos na Atenção Básica (AB) se mostrou variável. Para a produção dos resultados esperados, destacou-se a importância de disponibilidade e implicação dos profissionais para trabalhar de maneira colaborativa, implantação de mecanismos diversos para comunicação interprofissional, relação quantitativa adequada de equipes apoiadas por NASF, sistematização da forma de devolutiva de casos às equipes de referência, apoio da gestão municipal e formação dos profissionais do NASF para atuação na AB. **Conclusões:** Ainda que possam ser verificados avanços e resultados a

partir da relação entre NASF e equipes apoiadas, conclui-se ser necessário que o trabalho de fato se torne interdisciplinar e colaborativo, fomentando a integralidade e ampliando o acesso e a resolubilidade da AB, fortalecendo as equipes vinculadas para atender aos atributos da Atenção Primária.

Descritores: Avaliação em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: Considering the context in which they are inserted, we sought to identify the potentialities of the implantation of Family Health Support Centers (NASF) and results produced, with favorable characteristics to reach. **Methods:** A multiple-case study of a qualitative approach was developed, with 4 NASF I, 1 NASF III and 13 supported teams as analysis units. Semi-structured interviews and documents were used as sources of evidence, whose data were submitted to content analysis. **Results:** The results of the technical and pedagogical actions of the matrix support on the increase of the clinical and sanitary capacity of the supported teams were incipient and, in some situations, are confused with the NASF's own care practice. The results obtained from the assistance dimension of the matrix support are more consolidated, being observed on three aspects: Health Care Networks, supported teams and users. The influence of the NASF for greater sharing and management of cases in Primary Care (AB) was shown to be variable. In order to produce the expected results, the importance of availability and involvement of professionals to work collaboratively, implementation of various mechanisms for interprofessional communication, adequate quantitative relationship of NASF-supported teams, systematization of the way of returning cases to teams Reference, support of municipal management and training of NASF professionals to work in AB. **Conclusions:** Although progress and results can be verified from the relationship between NASF and supported teams, it is concluded that work must become interdisciplinary and collaborative, fostering integrality and increasing the access and resolubility of AB, strengthening The teams linked to meet the attributes of Primary Care.

Descriptors: Health Assessment; Public Health Policies; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma estratégia para redução da fragmentação da atenção e aproximação entre profissionais na Atenção Básica (AB). O apoio matricial é o referencial recomendado para organização desta relação e definição de intervenções para atender às necessidades da população e das equipes apoiadas¹. Organiza-se através de ações técnico-pedagógicas que produzam apoio educativo com as equipes de Atenção Básica (eAB) e assistenciais, envolvendo ações clínicas realizadas com os usuários^{1,2}.

Objetiva-se uma prática colaborativa de cuidado baseada na clínica ampliada e nos preceitos da integralidade e da interdisciplinaridade por meio de ações pautadas no apoio matricial³. Como resultado, espera-se que o NASF impacte positivamente sobre equipes apoiadas, usuários, integração entre serviços e modelos de atenção existentes, fortalecendo a AB e contribuindo para avanços nas políticas de saúde no Brasil⁴.

É possível que a integração entre NASF e equipes apoiadas amplie o escopo e a oferta de ações na AB, com maior qualidade e acesso da população a ofertas mais abrangentes, resolutivas e próximas às suas necessidades^{1,5,6}. O trabalho integrado deve promover o fortalecimento das equipes de referência na AB para a longitudinalidade, fomentando maior integração às Redes de Atenção à Saúde (RAS), qualificando e promovendo a redução de encaminhamentos desnecessários e ampliando a capacidade de coordenação e de continuidade do cuidado pelas equipes apoiadas^{1,6,7}. Atividades de apoio matricial foram associadas positivamente aos resultados da certificação das eAB no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB⁸.

O alcance destes resultados, entretanto, é dependente de fatores como a relação estabelecida entre as equipes, que podem reproduzir em suas práticas cotidianas ações que atualizam o modelo de atenção assistencialista que se propõe superar⁹. Deficiente formação em saúde para o trabalho na AB e em relação ao apoio matricial, falta de compreensão sobre a lógica de atuação do NASF por equipes e gestores, inexistência de parâmetros para inserção das categorias do NASF na AB, incipiência das RAS e tensões econômicas em relação ao financiamento da saúde interferem diretamente na proposição técnica de configuração e atuação do NASF^{4,10}. Tais fatores podem ocasionar perda de oportunidade para alcançar resultados satisfatórios⁴.

Considerando-se, então, o contexto em que estão inseridos, buscou-se identificar potencialidades da implantação dos NASF e resultados produzidos, verificando-se características favoráveis para alcance dos resultados esperados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo qualitativo de casos múltiplos, parte da pesquisa de doutorado “Avaliação de Resultados de NASF de Santa Catarina” defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2017.

Foi realizado estudo de avaliabilidade prévio, com definição dos modelos teórico e lógico e da matriz de avaliação e julgamento (MAJ) dos resultados alcançados pelo NASF a partir do trabalho integrado às eAB⁶. Para definição dos casos, foram considerados: a) Pareamento dos NASF em relação ao grau de integração às eAB, incluindo-se aqueles com grau satisfatório identificado a partir de estudo realizado previamente em uma Região de Saúde de Santa Catarina (SC)¹¹; b) Pareamento dos NASF por tempo de funcionamento com, no mínimo, 2 anos de implantação; e, c) Pareamento por composição, devendo apresentar as 3 categorias mais prevalentes nos NASF de SC (psicologia, fisioterapia e nutrição), exceto em caso de NASF Modalidade III que apresentasse no máximo uma categoria diferente em decorrência do reduzido número de profissionais que o integram.

Dentre 31 NASF, identificou-se que 6 atenderam aos critérios, sendo 5 NASF I e 1 NASF III. Pela inexistência de NASF II com grau satisfatório de integração, decidiu-se pela inclusão de 4 NASF I de diferentes municípios com maior pontuação de integração e do único NASF III com grau satisfatório de integração. Como unidades de análise foram definidas: NASF I.1 com 08 eAB, NASF I.2 com 07 eAB, NASF I.3 com 09 eAB, NASF I.4 com 06 a 23 eAB (vinculação conforme categoria profissional inserida no NASF) e NASF III.1 com vinculação a 01 eAB.

Entrevistas semiestruturadas e documentos foram fontes de evidências. Foi realizado pré-teste do roteiro de entrevistas, com ajustes quanto à sua estrutura e aplicação e inclusão de exemplos para elucidar questionamentos. A entrevista foi aplicada simultaneamente com três profissionais do NASF, oportunizando-se espaço para fala individual, o que não foi necessário. No município que conta com NASF III, uma eAB foi entrevistada, enquanto nos demais foram entrevistadas três eAB vinculadas por NASF, segundo indicação da gestão municipal. Ao total,

foram realizadas 18 entrevistas com NASF I (4), NASF III (1) e eAB apoiadas (13), gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra, resguardando-se sigilo dos entrevistados. O tempo total foi de 13 horas e 27 minutos, com média aproximada de 45 minutos por entrevista.

Os dados foram complementados em todos os casos através da coleta de documentos que registrassem o cuidado compartilhado entre NASF e eAB, como atas de discussão de casos e de reuniões, agenda dos profissionais, documentos sobre ações com outros serviços e outros.

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo. Por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, foi realizada decomposição e agregação das informações^{12,13}. Para análise das entrevistas, foi realizada leitura flutuante (pré-análise), verificando-se pertinência das respostas quanto às perguntas. Em seguida, procedeu-se à exploração do material, com extração de trechos das entrevistas e síntese das observações. Por fim, realizou-se interpretação das falas. Documentos foram mapeados a partir de temas-chave a fim de organizar a descrição dos dados. A análise foi realizada no sentido de contribuir para qualificação das informações das entrevistas e disponibilização de novas informações, considerando a MAJ.

Os preceitos éticos foram respeitados nesta pesquisa, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC em 29 de setembro de 2015 (Parecer 1.248.870). A Secretaria Estadual de Saúde de SC e os municípios assinaram declaração de anuência, concordando com a realização do estudo, e todos os participantes assinaram e receberam cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

São apresentadas a seguir, as categorias temáticas originadas da análise dos dados.

RESULTADOS SOBRE A ATUAÇÃO DAS EQUIPES APOIADAS

Quanto ao aumento da capacidade clínica das eAB, verificou-se que a atuação técnico-pedagógica do NASF tem potencialidade para ampliar seu olhar para necessidades de saúde dos usuários e possibilidades de intervenção, além de permitir aprendizado para que a própria equipe amplie sua conduta em outras oportunidades.

Entretanto, para muitos profissionais essa influência não é visível, de modo que o resultado sobre a atuação clínica se limita à percepção de que o NASF *influencia a partir do momento que soma forças no trabalho, mas não muda o nosso trabalho, nossa conduta* (EAB5). Assim, ao identificar interface entre necessidades ou demandas dos usuários com ofertas disponibilizadas, na realidade o NASF torna-se a primeira opção terapêutica das eAB, o que pode incrementar a desresponsabilização das equipes de referência pelo cuidado:

(...) Antes a gente acabava tendo que ter mais resolutividade nos problemas do paciente, né? Então a gente ainda tinha um pouquinho de nutricionista, um pouquinho de psicóloga, né? Então, agora, na verdade a gente já consegue encaminhar mais esses pacientes, né? Então, influencia (EAB7).

Diferentes fatores, como o próprio modelo de atenção à saúde biologicista e a falta de serviços especializados nas RAS, podem contribuir para que o NASF funcione de maneira inadequada, dificultando a consolidação da dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial³. A dependência das RAS, por exemplo, implica em responsabilidade por atuar de maneira específica, resultando em pressão da população e da gestão para oferta de atenção assistencial. Nos casos estudados, foram ainda identificados existência de diferentes lógicas de organização de trabalho entre as equipes e o fato de que a composição do NASF pode não atender às expectativas das eAB.

Por outro lado, há indicativo de que fatores contextuais podem interferir positivamente na capacidade de fortalecer a atuação clínica das próprias eAB. A disponibilidade dos profissionais de ambas as equipes e mecanismos que garantam contato próximo, como reuniões periódicas entre profissionais, têm potencial para facilitar o alcance deste resultado.

Figura 1: Representação esquemática de resultados sobre a atuação clínica das equipes apoiadas.

Potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ Olhar para necessidades de saúde • ↑ Possibilidades de intervenção • ↑ Capacidade de conduta das eAB
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de atenção • Falta de serviços especializados nas RAS • Diferentes formas de organização do trabalho NASF-eAB • Composição do NASF não atende expectativas das eAB
Realidade	<ul style="list-style-type: none"> • NASF como primeira opção terapêutica • Encaminhamentos e ↓ resolubilidade das eAB
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade dos profissionais de ambas as equipes • Mecanismos que garantam contato próximo

A influência do NASF na qualificação da atuação sanitária das equipes apoiadas se mostrou ainda mais incipiente, de modo que o NASF *ainda é muito clínico-ambulatorial* (EAB13), apresentando baixa capacidade em responder à potencialidade de fortalecer as eAB para análise e atuação sobre o território, no planejamento em saúde e em situações comunitárias com foco na promoção da saúde.

A gente tem um sentimento de uma solidão mesmo no processo de trabalho com pouquíssimo apoio e propostas de ferramentas pra que também a gente ganhasse mais autonomia, que fosse, entende? (EAB13).

A percepção de que o NASF tem sido instituído como uma espécie de atenção secundária na AB, o que dificulta a atuação para além da questão assistencial, também esteve presente nas falas dos profissionais desta equipe. Em um caso, houve destaque para o direcionamento da gestão municipal:

O NASF é desestimulado a participar dessas ações. Então, nem somos convidados a participar do planejamento das equipes e das unidades, nos é solicitado pra de preferência não estar na unidade no dia de reunião da unidade. (...) Eu avalio que

eles querem que a gente faça atenção secundária na atenção primária (NASF5).

A lógica curativista ainda está fortemente presente nos serviços e nas práticas de saúde¹¹. A gestão municipal pode reforçar esse modo de operar, buscando resultados mais imediatos e quantitativamente visíveis, direcionando o trabalho do NASF para uma abordagem ambulatorial e tornando ainda maior o desafio em superá-la¹⁴.

Em relação aos resultados positivos, foi identificada a possibilidade de que o NASF atue como interlocutor de experiências entre UBS (Unidades Básicas de Saúde), contribuindo para reorganização do trabalho nas equipes a partir do intercâmbio de experiências exitosas. Em relação ao NASF III estudado, destaca-se ter demonstrado maior capacidade de contribuição em relação ao planejamento em saúde em comparação aos NASF I, indicando que o menor número de equipes vinculadas pode permitir maior apropriação do território e integração às eAB para o planejamento em saúde.

Figura 2: Representação esquemática de resultados sobre a atuação sanitária das equipes apoiadas.

Potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a análise e a atuação das eAB sobre o território, o planejamento em saúde e em situações comunitárias com foco na promoção da saúde
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> Modelo de atenção Direcionamento da gestão municipal
Realidade	<ul style="list-style-type: none"> Muito incipiente, o NASF ainda é muito clínico-ambulatorial (EAB13) NASF como atenção secundária na AB
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> Interlocução entre UBS para reorganização do trabalho ↓ equipes apoiadas: ↑ apropriação do território e integração para planejamento em saúde

RESULTADOS DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS REALIZADAS PELO NASF

Os resultados alcançados a partir da dimensão assistencial do apoio matricial estão mais consolidados, sendo observados sobre três aspectos: RAS, eAB apoiadas e usuários.

Em relação às RAS, o principal impacto está relacionado à redução da fila de espera para atendimentos, como para a *fisio*, [que] *até 2012 era só na Policlínica. Daí a nossa fila era de doze mil e hoje é de dois. (...) Olha, se eu fosse chutar uma porcentagem, (...), eu acho que 70% é resolvido na Atenção Primária e 30% nos encaminhamentos (NASF5)*. Percebe-se, portanto, contribuição para organizar o acesso da população inclusive a outros serviços das RAS¹⁵. Este resultado é decorrente da capacidade dos NASF em ampliar ofertas terapêuticas, que aumentam a resolubilidade da AB, e de gerir listas de espera para categorias que o compõem, de modo que passa a desenvolver também função reguladora nas Redes.

Foi levantada dúvida sobre qual seria o melhor ponto de atenção para inserção do NASF, uma vez que, apesar do desejo de romper com o *modelo biomédico (NASF3)*, o que se percebe é que *sua atuação reforça atenção fragmentada e focada no atendimento individual (EAB6)*. Dessa maneira, questiona-se *que diferença faria se tivesse um ambulatório de nutrição na policlínica, por exemplo, né? (EAB13)*.

Acredita-se que esse questionamento está centrado em uma visão biomédica do NASF e na consideração de que saberes e práticas nucleares da equipe mínima de AB são suficientes para lidar com a complexidade do cuidado, o que envolve também relações de poder inerentes ao trabalho neste campo¹⁶. Neste sentido, nos parece mais simples considerar que outras categorias não devam estar presentes na AB, do que mudar o modelo de atenção predominante.

Se o trabalho de fato se torna interdisciplinar e colaborativo, a proximidade física e relacional às equipes apoiadas deve contribuir para que o NASF fomente integralidade e amplie acesso e resolubilidade da AB, fortalecendo as eAB para atender aos atributos da Atenção Primária. Neste sentido, é válido retomarmos que o NASF é resultado de debate anterior onde se propunha a implantação de Núcleos de Atenção Integral de Saúde da Família, privilegiando-se o conceito da integralidade em detrimento ao de apoio, o que pode ser crucial no entendimento das diferentes propostas de implantação e nos resultados potencialmente alcançáveis¹⁷.

Por outro lado, quando hipoteticamente comparam-se atendimentos do NASF com especialistas de outros pontos de atenção, a maioria dos entrevistados acredita que o NASF facilita acesso aos usuários, reduz absenteísmo e torna menor o tempo de espera por atendimento específico. Além disso, aumenta qualidade da atenção em função do trabalho ser mais dinâmico (com outras possibilidades de intervenção para além exclusivamente do atendimento clínico individual) e de estar próximo ao território, o que potencializa atenção orientada por sua realidade. Parece haver também benefícios às eAB, uma vez que o contato com o NASF é facilitado, desburocratizando encaminhamentos e facilitando a definição de prioridades, o que potencialmente seria reduzido caso houvesse seu deslocamento para ambulatórios especializados.

Para equipes apoiadas, as ações assistenciais ampliaram o leque de estratégias terapêuticas ofertadas aos usuários (com destaque para grupos implantados pelo NASF), reduziram demanda para as eAB, aumentaram vínculo dos usuários quando acompanhados conjuntamente e possibilitaram ofertar cuidado longitudinal. Destacaram-se, ainda, maior possibilidade de priorização de atendimento em situações urgentes pelo contato facilitado, qualificação de grupos já desenvolvidos pelas equipes e aumento de sua satisfação.

Na dimensão dos usuários, ações assistenciais do NASF possibilitaram ampliação do acesso a conhecimentos e intervenções, acessibilidade facilitada especialmente para pessoas com limitação de locomoção ou financeira para deslocamentos, ampliação de sua autonomia, maior motivação para autocuidado, maior adesão, redução do uso de medicamentos, redução do tempo de tratamento em alguns casos e aumento da resolubilidade de suas necessidades e demandas na AB.

Resultados similares foram identificados por Volponi et al.¹⁸, onde gestores municipais visualizaram avanços através do NASF, como implantação de novos programas, ampliação do olhar para a produção do cuidado, aumento no cardápio de ações oferecidas pelas UBS e impacto nas doenças crônicas e na melhoria da qualidade de vida da população assistida.

Foram citados como fatores facilitadores para obtenção dos resultados a existência de maior leque de alternativas terapêuticas com base em ofertas do NASF, aumento do conhecimento das eAB sobre possibilidades de intervenção, flexibilização de critérios para atendimento dos usuários e comprometimento dos profissionais

envolvidos com o cuidado a fim de buscar atender às necessidades dos usuários.

Figura 3: Representação esquemática de resultados das ações assistenciais do NASF.

Potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o escopo de ações e a resolubilidade da Atenção Básica
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o melhor ponto de atenção para incluir o NASF? • Modelos de atenção
Realidade	<ul style="list-style-type: none"> • Mais consolidados • RAS: ↓ filas de espera e organização do acesso • eAB: contato desburocratizado, facilitação na definição de prioridades, ↑ satisfação, ↑ leque terapêutico, ↑ cuidado longitudinal e ↓ demanda eAB • Usuários: ↑ conhecimentos e intervenções, ↑ autonomia e motivação para autocuidado, ↑ adesão e ↑ resolubilidade
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho de fato interdisciplinar e colaborativo • Comprometimento dos envolvidos • ↑ ofertas terapêuticas • Função reguladora • Flexibilização de critérios para acesso

RESULTADOS SOBRE COMPARTILHAMENTO E GESTÃO DE CASOS NA AB

Verificou-se nos casos estudados que a influência do NASF para maior compartilhamento e gestão de casos na AB se mostrou variável. As diferentes estratégias experimentadas entre NASF e equipes apoiadas para organização do trabalho integrado podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1: Estratégias para integração entre NASF e equipes apoiadas.

Caso	Estratégias
Caso 1 (NASF I)	Casos compartilhados em atendimentos domiciliares pactuados através de formulário com a coordenação municipal do NASF. Em casos urgentes, contato por telefone ou pessoalmente sem formalização. Em algumas situações, ocorrem encaminhamentos de outros serviços diretamente ao NASF, sem regulação pelas eAB.
Caso 2 (NASF I)	Profissionais do NASF são referência para discussão de casos junto a cada equipe apoiada, participando mensalmente de uma reunião de matriciamento e informando as demandas da eAB aos demais profissionais do NASF. São realizados contatos por telefone, email, programa de comunicação interna da secretaria municipal de saúde ou contato pessoal em situações em que não é possível aguardar a reunião de matriciamento.
Caso 3 (NASF III)	Todos os profissionais do NASF participam semanalmente da reunião da eAB apoiada, onde os casos são compartilhados através de discussão de casos. Em outros momentos, podem também ser realizados encaminhamentos por escrito, trocas de informações pelo prontuário eletrônico compartilhado ou contato não agendado na UBS em situações urgentes.
Caso 4 (NASF I)	As eAB registram os casos em planilhas de casos organizadas por categoria profissional do NASF. A discussão é realizada diretamente com o profissional quando presente na UBS ou através de um profissional de referência que participa das reuniões de eAB quinzenal ou mensalmente. Também pode ser realizado contato por telefone, email, através da coordenação municipal do NASF ou de sistema próprio de comunicação do município em casos urgentes.
Caso 5 (NASF I)	A forma de compartilhar os casos depende de cada eAB e do profissional do NASF envolvido. Algumas eAB apenas entregam ao NASF um montante de encaminhamentos por escrito, outras agendam diretamente para atendimento específico do NASF sem discussão prévia e outras realizam matriciamento em conversas nos corredores. Em algumas situações, o NASF é autorizado a participar apenas de parte das reuniões das equipes apoiadas, sentindo dificuldade em se integrar ao funcionamento da UBS. Para algumas categorias do NASF, o matriciamento funciona em horário previamente estabelecido, sem participação nas reuniões de eAB regulares, outras podem ser acessadas por email ou mensagens de celular.

No caso 1, enquanto o NASF acredita que o compartilhamento se resume aos encaminhamentos por escrito, as eAB desejam maior contato nas UBS para discussão de casos. Torna-se necessário estabelecer mecanismos mais efetivos de comunicação que possibilitem o compartilhamento desejado.

No caso 2, a organização permite compartilhamento de forma satisfatória para o NASF, mas para a maioria das equipes apoiadas, *acaba que falta essa conversa, né? De trocar mais, de ter esse feedback, né, da parte do matriciamento (EAB6)*. Ao discutir o caso com um profissional de referência, a eAB não necessariamente interage com aquele mais habilitado, ocorrendo um encaminhamento mediado pela própria equipe NASF.

No caso 3, identifica-se que, pelo fato de apenas uma eAB estar vinculada ao NASF, a integração possibilita que acabem trabalhando como uma *equipe só (EAB7)*. Integração mais fortalecida também foi verificada no caso 4, onde foram identificadas diferentes formas de contato, permitindo que *essa questão de trabalhar junto, ela é, ela é bem presente, né? Não tem falha, não tem falha quanto a isso, quanto à comunicação e articulação entre a gente (EAB9)*.

No caso 5, as eAB acreditam que o compartilhamento depende da implicação do profissional do NASF na situação, sendo também destacado o papel das equipes apoiadas nesta relação. A não participação nas reuniões de eAB foi considerada *uma perda, né? Porque é um horário que a gente consegue discutir, assim, com mais calma, né? E acaba aprendendo também (EAB12)*. Para uma das equipes, as dificuldades são *uma questão institucional, né? Assim, macro e micro, né? Eu acho que é uma questão da maneira como o município vê o NASF, a maneira como os profissionais NASF são orientados a atuar (EAB13)*.

A equipe defende a valorização de profissionais com formação direcionada à AB, destacando que essa questão não é considerada pela gestão municipal, uma vez que *pagam diferente pro médico de família, mas não pagam diferente pro cara que tem Residência no NASF (EAB13)*. A insuficiente formação direcionada ao SUS e, especialmente, à atuação na Atenção Básica é uma fragilidade que impacta em todo o processo de implantação do NASF. Frente à fragmentação disciplinar que tradicionalmente a caracteriza, resulta em limitações para uma visão e capacidade integral de atuação, gerando mais fragmentação e desresponsabilização pela continuidade do cuidado¹⁹.

Há esforço em modificar a forma de compartilhamento para uma lógica colaborativa. Entretanto, resultados observados demonstraram

que a influência do NASF foi variável, podendo-se manter a tradicional lógica da referência e contrarreferência em um contexto de trabalho pouco integrado e individualizado, tornando limitados os espaços de colaboração²⁰. São necessários ajustes nas ações e processos de trabalhos de ambas as equipes, uma vez que são indissociáveis e interdependentes⁹.

Características destacadas como favoráveis ao compartilhamento entre as equipes dizem, ainda, respeito ao conhecimento e à abertura dos envolvidos para trabalhar a partir do apoio matricial, ao acesso facilitado das eAB, à adequação numérica de equipes apoiadas por NASF e ao adequado direcionamento da gestão para a implantação do NASF nos municípios.

Na gestão dos casos compartilhados, espera-se que pactuação e proximidade contribuam para aumentar a devolutiva às eAB, ampliando sua capacidade de promover a longitudinalidade e coordenar cuidado e evitando que o NASF assuma a referência aos usuários na AB. Sobre essa questão, verificou-se nos casos estudados que a devolutiva do NASF tem sido mais efetiva quando comparada àquela realizada por outros pontos de atenção. Entretanto, para a maioria das equipes apoiadas, ocorre ainda de maneira incipiente, podendo tornar-se mais sistematizada. Em geral, retornos são realizados para casos considerados mais complexos em reuniões de matriciamento ou por outras formas de contato, como encontros não agendados na UBS e por telefone. Para os demais casos, o prontuário compartilhado pode ser uma forma de comunicação, assim como a utilização de listas de acompanhamento de casos compartilhados com as eAB.

O impacto da devolutiva para a AB se mostrou importante por implicar em aumento da segurança e da capacidade de planejamento de continuidade do tratamento pelas equipes de referência, contribuindo para que avaliem intervenções, definam novos rumos e identifiquem prioridades.

Olha, dependendo da situação, tem a ver com o plano, com o tratamento, né? Tem a ver, às vezes, com o diagnóstico (...). Com essa complementação e na coordenação do cuidado, não há dúvida, né? (EAB13).

Figura 4: Representação esquemática de resultados sobre compartilhamento e gestão de casos na Atenção Básica.

Potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a capacidade das eAB em promover a longitudinalidade e coordenar o cuidado • Fortalecer a eAB como referência pelo cuidado dos usuários nas RAS
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Implicação dos profissionais • Direcionamento e valorização pela gestão municipal
Realidade	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados variados • Encaminhamentos por escrito, discussão com profissional NASF de referência, <i>uma equipe só</i> (EAB7), diferentes estratégias e participação em reuniões das eAB • Devolutiva mais efetiva do que por outros pontos de atenção
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento e abertura ao apoio matricial • Acesso facilitado ao NASF • Adequação numérica de equipes apoiadas • Direcionamento adequado da gestão municipal • Sistematização das devolutivas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos casos estudados, resultados das ações assistenciais parecem mais consolidados quando comparados ao impacto sobre a atuação das equipes apoiadas a partir das ações técnico-pedagógicas e sobre a capacidade de compartilhamento entre as equipes na AB, o que pode ocorrer em consequência da reprodução do modelo de atenção biologicista e da incipiência de serviços em outros pontos de atenção que possam suprir a demanda por atendimentos especializados.

Neste contexto, a prática clínica e sanitária das eAB parece ainda pouco influenciada pelo NASF. Em algumas situações, a atuação técnico-pedagógica se confunde com a prática assistencial, o que pode ocasionar um efeito inverso ao esperado: ao contrário de aumentar a capacidade de resolução das próprias equipes de referência, o NASF torna-se primeira opção terapêutica quando identificada relação entre necessidades ou demandas dos usuários e o núcleo de saber de seus profissionais.

Dessa forma, ainda que possam ser verificados avanços e resultados a partir da relação entre NASF e equipes apoiadas, conclui-se ser necessário que o trabalho de fato se torne interdisciplinar e colaborativo, fomentando a integralidade e ampliando acesso e resolubilidade da AB, fortalecendo as equipes vinculadas para atender aos atributos da Atenção Primária.

Sendo o objetivo da avaliação a melhoria do programa, a identificação de características favoráveis para alcance dos resultados esperados é importante para que profissionais e gestores possam buscar seu alcance. Desenvolvimento de mecanismos que promovam integração e comunicação interprofissional, disponibilidade e implicação dos profissionais para trabalhar de modo colaborativo, relação quantitativa adequada de equipes apoiadas por NASF, sistematização da devolutiva de casos às eAB, apoio da gestão municipal e valorização de profissionais do NASF com formação direcionada à AB devem contribuir positivamente neste sentido.

Como limitações, destaca-se a impossibilidade de inclusão de NASF II no estudo de caso, em função de critérios de seleção previamente definidos, o que pode ter limitado uma análise mais aprofundada dos resultados verificados segundo modalidades. Entendendo-se, ainda, que os resultados não podem ser generalizados a todas as eAB e NASF, são necessárias outras investigações que avaliem resultados do trabalho integrado em diferentes contextos como desdobramentos futuros, de modo a subsidiar a compreensão mais abrangente desta relação e a busca de novas estratégias para o alcance dos resultados esperados.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 39 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 2 Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciênc Saude Coletiva*. 2015;20(1):229-38. DOI: 10.1590/1413-81232014201.21152013
- 3 Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc*. 2011;20(4):961-70. DOI: 10.1590/S0104-12902011000400013
- 4 Souza TT, Calvo MCM. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. *Saude Soc. São Paulo* 2016;25(4):976-87. DOI: 10.1590/s0104-12902016163089
- 5 Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012;28(11):2076-84. DOI: 10.1590/S0102-311X2012001100007

- 6 Souza TT, Calvo MCM. MAJ. Avaliabilidade de Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Revista de Saúde Pública*. No prelo.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 8 Santos ALF, Machado ATGM, Reis CMG, Abreu DMX, Araújo LHL, Rodrigues SC et al. Institutional and matrix support and its relationship with primary healthcare. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:54. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005519
- 9 Macedo MAV, Guimarães JMX, Sampaio JJC, Morais APP, Carneiro C. Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2016;15(30):194-211. DOI: 10.11144/Javeriana.rgyps15-30.aptn
- 10 Pereira KG. Conflitos éticos no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de um município de Santa Catarina/SC. 2011. 142 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- 11 Souza TT, Knabben RJ, Calvo MCM. Caracterização de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e integração às equipes de Saúde da Família vinculadas. *Revista de APS*. No prelo.
- 12 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004. 3 ed.
- 13 Panizzi M. Avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
- 14 Nascimento DDG, Oliveira MAC. Análise do sofrimento no trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;(50):846-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600019>
- 15 Patrocínio SSSM, Machado CV, Fausto MCR. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde Debate*. 2015;39(especial):105-19. DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005373.
- 16 (Martinez JFN, Silva MS, Silva AM. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. *Saúde Debate*. 2016;40(110):95-106. DOI: 10.1590/0103-1104201611007
- 17 Gutiérrez AC. Perspectivas de mudanças de modelo na Atenção Básica a partir do NASF. In: XIX Fórum Permanente de Atenção Básica/ SES RJ. Rio de Janeiro, 2013.

18 Volponi PRR, Garanhani MF, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. *Saúde Debate*. 2015;39(especial):221-31. DOI:10.5935/0103-1104.2015S005418

19 Galván GB. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. *Revista da SBPH*. 2007;10(2):53-61.

20 Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015;20(8):2511-21. DOI: 10.1590/1413-81232015208.11652014

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, identificou-se falta de clareza sobre o que se espera alcançar a partir da atuação integrada entre NASF e equipes apoiadas. As diferentes literaturas e documentos analisados se complementaram, mas, muitas vezes, trouxeram novos elementos em relação ao que se espera a partir da implantação do NASF. Além disso, alguns resultados identificados se demonstraram amplos e dependentes de fatores não gerenciáveis pelo NASF. Considerando-se o curto período de implantação dessa equipe no Brasil e a complexidade que envolve a prática pautada pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, verificou-se uma visão quase utópica do NASF como potencial indutor de mudanças sobre aspectos complexos do SUS.

O estudo de avaliabilidade desenvolvido, portanto, foi importante para reflexão e proposição de indicadores coerentes com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e com a proposta de atuação dos NASF no país. Neste sentido, demonstrou ser avaliável, na medida em que foi possível ampliar o conhecimento acerca da intervenção e definir componentes e indicadores apropriados.

Os modelos e a matriz de avaliação e julgamento apresentados colaboram, portanto, para avançar nessa questão e encontram respaldo nos materiais analisados e no processo de consenso com os especialistas, que contribuíram para a construção de caminhos para que o EA se tornasse viável. Considerando a incipiência de mecanismos de avaliação dos resultados dos NASF, especialmente a partir do trabalho integrado às equipes de AB, o EA pode contribuir para a qualificação dessa intervenção no país ao oferecer subsídios para que gestores possam monitorar seu trabalho em diferentes realidades.

Além das próprias equipes envolvidas, a gestão em saúde, especialmente no âmbito municipal, tem papel preponderante na implantação do NASF visando alcançar os resultados intermediários e finais estabelecidos no modelo lógico desenvolvido neste estudo. Para isso, deve oferecer condições e mediar o processo para que NASF e equipes apoiadas desenvolvam uma relação pautada no referencial do apoio matricial, tendo como foco de atuação a integralidade da atenção e o trabalho interdisciplinar.

No desenvolvimento do estudo de casos múltiplos, partiu-se da identificação do trabalho integrado e colaborativo entre NASF e equipes apoiadas para a aplicação da MAJ desenvolvida. Neste sentido, os resultados identificados demonstraram que, independentemente da modalidade de NASF implantada, o grau de integração às equipes

apoiadas na Região de Saúde estudada foi considerado majoritariamente intermediário ou insatisfatório, demonstrando-se incipiente. Destaca-se a dificuldade das equipes envolvidas em superar a lógica tradicional de fragmentação do trabalho, operando, em geral, com baixo grau de colaboração.

A avaliação de NASF com grau de integração satisfatório às equipes apoiadas demonstrou que os resultados não foram homogêneos e sofreram interferência de fatores contextuais existentes, como as modalidades de NASF implantadas. Os resultados das ações assistenciais parecem mais consolidados quando comparados ao impacto das ações técnico-pedagógicas do apoio matricial e sobre a capacidade de compartilhamento entre as equipes na AB, o que pode ocorrer em consequência da reprodução do modelo de atenção biologicista e da incipiência de serviços em outros pontos de atenção que possam suprir a demanda por atendimentos especializados.

Desta forma, melhor desempenho entre todos os casos foi verificado em relação às ações assistenciais específicas ofertadas pelo NASF, indicando que se encontram em etapa mais avançada de consolidação. Além de descritas como uma de suas atribuições em documentos oficiais sobre o tema, são valorizadas nos modelos de formação e prática atualmente predominantes e respondem, em muitos contextos, à incipiente rede de serviços de saúde existente.

Nos casos estudados, o aumento do escopo de ações na Atenção Básica decorrente da incorporação de outros profissionais aparenta estar acompanhado de uma possível mudança no modo como as equipes vêm se relacionando. Relativo aumento no grau de integração e compartilhamento para a definição de ações realizadas (compartilhamento da decisão) e, especialmente, de diagnósticos foi observado. No mesmo sentido, mecanismos de devolutiva dos casos acompanhados pelo NASF às equipes de referência têm sido implantados, contribuindo para uma melhor gestão terapêutica na AB e, conseqüentemente, fortalecendo as equipes de AB para a coordenação do cuidado.

Tais achados são importantes por demonstrar que, ainda que o processo de trabalho integrado apresente inúmeros desafios para a consolidação de uma prática colaborativa entre as equipes, têm sido desenvolvidos mecanismos que, a médio e longo prazo, poderão contribuir para a consolidação de um modelo de atenção pautado nos princípios da interdisciplinaridade e da integralidade da atenção que possam implicar em aumento do acesso e da resolubilidade da AB.

Em relação à prática clínica e sanitária das eAB, verificou-se parecer ainda pouco influenciada pelo NASF. Em algumas situações, a atuação técnico-pedagógica se confunde com a prática assistencial, ocasionado efeito inverso ao esperado: ao contrário de aumentar a capacidade de resolução das equipes de referência, o NASF torna-se primeira opção terapêutica quando identificada relação entre necessidades ou demandas e o núcleo de saber de seus profissionais.

Os resultados alcançados demonstraram, portanto, menor contribuição para o aumento da capacidade das próprias equipes apoiadas para atuação clínica e, especialmente, para prática sanitária. Resultados expressivos em ambos os focos de atuação não foram identificados em nenhum caso estudado, indicando que o número de equipes apoiadas pode não ter influenciado seu alcance. Faz-se necessário desenvolver mecanismos que promovam a educação permanente das eAB, buscando maior grau de equilíbrio entre as dimensões do apoio matricial e respeitando as necessidades de usuários e equipes nessa definição.

Analisando-se resultados alcançados segundo modalidade de NASF implantada, identificou-se que os NASF I obtiveram melhores resultados sobre a atuação clínica das próprias equipes apoiadas em comparação à atuação sanitária, com situação inversa observada no NASF III estudado. Essa diferença pode ser justificada pelo fato de que o NASF III, ao apoiar apenas uma eAB, passa a assumir integralmente a responsabilidade pela atuação clínica de sua área profissional e, ao mesmo tempo, tem maior proximidade à equipe vinculada com possibilidade de se integrar de maneira mais intensa em processos institucionalizados na ESF, como o planejamento em saúde, passando a funcionar como equipe ampliada. Destaca-se, entretanto, ser necessário investigar em relação à atuação clínica do NASF III como tornar a proximidade um potencial para o trabalho colaborativo, ao invés de tê-la como uma oportunidade para a reprodução do modelo assistencialista.

Resultados variados entre os casos foram verificados em relação ao apoio oferecido às eAB para o fortalecimento de sua capacidade para coordenar o cuidado e realizar o acompanhamento longitudinal dos usuários. Nesse ponto, a análise imbricada demonstrou grau de robustez para resultado favorável apenas em relação à contribuição do NASF para ampliar e qualificar a gestão de casos compartilhados na AB. Recomenda-se, portanto, mais estudos que articulem fatores contextuais aos resultados alcançados em relação à Dimensão Coordenação e Longitudinalidade para compreender sua relação e verificar como potencializar seus resultados.

Com base no modelo avaliativo desenvolvido, o grau de resultados final alcançado na maioria dos casos estudados foi considerado intermediário, possivelmente em decorrência de dificuldades inerentes à implantação do NASF e da própria Estratégia Saúde da Família. A ausência de objetivos e resultados esperados do trabalho do NASF claramente identificáveis e as diferentes compreensões e interesses acerca da implantação destas equipes determinam o modo como o cuidado é operado e podem impor barreiras para o alcance de resultados mais consolidados.

A identificação de características favoráveis para o alcance dos resultados esperados é importante para que profissionais e gestores possam buscar seu alcance. O desenvolvimento de mecanismos que promovam integração e comunicação interprofissional, disponibilidade e implicação dos profissionais para trabalhar de modo colaborativo, relação quantitativa adequada de equipes apoiadas por NASF, sistematização da devolutiva de casos às equipes de referência, apoio da gestão municipal e valorização de profissionais do NASF com formação direcionada à APS devem contribuir positivamente neste sentido.

Destaca-se que o caráter autoaplicativo do instrumento para caracterização das equipes NASF e de seu grau de integração às equipes apoiadas pode ser uma fragilidade da pesquisa, não sendo possível afirmar se de fato o que foi indicado vem sendo praticado, pois os dados podem explicitar a percepção dos respondentes em relação aos questionamentos e não a realidade vivenciada. Outro ponto levantado como limitação do estudo é o número reduzido de NASF na Modalidade II e a inexistência de NASF desta modalidade com grau satisfatório de integração às equipes apoiadas na Região estudada, o que pode ter limitado o reconhecimento das características dessas equipes para uma análise mais aprofundada dos resultados verificados.

Aponta-se, ainda, que o estudo de caso se restringiu a uma Região de Saúde localizada no sul do país, tornando-se imperativo o estudo da integração entre NASF e eAB em outras realidades. Entendendo que os resultados não podem ser generalizados a todas as equipes de AB e NASF, são necessárias outras investigações que avaliem resultados do trabalho integrado em diferentes contextos como desdobramentos futuros, de modo a subsidiar a compreensão mais abrangente desta relação e a busca de novas estratégias para o alcance dos resultados esperados. Indica-se, portanto, a realização de novos estudos que ampliem o escopo de fontes e dados coletados, bem como de NASF analisados.

Por fim, destaca-se a confirmação da tese defendida de que os resultados alcançados pelo NASF não são homogêneos, sofrendo interferência de diferentes fatores existentes nas diversidades de contextos em que estão implantados, com diferenciação dos resultados verificados em relação às modalidades de NASF estudadas. Os resultados dependem, também, da capacidade das equipes envolvidas em trabalhar de maneira integrada e colaborativa, considerando as duas dimensões do apoio (assistencial e técnico-pedagógica) na organização de seu processo de trabalho. Por outro lado, não se pôde confirmar que menor número de equipes apoiadas contribuiu para maior capacidade de trabalho interdisciplinar e de efetivação da integralidade, uma vez que a análise do NASF III estudado indicou a existência de aspectos condizentes com uma prática de atenção pautada na reprodução do modelo assistencialista.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. *et. al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-98, 2010.
- ANDRADE, L. M. B.; QUANDT, F. L.; CAMPOS, D. A.; *et. al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina, **Sau. &Transf. Soc.**, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.
- ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. O. *et. al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n.99, p. 672-80, Out./Dez. 2013.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18. Supl. 2, p. 11-23, 2009.
- BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter. mov.**, v. 23, n. 2, p. 323-30, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BARROS, C. M. L.; JÚNIOR, G. F. Avaliação da atuação do nutricionistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município de Picos/PI. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, 140-54, 2012.
- BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 17, n.2, p. 195-203, Abr./Jun. 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro, de 2008. **Lex:** DOU, Brasília, 24 de janeiro de 2008. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF:** Caderno de Atenção Básica nº 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Oficina de qualificação do NASF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 2, e dá outras providências. Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. **Lex:** DOU, Brasília, 28 de dezembro de 2012. 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 466/2012: trata de pesquisas com seres humanos. 2012c.

BRASIL. **Esus Atenção Básica:** Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS. Versão preliminar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Portaria nº 535, de 03 de abril de 2013. **Lex:** DOU, Brasília, 03 de abril de 2013. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento de avaliação externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família** – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Portal do CONASEMS. **PMAQ**: confira os municípios certificados no 2º ciclo divididos por cada estado. 2014a. Disponível em <http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/ultimas-noticias/3803-divulgada-certificacao-do-2-ciclo-do-pmaq> [acesso em 11 agosto 2015].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 39** – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2p. 569-84, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol. 23, n.2, p. 399- 407, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEREDO, M .D.; JÚNIOR, N. P. *et. al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, supl. 1, p. 983-95, 2014.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. p. 115-28.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta de equipes de Atenção Básica no estado de Santa Catarina em maio de 2015**. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp>. Acesso em 13 junho 2015. 2015a.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta de equipes NASF no estado de Santa Catarina em maio de 2015.**

Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp>.

Acesso em 13 junho 2015. 2015b.

COSTA, M. M. L. **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):** contextualização de sua implantação na Atenção Básica à Saúde no Brasil. 2013. 56 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade de Brasília, 2013.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n.4, p. 961-70. 2011.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MAGALHÃES DE MENDONÇA, M. H. *et. al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panamericana de Salud Publica**, v. 21, n. 2, p.164-76, 2007.

FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. Competências profissionais para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 17, n. 3, p. 334-44, Jul./Set. 2014.

FROTA, S. L. F.; LINHARES, J; H.; MELO, M. S. S. **Sistema de Informação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – SINAI no município de Sobral/CE.** Disponível em <<http://www.crefito6.org.br/novo/images/stories/pdf/conassmes1suzana.pdf>>. Acesso em 11 de maio de 2013.

GALVÁN, G. B. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. **Revista da SBPH**, v. 10, n. 2, p. 53-61, 2007.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, Rio de Janeiro, p.1171-81, jun. 2006.

GUTIÉRREZ, A. C. **Perspectivas de mudanças de modelo na Atenção Básica a partir do NASF.** In: XIX Fórum Permanente de Atenção Básica/ SES RJ. Rio de Janeiro, 2013.

HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BOARETTO, R. C. Atenção Primária em Saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2877-87, 2011.

JAIME, F. **Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF)**. Outubro/2006. Disponível em <https://faustojaime.wordpress.com/2006/10/13/nucleos-de-atencao-integral-na-saude-da-familia-naisf/>. Acesso em 29 março 2015.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. A.; CORDONE, N. G.; *et. al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 867-75, 2013.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n.2, p.507-25. 2014.

LUDKE, M.; ANDRE, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MAGALHÃES, F. C. **Avaliação do processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Campina Grande – PB**. 2011. 26 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, 2011.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para pesquisa. In: MOTA, A. E. *et. al.*(org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2007. p. 383-98.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS,

R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 41- 66.

MATUDA, C. G. **Cooperação interprofissional:** percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP). 2012. 155 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-05, 2010.

MENEZES, C. A. **Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família em Olinda:** estudo de caso. 2011. 80 p. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas: Unicamp, 2003. (mimeogr.).

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface* (Botucatu), v. 13, supl. 1, p. 627-40, 2009.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, supl. 1, p. 973-86, 2014.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos NASF. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-6, 2010.

NATAL, S.; SAMICO, I.; OLIVEIRA, LGD. *et. al.* Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cad. Saúde Colet**, v. 18, n. 4, p. 560-71, 2010.

NECKEL, G. L.; SEEMAN, G.; EIDT, H. B. *et. al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1463-72, 2009.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: característica, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, v. 1, n.3, São Paulo, 1996.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da Família como estratégia para a mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.4, p.820-9, 2009. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>>. Acesso: 09 mai 2013.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M. CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 4, p. 574-80, 2012.

OLIVEIRA, M. M; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229-38. 2015.

OMS/WONCA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**: uma perspectiva global. Portugal: OMS/WONCA, 2009.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: **Epidemiologia & Saúde**. ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. P. 567-71.

PAIM, J. S. Prefácio à 6ª edição. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. p. 11-2.

PANIZZI, M. **Avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Doutorado [Tese em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2016. 172 p.

PEREIRA, K. G. **Conflitos éticos no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de um município de Santa Catarina/SC**. 2011. 142 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R; Mattos, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, UERJ:ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (org). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC, 2007. p. 15-28.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Coordenação da Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família. **Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2009.

RIBEIRO, M. D. A.; BEZERRA, E. M. A.; COSTA, M. S. *et. al.* Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **RevBrasPromoç Saúde**, v. 27, n. 2, p. 224-31, Abr./Jun. 2014.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 345-51, 2011.

SAMPAIO, J.; SOUSA, C. S. M.; MARCOLINO, E. C.; *et. al.* O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **R brasci Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317-24, 2012.

SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de educação física. **Ver. Bras. ativ. Fis. Saúde**, v. 17, n. 3, 2012.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **J Health Sci Inst.**, v. 30, n. 4, p. 411-8, 2012.

SCARATTI, D.; CALVO, M.C.M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 446-55, 2012.

SES SC. **Deliberação 023/CIB/09**. Institui o incentivo financeiro estadual aos NASF Santa Catarina para apoiar os municípios que estão impossibilitados de cumprir os requisitos exigidos no Art. 5º e no Art. 6º da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, republicada em 04 de março de 2008. 2009. Disponível em <<http://www.alsistemas.com.br/ESF/DELIB0232009.htm>>. Acesso em 07 mai. 2014.

SES SC (Secretaria Estadual de Saúde). **Repasso Financeiro Federal e Estadual para desenvolvimento de ações de Atenção Básica em Saúde**: Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, NASFSC; CEO; CAPS; municípios pertencentes ao PROCIS; municípios contemplados com Compensação de Especificidades Regionais e PAB, de acordo com Macrorregião (9), Região de Saúde (21), SDR (36) e município. 2011.

SES SC (Secretaria Estadual de Saúde). **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**. 2012. Disponível em <portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=251>. Acesso em 31 mar. 2014.

SES SC (Secretaria Estadual de Saúde). **População residente em Santa Catarina, segundo município no período de 2012.2014**. Disponível em <tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsc.def>. Acesso em: 31 mar. 2014.

SES SC (Secretaria Estadual de Saúde). **Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019**. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Plano_estadual_saude_2016.pdf>. Acesso em 02 abr. 2017.

SILVA JR., A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Rio de Janeiro: UERJ,IMS: ABRASCO, 2007. p. 115-29.

SILVA, A. T. C.; AGUIAR, M. E.; WINCK, K. *et. al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos

profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076-84, 2012.

SOBRINHO, D. F.; MACHADO, A. T. G. M.; LIMA, A. M. L. D.*et. al.* Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/ hipertensão e saúde mental. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 83-93, Out. 2014.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 65-91.

SOUZA, C. C. B. X.; AYRES, S. P; MARCONDES, E. M. M. Metodologia de apoio matricial: interface entre a Terapia Ocupacional e a ferramenta de organização dos serviços de saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 20, n. 3, 2012.

TELESSAÚDE-SC. **Minicurso Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20, n. 2, p. 01-25, 2005.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-31, 2003.

ZANNON, C. M. L. C. Desafios à psicologia na instituição de saúde: interdisciplinaridade e inserção social na assistência à criança hospitalizada. **Psicol. cienc. prof.**, v. 13, n. 1-4, p. 16-21, 1993.

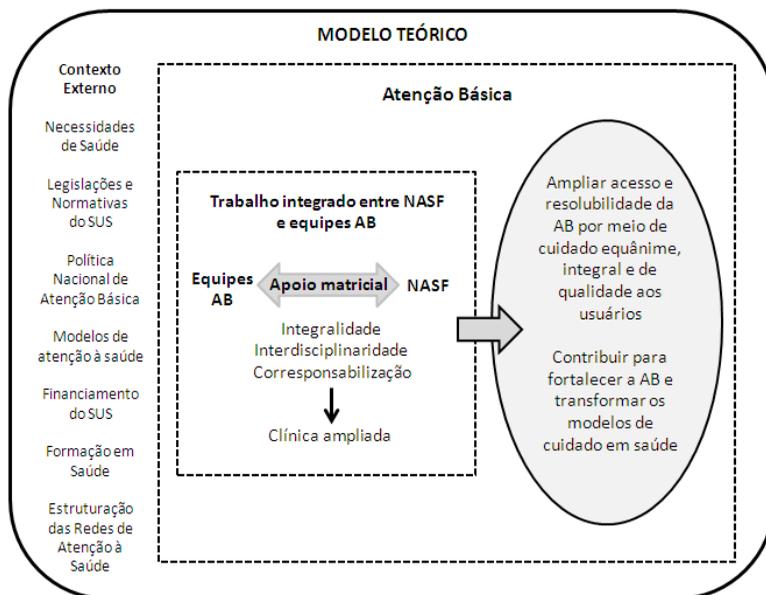
ZEPEDA, J. E.S. **Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária**. 2013. 102 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

APÊNDICE A – Matriz Avaliativa

1 Modelo Teórico

O modelo teórico para avaliação dos resultados alcançados por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Santa Catarina, visualizado na Figura 1, foi inicialmente elaborado com base em revisão de normativas vigentes e estudos prévios em relação ao tema. Posteriormente, foi validado por um grupo de especialistas através da técnica do Comitê Tradicional, que contou com a participação de 2 profissionais de equipes de Saúde da Família e 4 profissionais de NASF (todos com titulação em pós-graduação concluída ou em curso na área de Saúde da Família e/ou Saúde Coletiva), 1 gestor municipal e 1 gestor estadual de Atenção Básica e 4 docentes do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Figura 1: Representação esquemática do modelo teórico dos resultados alcançados pelo NASF.



Legenda: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); equipes SF (equipes de Saúde da Família); Sistema Único de Saúde (SUS).

O modelo considera o contexto de implantação do NASF no país a partir dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e as legislações, normativas e políticas que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 1988; 2012). Atende, ainda, à premissa de que as ações e os serviços de saúde devem se organizar a partir das necessidades sócio-sanitárias da população brasileira que influenciam a organização da Atenção Básica na medida em que exigem dos gestores municipais a identificação de prioridades e a definição de estratégias para dar conta das diferentes necessidades apresentadas, inclusive em relação à definição da constituição das equipes NASF e de seu modo de operar em cada território (BRASIL, 2009a; 2012; 2014).

Nesse sentido, para a implantação de políticas públicas de saúde deve-se considerar a complexidade da realidade existente, organizando-se o SUS e as Redes de Atenção à Saúde (RAS) de maneira a promover a universalidade, a equidade e a integralidade, o que aponta para sua estruturação tendo a Atenção Básica (AB) como porta de entrada preferencial, ordenadora e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2012). Destaca-se que a estruturação das RAS (especialmente da Média Complexidade) pode interferir diretamente sobre a atuação do NASF. Quando incipiente, pode levar à desvirtuação da proposta de trabalho integrado junto às equipes de AB (equipes de Atenção Básica)⁵ ao orientar a utilização do NASF como substituto das Redes, direcionando-o à atuação especializada (LANCMAN *et. al.*, 2013).

Como contexto que contribui e influencia de maneira preponderante a relação estabelecida entre as equipes de SF e o NASF e os resultados alcançados, somam-se questões relacionadas à formação profissional, comumente deficiente para atuar na lógica do apoio matricial (PEREIRA, 2011). Ainda, tem-se a influência de aspectos relacionados ao financiamento do SUS, que interferem diretamente na proposição técnica relacionada à configuração e atuação do NASF, inclusive em relação ao número de equipes apoiadas e população assistida (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; ANDRADE *et. al.*, 2012; FRAGELLI & SHIMIZU, 2014).

⁵ Em consonância com a PNAB, considera-se que equipes de SF, equipes de AB para populações específicas e Academia da Saúde podem ser apoiadas pelo NASF (BRASIL, 2012). Entretanto, nesse estudo será utilizado o termo equipes de SF para designá-las simultaneamente por constituírem-se a maioria das equipes atualmente vinculadas ao NASF no Brasil.

Por fim, os modelos de atenção à saúde são, também, determinantes para a relação estabelecida. Atualmente, predomina no Setor o modelo biologicista, que pode conduzir o NASF a uma forma de funcionamento inadequado (CUNHA & CAMPOS, 2011). Esse modelo dificulta a integração entre NASF e equipes apoiadas ao orientar o trabalho das equipes de AB para o atendimento individual de grande demanda assistencial, tornando escasso o tempo disponível para discussão, pactuação e o fazer em conjunto, ao mesmo tempo em que pressiona os profissionais de apoio para sua reprodução (CUNHA & CAMPOS, 2011; LANCMAN *et. al.*, 2013). O descompasso gerado pode ocasionar resistências e conflitos relacionados ao trabalho colaborativo e à mudança de modelo de atenção proposta. Com base no modelo biologicista, portanto, a incorporação de outras categorias profissionais na Atenção Básica pode, ao contrário de gerar maior resolubilidade e qualidade da atenção, incrementar a desresponsabilização frente à ênfase em aspectos parciais dos usuários (BRASIL, 2009a).

Em direção oposta, orienta-se que a relação estabelecida no âmbito da Atenção Básica se organize e efetive como trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas a partir do referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Deve, portanto, ter como base as premissas da integralidade da atenção, da interdisciplinaridade em saúde e da corresponsabilização em suas ações, resultando em uma abordagem pautada na clínica ampliada. Para isso, considera-se:

- Que o NASF deve atuar de maneira integrada e colaborativa com as equipes de AB vinculadas nos níveis individual e coletivo de cuidado, tendo sob sua responsabilidade a própria equipe apoiada, bem como a assistência direta à população e a atuação sobre o território adscrito, conforme previsto a partir do referencial do apoio matricial (BRASIL 2009a; 2012; 2014);

- A integralidade como um preceito para a organização dos serviços de saúde (MATTOS, 2006). Na relação entre NASF e equipes apoiadas, dentre os diversos sentidos da integralidade, destaca-se especialmente a ampliação da visão das necessidades dos usuários para além daquela fragmentária e reduzida exclusivamente aos fatores biológicos; a busca pela compreensão ampliada do conjunto de necessidades e serviços de saúde apresentadas pelos usuários; e a indissociação entre ações curativas, de prevenção e de promoção à saúde e entre os diferentes pontos de atenção (MATTOS, 2006);

- Que a atuação interdisciplinar caracteriza-se pela interrelação entre várias profissões com influência mútua entre as dimensões de

saberes e práticas que se apresentam, resultando em “ações conjuntas, integradas e interrelacionadas de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento” (ZANNON, 1993, p. 16). A atuação interdisciplinar deve promover o rompimento de relações verticalizadas e minimizar a ocorrência de iatrogenias;

- Que o NASF e as equipes apoiadas devem compartilhar a responsabilidade pelos usuários e territórios adscritos, ao invés de transferi-la, o que implica em corresponsabilização. A corresponsabilização deve nortear as ações desenvolvidas em contraste aos modelos convencionais de prestação de cuidados baseados na assistência curativa, especializada, fragmentada e individualizada (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010); e,

- Que as dimensões técnico-pedagógica e assistencial do apoio matricial são complementares e podem ser consideradas vertentes práticas da operacionalização dos princípios e das diretrizes do SUS, especialmente da integralidade e da interdisciplinaridade. Essa operacionalização deve resultar em ações pautadas na clínica ampliada, tendo como base os seguintes eixos: compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho e transformação dos meios e instrumentos de trabalho (BRASIL, 2009b).

Partindo dessas premissas, o NASF deve ampliar o acesso e a resolubilidade da AB por meio de cuidado equânime, integral e de qualidade aos usuários. Oferecendo apoio a cada situação singular a partir da articulação com as equipes de SF, consideradas referência para o cuidado da população no território, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família pode contribuir para a análise de problemas e a elaboração conjunta de propostas de intervenção, no fortalecimento das equipes para a produção de ações ou na própria realização de ações clínicas individuais ou coletivas com os usuários (ANJOS *et. al.*, 2013; BRASIL, 2014; CAMPOS *et. al.*, 2014).

Espera-se, portanto, que, com a implantação do NASF como equipe de apoio para e na AB atuando sob a ótica do apoio matricial, ocorra o rompimento com o modelo de atenção hegemônico que não privilegia a agregação e a interação entre os diferentes saberes e práticas na construção do cuidado. Dessa forma, o NASF deve apoiar, aperfeiçoar e ampliar a atenção em saúde, fortalecendo os atributos da Atenção Primária em Saúde (APS) através de ações técnico-pedagógicas ou assistenciais coerentes com as necessidades das equipes apoiadas, dos usuários e dos territórios atendidos (BRASIL, 2008; 2009a; 2012; 2014; NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA, ROCHA &

CUTOLO, 2012; ANJOS *et. al.*, 2013; BONALDI & RIBEIRO, 2014; RIBEIRO *et. al.*, 2014). Conforme indica a literatura estudada, tem-se, então, como resultado a superação da lógica verticalizada, fragmentada, especializada e medicalizadora do cuidado em saúde para um cuidado integral, cuja reorientação é realizada de maneira conjunta com a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2008; ANJOS *et. al.*, 2013; CAMPOS *et. al.*, 2014; MOURA & LUZIO, 2014).

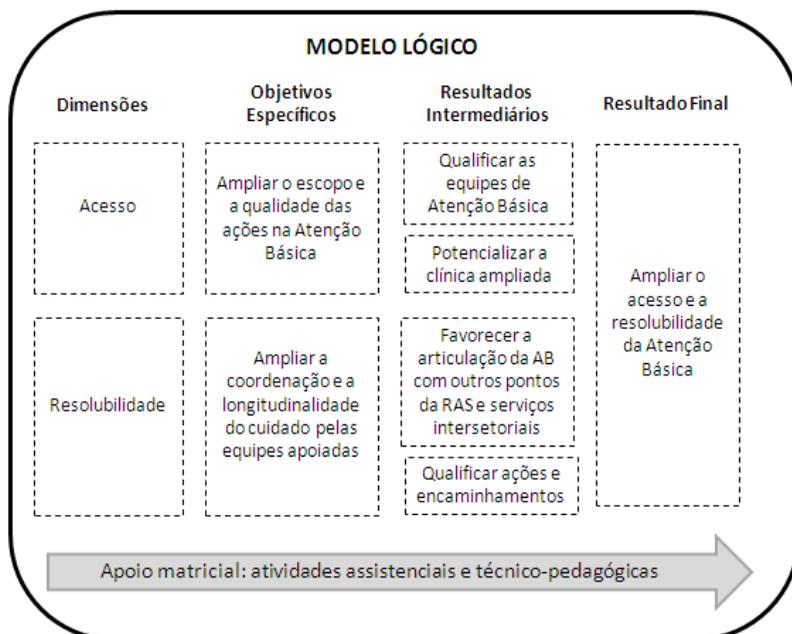
2 Modelo Lógico

Tomando como base o modelo teórico apresentado, foi realizado um recorte para este estudo. Considerando-se a forte aposta de que o NASF amplie a abrangência e o escopo da Atenção Básica, aumentando sua capacidade de resposta aos problemas e necessidades de saúde e prestando assistência às demandas populacionais não alcançadas pelas equipes apoiadas, decidiu-se elaborar o modelo lógico para avaliação de seus resultados quanto à ampliação do acesso e da resolubilidade da Atenção Básica (BRASIL, 2008; 2012; NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; CUNHA & CAMPOS, 2011; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; ANJOS *et. al.*, 2013; BONALDI & RIBEIRO, 2014; CAMPOS *et. al.*, 2014; MOURA & LUZIO, 2014; RIBEIRO *et. al.*, 2014; SOBRINHO *et. al.*, 2014).

Para sua elaboração inicial, foi realizada revisão de normativas vigentes e estudos prévios em relação ao tema, considerando-se, ainda, o modelo teórico elaborado. Posteriormente, o modelo lógico foi também validado por um grupo de especialistas através da técnica do Comitê Tradicional, que contou com a participação de 2 profissionais de equipes de Saúde da Família e 4 profissionais de NASF (todos com titulação em pós-graduação concluída ou em curso na área de Saúde da Família e/ou Saúde Coletiva), 1 gestor estadual de Atenção Básica e 4 docentes do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC.

Com o intuito de demonstrar como a intervenção em estudo deve ser implantada a fim de promover a ampliação do acesso e da resolubilidade na Atenção Básica, foram identificadas dimensões, objetivos específicos e resultados esperados a partir do trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas, conforme pode ser visualizado na figura 2.

Figura 2: Representação esquemática do modelo lógico dos resultados alcançados pelo NASF com foco na ampliação do acesso e da resolubilidade na Atenção Básica.



Legenda: Atenção Básica (AB); Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Na dimensão escopo e oferta de ações na Atenção Básica, buscam-se como resultados intermediários a qualificação das equipes apoiadas e a potencialização da clínica ampliada (CUNHA & CAMPOS, 2011; SAMPAIO *et. al.*, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; ANJOS *et. al.*, 2013; BONALDI & RIBEIRO, 2014; MOURA & LUZIO, 2014; OLIVEIRA & CAMPOS, 2015). Para isso, a incorporação dos profissionais do NASF, além de ampliar os recursos humanos disponíveis na AB, deve possibilitar a oferta de ações com maior proximidade do território e da realidade em que vive a população, através de um trabalho articulado às equipes de SF (BRASIL, 2004; 2008; 2009a; 2010; 2012; 2014; NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; ANJOS *et. al.*, 2013; LANCMAN *et. al.*, 2014; LEITE, NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2014; RIBEIRO *et. al.*, 2014).

Essa integração ocorre a partir da lógica do apoio matricial, recomendado como arranjo teórico-metodológico para organização do processo de trabalho entre as equipes envolvidas. Através de ações técnico-pedagógicas que produzam apoio educativo para e com as equipes de AB, portanto, o NASF pode qualificá-las para que ampliem o escopo de ações ofertadas e sua própria capacidade resolutiva. Por outro lado, por meio de ações assistenciais, os profissionais de apoio podem realizar intervenções clínicas diretamente com os usuários, garantindo a clínica ampliada na medida em que contribuem para, na Atenção Básica, atender às necessidades de saúde anteriormente não atingidas pelas equipes apoiadas.

Com a segunda dimensão apresentada, espera-se a ampliação da coordenação e da longitudinalidade do cuidado pelas equipes apoiadas. Para isso, o trabalho integrado entre NASF e equipes de AB deve favorecer a articulação da AB com outros pontos da RAS e serviços intersetoriais e qualificar encaminhamentos (BRASIL, 2008; 2014; SILVA *et. al.*, 2012).

A racionalização do acesso aos recursos especializados a partir de ações como a reorganização da demanda e da rede de atenção secundária e terciária, a melhoria da relação entre os diferentes pontos de atenção e setores envolvidos com o cuidado e a otimização de fluxos de referência e contrarreferência instituídos devem contribuir para ampliar a capacidade das equipes de AB em coordenar o cuidado dos usuários sob sua responsabilidade sanitária (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; CUNHA & CAMPOS, 2011; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; BRASIL, 2014; SOBRINHO *et. al.*, 2014). Por outro lado, o fortalecimento do atributo da longitudinalidade junto às equipes apoiadas tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior densidade tecnológica (OLIVEIRA & PEREIRA, 2013).

O apoio do NASF deve favorecer, portanto, a continuidade e a ordenação do cuidado pela Atenção Básica, fortalecendo-a nas RAS, porém sem desconsiderar que tais resultados dependem também de outros fatores, como o vínculo construído, a própria RAS implantada e sua capacidade de atuação e articulação entre os pontos de atenção (SILVA *et. al.*, 2012; BRASIL, 2014). Entretanto, considera-se que, independentemente desses fatores, a contribuição do NASF para a organização e a redução de encaminhamentos desnecessários aos serviços de atenção secundária e terciária, inclusive da procura como

porta de entrada no SUS, deve melhorar a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde e se constitui como uma ação importante frente às limitações da rede de serviços nos diversos pontos de atenção (OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SAMPAIO *et. al.*, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; LANCMAN *et. al.*, 2013; BRASIL, 2014; SOBRINHO *et. al.*, 2014).

Por fim, a partir de ações pautadas no referencial teórico-metodológico do apoio matricial, o trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas deve ocorrer com base nos objetivos identificados a fim de alcançar os resultados apresentados no modelo, ampliando o acesso e a resolubilidade da AB. Para isso, as ações desenvolvidas devem ser coerentes com as diretrizes estabelecidas na PNAB, fortalecendo a atuação do NASF neste âmbito de atenção (BRASIL, 2012). Tais diretrizes devem, ainda, orientar o apoio oferecido às equipes de referência pelo cuidado na Atenção Básica a fim de promover o fortalecimento dos atributos da APS por meio de ações técnico-pedagógicas ou assistenciais coerentes com as necessidades dessas equipes, dos usuários e dos territórios adscritos (BRASIL, 2014).

3 Matriz de avaliação

Os resultados do trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas ainda não estão evidentemente explícitos nas bibliografias sobre o tema. Poucos estudos relatam os impactos de suas ações sobre as equipes vinculadas, o território e a população assistida, estando, em geral, relacionados à implantação do NASF ou ao papel e às ações que podem ser desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais na AB, considerando-as promissoras propostas de ampliação do acesso aos cuidados em saúde, de interdisciplinaridade e, por fim, de integralidade da atenção (BARBOSA, FERREIRA & FURBINO, 2010; BARROS & JÚNIOR, 2012; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SANTOS & BENEDETTI, 2012; SCABAR, PELICIONI & PELICIONI, 2012; SOUZA, AYRES & MARCONDES, 2012).

Há, portanto, a necessidade de investigar essa temática, buscando identificar em que medida os diferentes modelos de atenção interferem nos modos como são operados os NASF ao longo do território nacional e os resultados alcançados (SAMPALIO *et. al.*, 2012). Entretanto, por ser uma proposta recente, sem banco de dados implantado, dados quantitativos relacionados a essa equipe não estão disponíveis. Além disso, estudos nesse sentido são escassos, assim como são pouco desenvolvidos os mecanismos de monitoramento e avaliação do NASF

(MAGALHÃES, 2011). Ainda que existam tais fatores limitantes, esse estudo busca contribuir com a ampliação do conhecimento em relação aos resultados produzidos pelo NASF a partir do trabalho integrado às equipes apoiadas.

Para tanto, foram analisados a literatura e os aspectos normativos sobre o tema, que possibilitaram o levantamento dos objetivos e resultados esperados. Posteriormente, foram definidas dimensões, subdimensões, indicadores e medidas para a elaboração da matriz avaliativa inicial, que passou por validação de um grupo de especialistas. Com a participação de 2 profissionais de equipes de SF e 4 profissionais de NASF (todos com titulação em pós-graduação concluída ou em curso na área de Saúde da Família e/ou Saúde Coletiva), 2 gestores em saúde do SUS e 4 docentes do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, a matriz foi validada pela Técnica do Comitê Tradicional e reestruturada conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Matriz avaliativa dos resultados produzidos por Núcleos de Apoio à Saúde da Família com base no trabalho integrado junto às equipes apoiadas.

Resultados produzidos por NASF de Santa Catarina		Dimensão
Escopo e oferta de ações na Atenção Básica		Resultado Intermediário
Garantir a clínica ampliada	Qualificar as equipes apoiadas	Subdimensão
Interdisciplinaridade e integralidade	Atuação das equipes apoiadas	Indicador
<p>Ações ofertadas pelo NASF</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações ofertadas na Atenção Básica após implantação do NASF ▪ Tempo de espera para atendimento específico pelos profissionais do NASF 	<p>Integração e compartilhamento entre equipes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compartilhamento de diagnósticos ▪ Corresponsabilização na definição de ações 	<p>Medidas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações assistenciais anteriormente não realizadas pelas equipes apoiadas ▪ Conduita clínica das equipes apoiadas anteriormente à atenção específica do NASF
	<p>Prática sanitária</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atuação no território ▪ Realização do planejamento em saúde ▪ Atuação com foco na promoção da saúde 	
	<p>Prática assistencial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações assistenciais anteriormente não realizadas pelas equipes apoiadas ▪ Conduita clínica das equipes apoiadas anteriormente à atenção específica do NASF 	

Resultados produzidos por NASF de Santa Catarina			
Total	Coordenação e longitudinalidade		Dimensão
04	Qualificar encaminhamentos	Favorecer a articulação da AB com pontos de atenção das RAS e serviços intersetoriais	Resultado intermediário
04	Longitudinalidade	Coordenação do cuidado	Subdimensão
08	Encaminhamentos para outros pontos de atenção e serviços intersetoriais	Articulação da AB a outros pontos das RAS e serviços intersetoriais	Indicador
	Continuidade da relação da clínica na AB	Gestão terapêutica na Atenção Básica	
16	Resolução clínica	Atenção compartilhada nas RAS	Medidas
	Acolhimento em saúde	Atenção compartilhada intersetorialmente	
		Intervenção em situações imediatas ou imprevistas na AB	
		Gestão de casos compartilhados entre NASF e equipes apoiadas	
		Gestão de casos compartilhados nas RAS pelas equipes de AB	

A matriz foi dividida nas dimensões “escopo e oferta de ações na AB” e “coordenação e longitudinalidade”, com 2 subdimensões e 4 indicadores cada. Os *rationales* (justificativas) das dimensões, subdimensões e indicadores propostos estão apresentados na descrição das dimensões da Matriz, onde constam, também, as respectivas

medidas e fontes estabelecidas com base na literatura ou em aspectos normativos existentes.

Destaca-se que acesso e resolubilidade foram considerados eixos transversais de observação da matriz avaliativa na medida em que se apresentam como resultados finais esperados e estão envolvidos simultaneamente nas duas dimensões avaliadas. Da mesma forma, considerou-se que a qualidade – compreendida como a capacidade de atender aos atributos de valor e mérito, ou seja, de aplicar adequadamente recursos e fazer bem o que se propõe para atender às necessidades das equipes de SF e dos usuários vinculados ao NASF, transpassa toda a matriz (SCRIVEN, 1991 *apud* SCARATTI & CALVO, 2012). Dessa forma, ao mesmo tempo em que maior qualidade é atingida quando os resultados finais do trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas são obtidos, a qualidade também interfere na capacidade dessas equipes em alcançá-los.

Por fim, diante das limitações colocadas anteriormente quanto à inexistência ou incipiência de dados quantitativos sobre o objeto avaliado, é reconhecida a possibilidade de ocorrência de viés de memória na aplicação da matriz avaliativa elaborada, uma vez que a coleta de dados para grande parte dos indicadores depende da memória dos entrevistados. Para minimizar esse viés, na seleção dos sujeitos de pesquisa se buscará abranger profissionais há mais tempo vinculados às equipes NASF e equipes de AB estudadas. Quando não for possível atender a esse critério, serão incluídos no estudo profissionais há mais tempo na Atenção Básica, considerando-se que mesmo que não inseridos na mesma equipe, a experiência permitirá que identifiquem mudanças a partir do marco de implantação do NASF nesse âmbito de atenção.

3.1 Dimensão: Escopo e oferta de ações na Atenção Básica

Desde a implantação do NASF no país, o apoio matricial foi recomendado como arranjo teórico-metodológico para organização de seu processo de trabalho junto às equipes de SF, consideradas referência para o cuidado da população nesse âmbito de atenção, tendo como base uma relação horizontalizada que promova integração entre os envolvidos. O trabalho colaborativo esperado é desenvolvido através de ações técnico-pedagógicas, que produzem apoio educativo para e com as equipes apoiadas, e assistenciais, envolvendo ações clínicas diretas realizadas com os usuários (BRASIL, 2014).

As ações preconizadas para a atuação do NASF indicam, portanto, a dupla carga de responsabilidade atribuída a essa equipe. Ao mesmo tempo em que deve atuar sobre os usuários e territórios adscritos em conjunto com as equipes de AB, deve se responsabilizar por promover educação permanente das equipes apoiadas, objetivando aumentar sua capacidade para produção de cuidado e resolução clínica e sanitária na Atenção Básica.

Para isso, busca-se certo grau de equilíbrio entre as ações assistenciais e técnico-pedagógicas (considerando que esse equilíbrio pode variar de acordo com cada categoria profissional que compõe o NASF e com as próprias experiências locais), definindo as ações a serem realizadas com base em discussões conjuntas com as equipes de referência (TELESSAÚDE-SC, 2015). A partir das necessidades dos usuários/comunidades/territórios e das equipes apoiadas e com base na capacidade de resposta do serviço de saúde que melhor atenda a essas necessidades, portanto, as decisões sobre o tipo de ação a ser desenvolvida e sua operacionalização são divididas e pactuadas entre as equipes envolvidas (BRASIL, 2014).

Conforme proposto nessa dimensão e apresentado no Quadro 2, é, portanto, esperado que o NASF ofereça cuidado para cada situação singular a partir da articulação com as equipes apoiadas, objetivando ampliar o escopo e a oferta de ações e melhorar o acesso dos usuários às ações de saúde (SILVA *et. al.*, 2012; CAMPOS *et. al.*, 2014). De maneira compartilhada com as equipes de AB, a atuação dos profissionais do NASF em vez de apenas agregar mais ofertas pontuais ou isoladas decorrentes dos núcleos profissionais, deverá proporcionar mais racionalidade no uso dos serviços de saúde e mais qualidade no cuidado dispensado aos usuários do SUS, contribuindo no atendimento das demandas e necessidades do território e da população adscrita (OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; BRASIL, 2014; FRAGELLI & SHIMIZU, 2014; SOBRINHO *et. al.*, 2014).

Quadro 2: *Rationale* da dimensão “Escopo e oferta de ações na Atenção Básica”.

Dimensão	Justificativa
Escopo e oferta de ações na Atenção Básica	A integração entre NASF e equipes apoiadas deve ampliar o escopo e a oferta de ações na Atenção Básica, com maior capacidade e qualidade do cuidado e acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas às suas necessidades ^{1,2} . Para isso, conforme as necessidades dos usuários, das equipes apoiadas e do território adscrito, devem ser definidas, pactuadas e implantadas ações assistenciais e técnico-pedagógicas adequadas ^{2,3} .
Subdimensão	
Atuação das equipes apoiadas	
Interdisciplinaridade e Integralidade	

¹SILVA *et. al.*, 2012; ²BRASIL, 2014; ³BRASIL, 2012.

3.1.1 Subdimensão: Atuação das equipes apoiadas

Nesta subdimensão, busca-se identificar os resultados das ações técnico-pedagógicas do NASF sobre as equipes apoiadas, visando ampliar o escopo e a oferta das ações pelas equipes de SF na Atenção Básica. As ações técnico-pedagógicas são aquelas orientadas ao desenvolvimento de competência junto às equipes apoiadas, tais como discussões de casos e temas, ações conjuntas/ compartilhadas com as equipes vinculadas e outros arranjos possíveis. Em sua execução, busca-se investir em mecanismos de educação permanente por meio de ações colaborativas, de modo a aumentar a capacidade das equipes de SF para análise e atuação sobre problemas e necessidades de saúde (MALTA & MERHY, 2010; BRASIL, 2012; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; ANJOS *et. al.*, 2013).

Tem-se, portanto, uma forte aposta na capacidade das atividades técnico-pedagógicas como indutoras da ampliação da eficácia de atuação das equipes apoiadas, inclusive para o alcance da resolubilidade desejada na AB (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; CUNHA & CAMPOS, 2011; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; BRASIL, 2014; CAMPOS *et. al.*, 2014). Identificou-se, por exemplo, que as atividades de apoio matricial que mais contribuíram para melhor certificação das equipes no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foram aquelas de educação permanente, como atividades clínicas compartilhadas, discussões de

processo de trabalho e intervenções no território (SOBRINHO *et. al.*, 2014).

Para buscar a compreensão sobre os resultados alcançados em relação às ações técnico-pedagógicas do apoio matricial, a subdimensão “Atuação das equipes apoiadas” apresenta 2 indicadores: 1) Prática assistencial – cujo objetivo é identificar o fortalecimento das equipes de AB para a efetivação do cuidado através da ampliação de sua capacidade para análise e atuação sobre problemas e necessidades de saúde em termos clínicos; 2) Prática sanitária – objetiva identificar o fortalecimento das equipes apoiadas para a efetivação do cuidado por meio de ações que aumentem sua capacidade para análise e atuação sobre problemas e necessidades de saúde em termos sanitários e de intervenção coletiva (BRASIL, 2012; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; ANJOS *et. al.*, 2013; MOURA & LUZIO, 2014).

No Quadro 3, está apresentado o rationale da subdimensão “Atuação das equipes apoiadas” e, nos quadros 4 e 5, os rationales de seus indicadores, incluindo fontes de dados e medidas.

Quadro 3: *Rationale* da subdimensão “Atuação das equipes apoiadas”.

Subdimensão	Justificativa
<p>Atuação das equipes apoiadas</p>	<p>A fim de ampliar a capacidade de atenção pelas equipes de AB, o NASF pode utilizar artifícios técnico-pedagógicos do apoio matricial que produzam transferência tecnológica cooperativa e horizontal¹. Essa prática pressupõe a existência de um objetivo comum e a disponibilidade para o diálogo e o trabalho compartilhado¹. Como resultado, espera-se o fortalecimento das equipes apoiadas para a produção do cuidado em termos clínicos, sanitários e de intervenção coletiva, inclusive para a realização de ações de promoção de saúde, contribuindo para o aumento do escopo e da oferta de ações na AB ^{1,2,3,4}.</p>
Indicador	
1. Prática assistencial	
2. Prática sanitária	

¹SILVA *et. al.*, 2012; ²BRASIL, 2012; ³OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; ⁴ANJOS *et. al.*, 2013.

Quadro 4: *Rationale* do indicador “Prática assistencial”.

Indicador	Justificativa		
Prática assistencial	O NASF deve apoiar as equipes de AB visando aumentar sua capacidade de cuidado, compartilhando a resolução de problemas e o manejo de situações clínico-assistenciais por meio de apoio pedagógico que progressivamente produza maior capacidade de análise, intervenção e autonomia assistencial para as equipes ¹ . A partir do núcleo de saber e de prática dos profissionais de apoio, espera-se expandir os campos profissionais e ampliar a clínica das equipes apoiadas, aumentando a oferta de cuidado à população ¹ . Os limites profissionais estabelecidos pelos respectivos conselhos de categorias devem ser observados na delimitação entre o que se considera prática própria de cada profissão e campos de conhecimento e atuação compartilháveis.		
Medida 1	Como medir	Fontes	
Ações assistenciais anteriormente não realizadas pelas equipes apoiadas	Entrevistas Análise documental	Equipes de AB e NASF Atas de discussão de casos	
Medida 2	Como medir	Fontes	
Conduta clínica das equipes apoiadas anteriormente à atenção específica do NASF	Entrevistas Análise documental	Equipes de AB e NASF Atas de discussão de casos	

¹BRASIL, 2014.

Quadro 5: *Rationale* do indicador “Prática sanitária”.

Indicador	Justificativa	
Prática sanitária	O NASF deve apoiar as equipes de AB visando aumentar sua capacidade para análise e atuação sobre necessidades e problemas de saúde sanitários e de intervenção coletiva, inclusive para as ações de promoção de saúde ^{1,2,3,4} . Para isso, é necessário maior grau de integração para o planejamento dos serviços oferecidos à população, tendo como base o trabalho interdisciplinar ⁵ . Além disso, a integração com as equipes apoiadas deve superar a lógica de priorização de atendimento das demandas assistenciais individuais, promovendo um contexto favorável à promoção da saúde, dissociando-a da prevenção de doenças e do enfoque sobre o desenvolvimento de habilidades pessoais ^{6,7} .	
Medida 1	Como medir	Fontes
Atuação no território	Entrevistas Análise documental	Equipes de AB e NASF Atas de reuniões e de ações realizadas
Medida 2	Como medir	Fontes
Realização do planejamento em saúde	Entrevistas Análise documental	Equipes de AB e NASF Atas de reuniões e de ações realizadas
Medida 3	Como medir	Fontes
Atuação com foco na promoção da saúde	Entrevistas Análise documental	Equipes de AB e NASF Atas de reuniões e de ações realizadas

¹BRASIL, 2012; ²OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; ³SILVA *et. al.*, 2012; ⁴ANJOS *et. al.*, 2013; ⁵ANDRADE *et. al.*, 2012; ⁶SAMPAIO *et. al.*, 2012; ⁷BONALDI & RIBEIRO, 2014.

3.1.2 Subdimensão: Interdisciplinaridade e integralidade

Diante de necessidades concretas da população, que requerem acesso a ofertas amplas de ações e serviços de saúde, o NASF tem como objetivo oferecer cuidado para cada situação singular a partir da articulação com as equipes de SF (BRASIL, 2014; CAMPOS *et. al.*, 2014). Para isso, pode realizar ações assistenciais específicas individuais ou coletivas com os usuários, a fim de atuar sobre necessidades e demandas populacionais não alcançadas pelas equipes apoiadas (ANJOS *et. al.*, 2013; CAMPOS *et. al.*, 2014).

É preciso, entretanto, observar que a pactuação de fluxos e atividades se faz necessária, uma vez que a agregação de ações e ofertas

pontuais ou isoladas decorrentes dos núcleos profissionais do NASF pode resultar em menos acesso e na perda de oportunidade de fortalecimento das equipes apoiadas para a produção do cuidado (BRASIL, 2014). A incorporação dos profissionais do NASF pode ampliar os recursos humanos disponíveis na AB, o escopo e a abrangência de ações com maior proximidade das ofertas no território em que vive a população, mas a manutenção de um trabalho fragmentado e desarticulado das equipes apoiadas não garante resultados mais extensivos, nem a qualificação da própria organização das ofertas de ações em saúde, pois podem estar desconexas da realidade (BRASIL, 2004; 2008; 2010; 2012; 2014; NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; ANJOS *et. al.*, 2013; LANCMAN *et. al.*, 2014; LEITE, NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2014; RIBEIRO *et. al.*, 2014).

Dessa forma, a ampliação do acesso da população à atenção integral deve ser acompanhada por uma prática interdisciplinar, de modo que o NASF contribua para o atendimento das demandas e necessidades de um determinado território e população adscrita de maneira compartilhada com as equipes apoiadas (OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; CAMPOS *et. al.*, 2014; FRAGELLI & SHIMIZU, 2014; SOBRINHO *et. al.*, 2014). Busca-se, portanto, a redução da fragmentação da atenção e a produção de ações abrangentes através de um trabalho integrado entre as equipes de apoio e de referência pelo cuidado na Atenção Básica.

A organização dos processos de trabalho dessas equipes deve, portanto, permitir a criação de espaços de discussão voltados à corresponsabilização pelo cuidado, definindo projetos terapêuticos compartilhados e evitando medicalização, danos e iatrogenias provocadas por intervenções desnecessárias (ANJOS *et. al.*, 2013; CAMPOS *et. al.*, 2014; LANCMAN *et. al.*, 2014; RIBEIRO *et. al.*, 2014). A pactuação deve, também, evitar que o NASF assuma o papel de referência pelo cuidado na AB ou que desenvolva a função de outros níveis de atenção, uma vez que a escassez de serviços especializados pode induzir sua utilização equivocada como substitutivo nas RAS (CUNHA & CAMPOS, 2011; SILVA *et. al.*, 2012).

Considerando o exposto, foram selecionados para composição da subdimensão “Interdisciplinaridade e integralidade” os seguintes indicadores: 1) Integração e compartilhamento entre equipes – cujo objetivo é verificar os resultados alcançados sobre a capacidade de trabalho interdisciplinar, integrado e colaborativo entre as equipes apoiadas e o NASF para a produção do cuidado; 2) Ações ofertadas pelo

NASF – objetiva avaliar os resultados alcançados sobre a ampliação do escopo e do acesso às ações assistenciais que busquem responder às necessidades e demandas de saúde anteriormente não atendidas pelas equipes de AB.

No Quadro 6, está apresentado o rationale da subdimensão “Interdisciplinaridade e Integralidade” e, nos quadros 7 e 8, os rationales de seus indicadores, incluindo fontes de dados e medidas.

Quadro 6: *Rationale* da subdimensão “Interdisciplinaridade e integralidade”.

Subdimensão	Justificativa
<p>Interdisciplinaridade e Integralidade</p>	<p>O apoio matricial é o referencial teórico-metodológico que orienta o trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas e está embasado nos preceitos e nas diretrizes do SUS, especialmente na interdisciplinaridade e na integralidade da atenção¹. Para alcançá-los, NASF e equipes de AB atuam de maneira integrada e colaborativa, oferecendo cuidado para cada situação singular, segundo as necessidades identificadas¹. Priorizam, portanto, a pactuação e a corresponsabilização pelo cuidado para efetivar a clínica ampliada, inclusive no que se refere às ações específicas do NASF, visando à ampliação da capacidade de produção do cuidado da Atenção Básica.</p>
<p>Indicador</p>	
<p>1. Integração e compartilhamento entre equipes</p>	
<p>2. Ações ofertadas pelo NASF</p>	

¹BRASIL, 2014.

Quadro 7: *Rationale* do indicador “Integração e compartilhamento entre equipes”.

Indicador	Justificativa	
Integração e compartilhamento entre equipes	Independente das características de implantação, a relação entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas deve gerar integração e compartilhamento, tendo como foco de atuação a integralidade e o trabalho interdisciplinar. Essa lógica colaborativa contribui para a produção de cuidado com foco no usuário e em suas necessidades, exigindo competências diferenciadas dos profissionais envolvidos ^{1,2,3,4,5,6} . Trabalhar de modo colaborativo, por exemplo, é considerada uma competência necessária para a defesa de um modelo de atenção ampliado ⁷ .	
Medida 1	Como medir	Fontes
Compartilhamento de diagnósticos	Entrevistas	Equipes de AB e NASF
Medida 2	Como medir	Fontes
Corresponsabilização na definição de ações	Entrevistas Análise documental	Equipes de AB e NASF Agenda dos profissionais do NASF Listas de gerenciamento conjunto de casos Atas de reuniões

¹BRASIL, 2009a; ²BRASIL, 2014; ³NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; ⁴BONALDI & RIBEIRO, 2014; ⁵CAMPOS *et. al.*, 2014; ⁶MOURA & LUZIO, 2014; ⁷FRAGELLI & SHIMIZU, 2014.

Quadro 8: *Rationale* do indicador “Ações ofertadas pelo NASF”.

Indicador	Justificativa		
Ações ofertadas pelo NASF	Apenas os saberes e as práticas profissionais inseridos nas equipes mínimas de AB em muitas situações se demonstram limitados para o incremento da integralidade e a resolubilidade que se espera na AB. A partir da incorporação dos profissionais do NASF foram ampliados os recursos humanos disponíveis nesse âmbito de atenção e, através das ações assistenciais do apoio matricial, possibilitado também o aumento do escopo e da oferta de ações com maior proximidade do território em que vive a população ¹ .		
Medida 1	Como medir	Fontes	
Ações ofertadas na Atenção Básica após implantação do NASF	Entrevistas	Equipes de AB e NASF	
Medida 2	Como medir	Fontes	
Tempo de espera para atendimento específico pelos profissionais do NASF	Entrevistas	Equipes de AB e NASF	

¹BRASIL, 2014.

3.2 Dimensão: Coordenação e longitudinalidade

Experiências internacionais de integração e organização do cuidado entre Atenção Primária e Especializada, especialmente centradas na atenção ou nos cuidados colaborativos em saúde (*shared care* ou *collaborative care*), têm sido desenvolvidas com o objetivo de promover uma abordagem baseada na clínica ampliada (OMS/WONCA, 2009; ZEPEDA, 2013). Nessas propostas, são realizadas consultas e intervenções conjuntas ou consultorias, de maneira a contribuir para o aumento da capacidade dos profissionais de cuidados primários em lidar com os problemas de saúde de seu território e para a construção das redes de atenção (OMS/WONCA, 2009).

No Brasil, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família pode ser considerado, dentre outros aspectos, um arranjo de integração assistencial nesse sentido, que busca evitar a fragmentação e contribuir para a regulação em saúde, inclusive em relação às RAS e outros setores, além de ser um instrumento de integração entre profissionais, contribuindo para a singularização na análise e na execução de intervenções clínicas e sanitárias (CUNHA & CAMPOS, 2011;

ZEPEDA, 2013). Dentre outros aspectos, sua atuação deve fortalecer a capacidade de coordenação e a oferta de cuidado longitudinal pelas equipes apoiadas, bem como de cooperação e trabalho horizontal com outros pontos de atenção.

Através de uma lógica que privilegia o trabalho colaborativo com as equipes apoiadas, portanto, o NASF deve potencializar a AB como ordenadora e porta de entrada preferencial das Redes de Atenção à Saúde, aumentando, inclusive, sua resolubilidade. Considerando o exposto, é apresentado no quadro 9 o *rationale* da dimensão “coordenação e longitudinalidade” e, nos quadros a seguir, das subdimensões que a conformam.

Quadro 9: *Rationale* da dimensão “Coordenação e longitudinalidade”.

Dimensão	Justificativa
Coordenação e longitudinalidade	Espera-se que o trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas possibilite a ampliação de ações de fortalecimento das equipes de referência na AB para a oferta longitudinal do cuidado, fomentando maior integração às RAS, qualificando e promovendo a redução de encaminhamentos desnecessários de usuários e ampliando a capacidade de coordenação e de continuidade do cuidado pelas equipes apoiadas ^{1,2} .
Subdimensão	
Coordenação do cuidado	
Longitudinalidade	

¹BRASIL, 2008; ²BRASIL, 2014.

3.2.1 Subdimensão: Coordenação do cuidado

A responsabilização compartilhada entre NASF e equipes apoiadas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base em processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos a fim de fortalecer o papel de coordenação do cuidado da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). A coordenação conota a capacidade em garantir a continuidade da atenção, incluindo o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante pelas equipes de referência pelo cuidado na AB, e se articula com a função de centro de comunicação das RAS (BRASIL, 2015).

O apoio do NASF para o fortalecimento da coordenação do cuidado deve ocorrer no sentido de fomentar a capacidade das equipes

apoiadas para atuar como referência pelo cuidado da população assistida, fortalecendo-as para que exerçam sua função nas RAS sem desconsiderar outras limitações que podem influenciar essa capacidade, tais como o vínculo construído, a própria RAS implantada e sua capacidade de atuação e articulação entre os pontos de atenção (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; BRASIL, 2014; SOBRINHO *et. al.*, 2014).

Além de pactuar e instituir mecanismos de devolutiva de ações realizadas em conjunto com as equipes apoiadas (de maneira que compreendam propostas, implicações e interações que as intervenções diretas dos profissionais de apoio irão produzir sem transferir toda a responsabilidade pelo cuidado), o NASF deve contribuir para racionalizar o acesso aos serviços especializados de saúde (CAMPOS & DOMITTI, 2007; BRASIL, 2014). Essa racionalização pode ocorrer a partir de ações como a reorganização da demanda e da rede de atenção secundária e terciária, a melhoria da relação entre os diferentes pontos de atenção e setores envolvidos com o cuidado e a otimização de fluxos instituídos (CUNHA & CAMPOS, 2011; SILVA *et. al.*, 2012; SOBRINHO *et. al.*, 2014). Ainda, deve favorecer a organização e a redução da procura por serviços de atenção secundária e terciária inclusive como porta de entrada no SUS, reestruturando a atenção e melhorando a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, algo importante frente às limitações e à frequente insuficiência da rede de serviços nos diversos pontos de atenção (OLIVEIRA, ROCHA & CUTOLO, 2012; SAMPAIO *et. al.*, 2012; SILVA *et. al.*, 2012; LANCMAN *et. al.*, 2013; BRASIL, 2014; SOBRINHO *et. al.*, 2014).

Considerando o exposto, são apresentados dois indicadores: 1) Gestão terapêutica na AB – cujo objetivo é identificar os resultados alcançados em relação à capacidade de gestão compartilhada do cuidado entre NASF e equipes apoiadas e com outros pontos de atenção; 2) Articulação da AB a outros pontos das RAS e serviços intersetoriais – objetiva verificar os resultados sobre a capacidade de desenvolvimento de ações integradas a outros pontos das RAS e serviços intersetoriais para a efetivação da integralidade da atenção. No Quadro 10, está apresentado o *rationale* desta subdimensão e, nos quadros 11 e 12, os *rationales* de seus indicadores, incluindo fontes de dados e medidas.

Quadro 10: *Rationale* da subdimensão “Coordenação do cuidado”.

Subdimensão	Justificativa
Coordenação do cuidado	A coordenação do cuidado é um dos atributos da APS, sendo compreendida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum ^{1,2} . Para sua efetivação, dentre outros fatores, as equipes de AB devem ser capazes de elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção, articulando estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais quando necessário ^{2,3} . Enquanto equipe de apoio na AB, o NASF deve oferecer suporte às equipes apoiadas a fim de fortalecer sua capacidade para coordenar o cuidado dos usuários adscritos, buscando fortalecer mecanismos que privilegiem a gestão compartilhada da atenção integral ³ .
Indicador	
1. Gestão terapêutica na Atenção Básica	
2. Articulação da Atenção Básica a outros pontos das RAS e serviços intersetoriais	

¹ALMEIDA *et. al.*, 2010; ²BRASIL, 2012; ³BRASIL, 2014.

Quadro 11: *Rationale* do indicador “Gestão terapêutica na AB”.

Indicador	Justificativa	
Gestão terapêutica na Atenção Básica	A integração entre NASF e equipes apoiadas deve reduzir a fragmentação da atenção e produzir ações mais abrangentes que aquelas segmentadas e isoladas ¹ . Para isso, deve permitir a criação de espaços de discussão voltados à corresponsabilização pelo cuidado na AB e em conjunto com outros pontos de atenção, desenvolvendo projetos terapêuticos compartilhados e evitando medicalização, danos e iatrogenias provocadas por intervenções desnecessárias ^{2,3,4,5} . A pactuação entre as equipes deve, também, evitar que o NASF assuma a referência pelo cuidado dos usuários na AB e o papel de outros pontos de atenção, uma vez que a escassez de serviços especializados pode induzir sua utilização equivocada como substitutivo nas RAS ^{6,7} .	
Medida 1	Como medir	Fontes
Gestão de casos compartilhados entre NASF e equipes apoiadas	Entrevistas Análise documental	Equipes de AB e NASF Agenda dos profissionais do NASF Listas de gerenciamento conjunto de casos Atas de reuniões
Medida 2	Como medir	Fontes
Gestão de casos compartilhados nas RAS pelas equipes de SF	Entrevistas Análise documental	Equipes de AB Atas de reuniões Projetos terapêuticos Protocolos de atenção

¹BRASIL, 2014; ²ANJOS *et. al.*, 2013; ³CAMPOS *et. al.*, 2014; ⁴LANCMAN *et. al.*, 2014; ⁵RIBEIRO *et. al.*, 2014; ⁶CUNHA & CAMPOS, 2011; ⁷SILVA *et. al.*, 2012.

Quadro 12: *Rationale* do indicador “Articulação da Atenção Básica a outros pontos das RAS e serviços intersetoriais”.

Indicador	Justificativa	
<p>Articulação da Atenção Básica a outros pontos das RAS e serviços intersetoriais</p>	<p>O NASF deve contribuir na articulação da Atenção Básica às RAS e outros setores, auxiliando na integração das linhas de cuidado e na implementação de projetos terapêuticos, incluindo o acompanhamento e a organização do fluxo dos usuários¹. Essa atuação deve reforçar a cooperação e o trabalho horizontal entre os pontos de atenção e fortalecer a AB como coordenadora do cuidado, orientadora e porta de entrada preferencial das Redes de Atenção à Saúde^{1,2}. Para a obtenção dos resultados esperados, entretanto, não se pode desconsiderar que dependem também de outros fatores, como o vínculo construído, a própria RAS implantada e a capacidade de articulação dos demais pontos de atenção^{1,3}.</p>	
Medida 1	Como medir	Fontes
<p>Atenção compartilhada nas RAS</p>	<p>Entrevistas Análise documental</p>	<p>Equipes de AB e NASF Atas de reuniões Atas de discussão de casos Registros de referência e contrarreferência Projetos terapêuticos Fluxos ou protocolos de atenção nas RAS Monitoramento de encaminhamentos Listas de espera para consultas especializadas</p>
Medida 2	Como medir	Fontes
<p>Atenção compartilhada intersetorialmente</p>	<p>Entrevistas Análise documental</p>	<p>Equipes de AB e NASF Atas de reuniões Atas de ações intersetoriais</p>

¹BRASIL, 2014; ²BRASIL, 2008; ³ SILVA *et. al.*, 2012.

3.2.2 Subdimensão: Longitudinalidade

A longitudinalidade implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema (OLIVEIRA & PEREIRA, 2013). Sua efetivação pressupõe a continuidade da relação clínica, o vínculo e a responsabilização, com tendência a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, o que possibilita o ajuste de condutas quando necessário, evita a perda de referências e o encaminhamento desnecessário para especialistas e diminui os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação da atenção (BRASIL, 2012; OLIVEIRA & PEREIRA, 2013).

As equipes de AB são consideradas a referência para o cuidado de uma determinada população adscrita e, dessa forma, tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias e da própria comunidade, responsabilizando-se por seu cuidado longitudinal (BRASIL, 2007). Assim, devem identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes, definir as intervenções a serem realizadas para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados, fortalecer o vínculo e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da AB (ESCOREL *et. al.*, 2007). Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família devem atuar de maneira integrada a essas equipes nas RAS, apoiando-as para a efetivação de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade (BRASIL, 2014).

Considerando o exposto, é apresentado no quadro 13 o *rationale* da subdimensão “longitudinalidade” e, nos quadros 14 e 15, os *rationales* de seus indicadores, incluindo fontes de dados e medidas. Os indicadores selecionados foram: 1) Continuidade da relação clínica na AB e 2) Resolução clínica, tendo como objetivos, respectivamente, identificar os resultados do NASF sobre a capacidade da AB para a continuidade da relação clínica, um dos aspectos que pode influenciar a longitudinalidade, e sobre a capacidade de promover a redução de encaminhamentos desnecessários a outros pontos de atenção e serviços intersetoriais.

Quadro 13: *Rationale* da subdimensão “Longitudinalidade”.

Subdimensão	Justificativa
Longitudinalidade	A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de AB e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias adscritos ¹ . A integração de outros profissionais de saúde não inseridos na equipe mínima de referência à Atenção Básica através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, tendo como base o referencial teórico-metodológico do apoio matricial, é uma potencialidade para ampliar as práticas de cuidado e a capacidade das equipes de AB para a produção da atenção, devendo contribuir para a efetivação desse atributo da APS.
Indicador	
1. Continuidade da relação clínica na AB	
2. Encaminhamentos para outros pontos de atenção e serviços intersetoriais	

¹BRASIL, 2015.

Quadro 14: *Rationale* do indicador “Continuidade da relação clínica na AB”.

Indicador	Justificativa		
Continuidade da relação clínica na AB	A continuidade da relação clínica tem como pressuposto a garantia da integralidade da atenção e é um dos aspectos que pode determinar a capacidade da AB em prover o cuidado longitudinal ¹ . O NASF deve oferecer apoio às equipes de AB para sua consolidação, fortalecendo os atributos da APS. No âmbito específico da AB, o acolhimento em saúde é uma das estratégias para o alcance da longitudinalidade pessoal por estar relacionado à boa comunicação e favorecer a continuidade do cuidado, de modo que o NASF pode contribuir para sua consolidação ² . Além disso, pode apoiar as equipes em diferentes situações inesperadas ou que exigem atuação imediata, a partir da pactuação de critérios para acionamento do apoio quando necessário, considerando que podem variar em função da capacidade de cada equipe em lidar com essas situações.		
Medida 1	Como medir	Fontes	
Acolhimento em saúde	Entrevistas	Equipes de AB e NASF	
Medida 2	Como medir	Fontes	
Intervenção em situações de atuação imediata ou imprevistas na AB	Entrevistas	Equipes de AB e NASF	

¹BRASIL, 2012; ²OLIVEIRA & PEREIRA, 2013; ³SCOREL *et. al.*, 2007.

Quadro 15: *Rationale* do indicador “Encaminhamentos desnecessários para outros pontos de atenção e serviços intersetoriais”.

Indicador	Justificativa		
Resolução clínica	O fortalecimento do atributo da longitudinalidade junto às equipes apoiadas tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior densidade tecnológica ¹ . Dessa forma, a ampliação do rol de profissionais inseridos na AB possibilita o aumento da capacidade de resolução clínica nesse âmbito de atenção. Além disso, a mobilidade e a visão do NASF de situações relativas a diversas equipes favorecem conexões, inclusive intersetoriais, e incrementam projetos terapêuticos elaborados conjuntamente, apresentando potencialidade para otimizar redes e fluxos assistenciais na atuação dessas equipes ² . Como consequência, o NASF deve contribuir para racionalizar o acesso aos serviços especializados de saúde a partir de ações pactuadas com as equipes de AB ^{3,4,5} .		
Medida 1		Como medir	Fontes
Encaminhamentos para outros pontos de atenção e serviços intersetoriais		Entrevistas	Equipes de AB

¹OLIVEIRA & PEREIRA, 2013; ²BRASIL, 2014; ³CUNHA & CAMPOS, 2011; ⁴SILVA *et. al.*, 2012; ⁵SOBRINHO *et. al.*, 2014.

4 Referências

- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA M. H. M. *et. al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n, 2, p. 286-298, 2010.
- ANDRADE, L. M. B.; QUANDT, F. L.; CAMPOS, D. A.; *et. al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina, **Sau. &Transf. Soc.**, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.
- ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. O. *et. al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n.99, p. 672-80, Out./Dez. 2013.
- BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter. mov.**, v. 23, n. 2, p. 323-30, 2010.
- BARROS, C. M. L.; JÚNIOR, G. F. Avaliação da atuação do nutricionistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município de Picos/PI. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, 140-54, 2012.
- BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 17, n.2, p. 195-203, Abr./Jun. 2014.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasil, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro, de 2008. **Lex: DOU**, Brasília, 24 de janeiro de 2008. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Caderno de Atenção Básica nº 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Esus Atenção Básica**: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS. Versão preliminar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 39** – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. CONASS. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol. 23, n.2, p. 399- 407, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEREDO, M .D.; JÚNIOR, N. P. *et. al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, supl. 1, p. 983-95, 2014.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n.4, p. 961-70. 2011.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. *et. al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. **Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health**, v. 21, n. 2, p. 164.76, 2007.

FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. Competências profissionais para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 17, n. 3, p. 334-44, Jul./Set. 2014.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. A.; CORDONE, N. G.; *et. al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 867-75, 2013.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n.2, p.507-25. 2014.

MAGALHÃES, F. C. **Avaliação do processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Campina Grande – PB**. 2011. 26 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, 2011.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS,

- R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 41- 66.
- MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, supl. 1, p. 973-86, 2014.
- 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*, v. 34, n. 1, p. 92-6, 2010.
- OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M. CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 4, p. 574-80, 2012.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** v. 66, p. 158-64, 2013.
- OLIVEIRA, M. M; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229-38. 2015.
- OMS/WONCA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global.** Portugal: OMS/WONCA, 2009.
- PEREIRA, K. G. **Conflitos éticos no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de um município de Santa Catarina/SC.** 2011. 142 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- RIBEIRO, M. D. A.; BEZERRA, E. M. A.; COSTA, M. S.*et. al.* Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Ver Bras Promoç Saúde**, v. 27, n. 2, p. 224-31, Abr./Jun. 2014.
- SAMPAIO, J.; SOUSA, C. S. M.; MARCOLINO, E. C.; *et. al.* O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **R brasci Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317-24, 2012.
- SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de educação física. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde**, v. 17, n. 3, 2012.
- SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **J Health Sci Inst.**, v. 30, n. 4, p. 411-8, 2012.

SCARATTI, D.; CALVO, M.C.M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 446-55, 2012.

SILVA, A. T. C.; AGUIAR, M. E.; WINCK, K. *et. al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076-84, 2012.

SOBRINHO, D. F.; MACHADO, A. T. G. M.; LIMA, A. M. L. D.*et. al.* Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/ hipertensão e saúde mental. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 83-93, Out. 2014.

SOUZA, C. C. B. X.; AYRES, S. P.; MARCONDES, E. M. M. Metodologia de apoio matricial: interface entre a Terapia Ocupacional e a ferramenta de organização dos serviços de saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 20, n. 3, 2012.

TELESSAÚDE-SC. **Minicurso Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CÉSAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 663-74, 2008.

ZANNON, C. M. L. C. Desafios à psicologia na instituição de saúde: interdisciplinaridade e inserção social na assistência à criança hospitalizada. **Psicol. cienc. prof.**, v. 13, n. 1-4, p. 16-21, 1993.

ZEPEDA, J. E.S. **Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária**. 2013. 102 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) –Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

APÊNDICE B – Matriz de julgamento

Resultados produzidos por NASF de Santa Catarina	
	Dimensão
Subdimensão	Indicador
Prática assistencial	Medida
Pontuação Máxima	Medida
Parâmetro	Pontuação Máxima
Indicador	Indicador
Escopo e oferta de ações na Atenção Básica	Atuação das equipes apoiadas
Condução clínica das eAB	Ações assistenciais não realizadas pelas eAB
5	5
Aumento, após a implantação do NASF, da capacidade da própria eAB em oferecer atenção em situações clínicas simples ou muito prevalentes em seu território, com ampliação de sua capacidade de intervenção clínica e resolubilidade	Aumento do escopo de ações assistenciais a partir do apoio técnico-pedagógico do NASF, com expansão de campos profissionais e ampliação da capacidade clínica e da oferta de cuidado pela própria eAB
10	10

Resultados produzidos por NASF de Santa Catarina		
Escopo e oferta de ações na Atenção Básica		Dimensão
Atuação das equipes apoiadas		Subdimensão
Prática sanitária		Indicador
Atuação nas ações de promoção à saúde	Atuação no planejamento	Medida
Pontuação Máxima	Pontuação Máxima	Medida
		Parâmetro
Pontuação Máxima		Indicador
3	4	3
Aumento da capacidade da eAB em superar a lógica de priorização de atendimento das demandas assistenciais individuais a partir do apoio do NASF, promovendo um contexto favorável à promoção da saúde dissociada da prevenção de doenças e do enfoque sobre habilidades pessoais	Após a implantação do NASF, maior grau de integração entre as equipes para o planejamento dos serviços oferecidos à população, com aumento da capacidade da própria eAB para realizar o planejamento em saúde.	Após a implantação do NASF, aumento da capacidade da própria eAB para análise e atuação sobre necessidades e problemas de saúde sanitários e de intervenção coletiva do território adscrito
10		

Resultados produzidos por NASF de Santa Catarina	
	Dimensão
	Subdimensão
	Indicador
	Medida
	Pontuação Máxima Medida
	Parâmetro
	Pontuação Máxima Indicador
Escopo e oferta de ações na Atenção Básica	
Interdisciplinaridade e integralidade	
Integração e compartilhamento entre equipes	
Corresponsabilização na definição de ações	Compartilhamento de diagnósticos
5	5
A relação entre NASF e eAB permitiu maior integração e compartilhamento para a definição de ações realizadas na AB (compartilhamento da decisão), tendo como foco de atuação a integralidade e o trabalho interdisciplinar	A relação entre NASF e eAB permitiu maior integração e compartilhamento para a definição de diagnósticos na AB, com vistas à garantia da integralidade da atenção
10	

Resultados produzidos por NASF de Santa Catarina	
Dimensão	
Subdimensão	
Indicador	
Medida	
Pontuação Máxima Medida	
Parâmetro	
Pontuação Máxima Indicador	
Escopo e oferta de ações na Atenção Básica	
Interdisciplinaridade e integralidade	
Ações ofertadas pelo NASF	
Tempo de espera para atendimento específico do NASF	Ações ofertadas na AB após implantação NASF
5	5
Redução do tempo médio de espera para atendimento específico do NASF, seja por aumento das ofertas terapêuticas na AB (de grupos, por exemplo) ou por uma maior capacidade das equipes em gerir as listas de espera para as categorias que compõem o NASF	Aumento do escopo e da oferta de ações de saúde com maior proximidade do território em que vive a população a partir das ações assistenciais do NASF, ampliando a integralidade e a resolubilidade da atenção às necessidades e demandas não atendidas pelas eAB
10	

Resultados produzidos por NASF de Santa Catarina	
	Dimensão
	Subdimensão
	Indicador
	Medida
	Pontuação Máxima Medida
	Parâmetro
	Pontuação Máxima Indicador
Coordenação e longitudinalidade	
Coordenação do cuidado	
Articulação da AB a pontos de atenção e serviços	
Atenção compartilhada intersetorialmente	Atenção compartilhada nas RAS
2,5	5
Contribuição do NASF para maior articulação da Atenção Básica a outros setores, auxiliando as eAB na integração e na implementação de projetos terapêuticos, incluindo o acompanhamento e a organização do fluxo dos usuários	Contribuição do NASF para maior articulação da Atenção Básica às RAS, auxiliando as eAB na integração com outros pontos de atenção e na implementação de projetos terapêuticos, incluindo o acompanhamento e a organização do fluxo dos usuários
7,5	

Resultados produzidos por NASF de Santa Catarina	
	Dimensão
	Subdimensão
	Indicador
	Medida
	Pontuação Máxima Medida
	Parâmetro
	Pontuação Máxima Indicador
Coordenação e longitudinalidade	
Coordenação do cuidado	
Gestão terapêutica na AB	
Gestão de casos compartilhados RAS	Gestão compartilhados NASF e eAB
2,5	5
Contribuição do NASF para qualificar a gestão de casos compartilhados com outros pontos de atenção da RAS, aumentando a capacidade de coordenação do cuidado pela eAB, seja através da regulação de casos, da criação de espaços de discussão para corresponsabilização ou desenvolvendo projetos terapêuticos compartilhados	A pactuação e a proximidade com o NASF contribuiu para aumentar a devolutiva dos casos às equipes de referência pelo cuidado na AB, ampliando sua capacidade de coordenação do cuidado e evitando que o NASF assumisse a referência aos usuários na AB
7,5	

Resultados produzidos por NASF de Santa Catarina		Dimensão
Coordenação e longitudinalidade		Subdimensão
Longitudinalidade		Indicador
Resolução clínica	Continuidade da relação clínica na AB	Medida
		Pontuação Máxima Medida
Encaminhamento para outros pontos e serviços	Intervenção em situações imediatas	Acolhimento em saúde
5	5	5
A maior capacidade de resolução clínica com o NASF contribuiu para qualificar encaminhamentos, otimizando redes e fluxos, e resultou em diagnósticos e tratamentos mais precisos, com redução de encaminhamentos desnecessários para especialistas e racionalização do acesso a esses serviços	Aumento da capacidade das eAB em lidar com situações de atuação imediatas ou imprevistas, seja a partir da ampliação de sua capacidade clínica ou através do acionamento do apoio quando necessário	Contribuição do NASF para qualificar a escuta dos usuários no acolhimento em saúde (ampliação do olhar e da capacidade de articular ações a ser realizadas), uma das estratégias para o alcance da longitudinalidade pessoal
5	10	Parâmetro
		Pontuação Máxima Indicador

APÊNDICE C – Instrumento de caracterização dos NASF



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Coletiva

CARACTERIZAÇÃO DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DA REGIÃO DE SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/ SANTA CATARINA

Caro (a) Profissional de Saúde,

Você está participando do estudo "Avaliação de resultados produzidos por Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina". Suas informações serão muito importantes para a caracterização do NASF na Região de Saúde da Grande Florianópolis, contribuindo para a identificação dos resultados dessa equipe na Atenção Básica.

Gostaríamos de orientá-lo que, ao responder os itens constantes nesse questionário, atente ao fato de que **deve se referir a apenas 1 (uma) equipe NASF** (caso possua mais de um NASF implantado em seu município, favor preencher 1 questionário por equipe).

Agradecemos imensamente sua disponibilidade e nos colocamos à disposição para esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Thaís Titon de Souza
Maria Cristina Marino Calvo

Dimensão 2: Avaliação do contexto de atuação da equipe NASF

Essa dimensão tem como objetivo identificar fatores relacionados à implantação da equipe NASF a qual se referem suas respostas e como tem se apresentado o contexto para o desenvolvimento do trabalho dessa equipe no âmbito do Sistema Único de Saúde.

1. Qual o principal critério utilizado para definição dos profissionais que compõem o NASF em sua realidade?

Registre apenas 1 (um) critério.

- Existência prévia de profissionais no município
- Facilidade de contratação das categorias profissionais
- Necessidade de saúde do território
- Necessidade de apoio pelas equipes de Atenção Básica

2. Os profissionais que compõem o NASF possuem clareza e compreensão sobre a lógica de atuação preconizada para o NASF, pautada no apoio matricial?

- Todos os profissionais compreendem
- 50% ou mais dos profissionais compreendem
- Menos de 50% dos profissionais compreendem

2.1 Se nem todos os profissionais do NASF possuem clareza sobre a lógica do apoio matricial, indique quais categorias profissionais **possuem** essa compreensão:

3. Os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família possuem clareza e compreensão sobre a lógica de atuação preconizada para o NASF, pautada no apoio matricial?

- Todos os profissionais compreendem
- 50% ou mais dos profissionais compreendem
- Menos de 50% dos profissionais compreendem

3.1 Se nem todas as equipes apoiadas possuem clareza sobre a lógica do apoio matricial, indique quais delas **possuem** essa compreensão:

4. Condições estruturais para atuação do NASF:

4.1 O espaço físico para desenvolvimento de atividades do NASF nas UBS vinculadas é considerado adequado?

Considere a adequação do espaço físico quando a disponibilidade de espaços na UBS contempla as ações programadas para os profissionais do NASF.

- Adequado em todas as UBS
- Adequado em 50% ou mais das UBS
- Adequado em menos de 50% das UBS

4.1.1 Se nem todas as UBS apresentem espaço físico adequado para o desenvolvimento de atividades do NASF, indique quais Unidades o **possuem**:

4.2 Qual a periodicidade de reunião entre os profissionais do NASF (em equipe NASF)?

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Não ocorre regularmente

4.3 Existem serviços de referência em outros pontos de atenção disponíveis às categorias do NASF quando necessários?

As referências devem promover a articulação das categorias para a integralidade do cuidado, sempre que necessária para que o NASF não atue como substituto da atenção especializada.

- Todas as categorias do NASF possuem referência em outros pontos de atenção
- 50% ou mais das categorias do NASF possuem referência em outros pontos de atenção
- Menos de 50% das categorias do NASF possui referência em outros pontos de atenção

4.3.1 Se existentes, indique os serviços de referência em outros pontos de atenção **utilizados** na atuação do NASF.

4.3.2 Se necessário, indique os serviços de referência que **deveriam existir** em outros pontos de atenção para a atuação do NASF.

Dimensão 3: Grau de integração organizacional nas UBS

Essa dimensão tem como objetivo identificar como ocorre a organização entre NASF e equipes apoiadas a fim de possibilitar o desenvolvimento das ações na Atenção Básica.

1. Como é considerada a carga horária da maioria dos profissionais do NASF disponível para cada equipe apoiada?

- () Suficiente para a maioria (50% ou mais) das equipes apoiadas
- () Quase sempre suficiente para a maioria (50% ou mais) das equipes apoiadas
- () Insuficiente para a maioria (50% ou mais) das equipes apoiadas

1.1 Caso identificada carga horária quase sempre suficiente ou insuficiente para cada equipe apoiada, indique o(s) motivo(s) pelo qual **não é suficiente**.

2. Existe periodicidade mínima para encontro de 50% ou mais dos profissionais do NASF com cada equipe vinculada?

- () **Sim:** () Diária; () Semanal; () Quinzenal; () Mensal; () Outra _____
- () **Depende de cada equipe apoiada**, sendo para a maioria das equipes:

() Diária; () Semanal; () Quinzenal; () Mensal;
 () Outra _____
 () **Não**, sem periodicidade definida, sendo que para a maioria das equipes apoiadas ocorre: () Nunca; () Esporadicamente

3. Como ocorre o contato das equipes apoiadas com os profissionais do NASF?

Se necessário, assinale mais de um item.

() Dias programados de atividades presenciais () E-mail
 () Telefone () Diretamente em qualquer horário na UBS
 () Mensagem de texto por celular
 () Outro meio. Qual(is) _____

4. Assinale as respostas sobre condições identificadas no trabalho do NASF em relação às equipes apoiadas:

Profissionais do NASF que praticam a ação →	Todos	50% ou mais	Menos que 50%
Horário de trabalho compatível ao das equipes apoiadas			
Pactuam seu cronograma de atividades com as equipes			
Registram suas ações em prontuários comuns aos das equipes			
Têm pactuada alguma forma de contato com as equipes apoiadas em situações imprevistas ou urgentes			

Dimensão 4: Grau de integração para ações de planejamento e assistência

Tem como objetivo identificar como ocorre o planejamento e a assistência pela equipe NASF.

1. Assinale as respostas quanto às condições identificadas nas ações de planejamento com as equipes apoiadas:

Profissionais do NASF que praticam a ação →	Todos	50% ou mais	Menos que 50%
Realizam planejamento e monitoramento em saúde de forma conjunta/integrada às equipes apoiadas			
Monitoram as solicitações de apoio realizadas pelas equipes apoiadas			
Avaliam os resultados de suas ações sobre as equipes apoiadas			

2. Assinale as respostas quanto às condições identificadas nas ações de assistência com as equipes apoiadas:

Profissionais do NASF que praticam a ação →	Todos	50% ou mais	Menos que 50%
Oferecem apoio em todos os ciclos de vida, sem distinção de faixa etária e tipo de problema/necessidade de saúde			
Garantem encontros periódicos com todas as equipes vinculadas			
Oferecem ações de apoio assistencial e técnico-pedagógico, a fim de responder às necessidades das equipes e dos usuários			
Utilizam instrumentos de gerenciamento conjunto de casos com as equipes apoiadas, como listas de gerenciamento de casos e/ou outros instrumentos			
Utilizam mecanismos de devolutiva às equipes apoiadas dos casos acompanhados e das ações realizadas			
Oferecem apoio às equipes em situações imprevistas			

3. O compartilhamento de casos entre 50% ou mais dos profissionais do NASF e equipes vinculadas ocorre geralmente por:

Assinale apenas um item.

() Encaminhamento por escrito

() Discussão de casos

() Consultas compartilhadas

() Agendamento de consulta direto na agenda do NASF

() Contato telefônico

() Outros: _____

4. Quais ações são desenvolvidas por 50% ou mais dos profissionais do NASF? Assinale quantos itens forem necessários.

- Ações específicas (atendimentos individuais ou coletivos)
- Ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família (individuais ou coletivas)
- atendimentos domiciliares
- Atividades comunitárias
- Discussão de temas com as equipes de Saúde da Família
- Discussão de casos com as equipes de Saúde da Família
- Discussão de casos que podem gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção
- Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)
- Articulação com outros pontos de atenção e outros setores
- Discussão sobre processo de trabalho
- Organização de intervenções no território em conjunto com equipes de Saúde da Família
- Monitoramento de PTS em conjunto com equipes apoiadas
- Articulação com recursos comunitários
- Revisão conjunta de listas de casos para apoio
- Gestão de casos compartilhados
- Outras: _____

5. Quanto tempo, em média, 50% ou mais dos profissionais do NASF leva para atender a uma solicitação das equipes?

- Até 1 mês
- Mais de 1 mês

Se considerar necessário, registre suas observações:

APÊNDICE D – Roteiro de entrevistas e análise documental



Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento de Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Coletiva

Avaliação de resultados produzidos por NASF de Santa Catarina – Roteiro de Entrevistas e Análise Documental

ANÁLISE DOCUMENTAL:

1. Atas de discussão de casos ou de reuniões realizadas entre NASF e eSF;
2. Agendas dos profissionais do NASF;
3. Outros documentos que registrem o cuidado compartilhado entre NASF e eSF;
4. Outros documentos sobre ações realizadas com outros serviços de saúde ou intersetoriais.

Principal	1. O NASF influencia a atuação das equipes apoiadas?		Perguntas Auxiliares 1	Perguntas Auxiliares 2	Exemplos
	<p>O NASF influencia a análise e a atuação das próprias equipes apoiadas sobre o território, no planejamento em saúde e em situações comunitárias com foco na promoção da saúde?</p>	<p>O NASF influencia a atuação clínica das próprias equipes apoiadas?</p>		<p>A própria equipe passou a desenvolver ações assistenciais que anteriormente não realizava após a implantação do NASF? É possível relatar uma experiência?</p>	
	<p>Houve mudança na conduta das equipes em situações clínicas simples ou muito prevalentes, após a implantação do NASF? Como era antes? Como é agora? É possível relatar experiência?</p>				<p>Atividades em grupo ou orientações em atendimentos individuais</p>
	<p>É possível relatar experiências?</p>				<p>Casos de ansiedade ou sobrepeso</p>

<p>Principal</p>	<p>2. Quais os resultados das ações assistenciais realizadas pela equipe NASF? Ações assistenciais são aquelas específicas da atuação do NASF, como os atendimentos individuais do fisioterapeuta ou os grupos do profissional de educação física.</p>
<p>Perguntas Auxiliares 1</p>	<p>Qual o resultado da implantação de ações pelos profissionais do NASF não disponíveis anteriormente na Atenção Básica?</p>
<p>Perguntas Auxiliares 2</p>	<p>Comparando-se o momento de implantação do NASF e o momento atual, há diferença na média do tempo de espera para atendimento específico pelos profissionais do NASF?</p> <p>Fazendo-se uma comparação com especialistas de outros pontos de atenção, há diferença no tempo de espera para atendimento entre eles e os profissionais do NASF?</p>
<p>Exemplos</p>	

Principal	Perguntas Auxiliares 1	Perguntas Auxiliares 2	Exemplos
<p>3. As equipes trabalham de maneira compartilhada? Como acontece a relação com o NASF quando é preciso acionar o apoio? Como seria caso essas categorias não estivessem no NASF?</p>	<p>Os diagnósticos realizados na AB passaram a ser compartilhados com o NASF após sua implantação?</p>	<p>Como acontece o compartilhamento?</p>	
	<p>A definição das ações realizadas na AB passou a ser compartilhada com o NASF após sua implantação?</p>	<p>Como acontece o compartilhamento?</p>	

Principal			Perguntas Auxiliares 1	Perguntas Auxiliares 2	Exemplos
<p>4. A AB se articula com outros pontos de atenção das RAS, como hospitais e CAPS, e serviços intersetoriais, como escolas e CRAS? Como ocorre a articulação?</p>	<p>O NASF influenciou mudanças na articulação da AB a outros pontos das RAS e serviços intersetoriais?</p>	<p>Após sua implantação, o NASF contribuiu para a qualificação de encaminhamentos a outros pontos de atenção e serviços intersetoriais? APENAS PARA eAB</p>	<p>Como? É possível relatar uma experiência?</p>	<p>Houve contribuição do NASF para a redução de encaminhamentos desnecessários? APENAS PARA eAB</p>	

Principal	5. Como é realizada a gestão de casos compartilhados?		Perguntas Auxiliares 1	Perguntas Auxiliares 2	Exemplos
6. Como as equipes de SF e NASF atuam quanto ao acolhimento em saúde e em situações imediatas ou imprevistas na AB?	Após a implantação do NASF, houve mudanças na forma das equipes de SF em lidar com situações de atuação imediata ou imprevistas na AB?	Com a implantação do NASF, houve mudanças sobre a escuta qualificada dos usuários no acolhimento em saúde?	Houve mudança na forma de devolutiva dos casos acompanhados por profissionais que compõem o NASF após sua implantação?	Qual o resultado dessa devolutiva para a AB?	
		Os casos compartilhados com outros pontos de atenção, como policlínicas e CAPS, por exemplo, tiveram sua gestão modificada após a implantação do NASF?	Qual a influência do NASF na gestão desses casos?		

APÊNDICE E – Declaração de anuência do estado e de municípios participantes do estudo

Local, dia de mês de ano.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), e como representante legal da instituição, que tomei conhecimento da pesquisa intitulada “Avaliação de Resultados Produzidos por Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina”, das pesquisadoras responsáveis Thaís Titon de Souza e Maria Cristina Marino Calvo.

Declaro, ainda, que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento da pesquisa, conforme disponibilidade dos serviços de saúde e profissionais envolvidos. Autoriza-se, portanto, sua execução nos termos propostos, condicionada ainda ao respeito aos princípios éticos e à autonomia dos sujeitos envolvidos.

Atenciosamente,

Assinatura
Cargo – Município

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Doutorado em Saúde
Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre a pesquisa:

Sou estudante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Diante da incipiente produção referente ao tema e da relevância da atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Atenção Básica e com o objetivo de avaliar os resultados alcançados em Santa Catarina, estamos desenvolvendo um estudo cujo título é “*Avaliação de resultados produzidos por Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina*”.

Trata-se de um estudo avaliativo de natureza qualitativa. Para sua efetivação, serão realizadas entrevistas e peço-lhe permissão para gravá-las, transcrevê-las e utilizar os dados provenientes de sua participação. Também será aplicada análise documental e, por isso, solicito acesso a documentos indicados previamente e autorização para sua utilização como parte dos dados coletados na pesquisa.

Como benefícios do estudo, espera-se identificar fatores críticos de sucesso dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e, dessa forma, contribuir para a qualificação de estratégias que promovam os resultados esperados a partir do trabalho integrado junto às equipes apoiadas. Os resultados serão publicados na forma de Tese de Doutorado, artigos científicos em revistas especializadas e resumos em eventos científicos.

A sua participação é voluntária, ou seja, você não receberá nenhum valor financeiro correspondente à mesma, assim como não terá despesas relacionadas à pesquisa. No entanto, caso venha a ser comprovado algum prejuízo ou eventual dano decorrente da sua participação na pesquisa, você poderá ser ressarcido ou indenizado pelos pesquisadores que a integram.

Os riscos de sua participação serão mínimos, podendo se relacionar a desconfortos em relação às questões profissionais levantadas. Sua participação será mantida em sigilo e, em hipótese nenhuma sua identidade

ou a de seu município será revelada, garantindo-se sua privacidade. Os registros ficarão sob posse da pesquisadora e de sua orientadora, somente. Entretanto, é importante colocar que, mesmo que remotamente, pode ocorrer quebra de sigilo por eventuais problemas involuntários e não-intencionais em relação aos pesquisadores.

Ressalto que sua participação não é obrigatória e que, a qualquer momento, você pode desistir de participar do estudo e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo de qualquer espécie para você e, para informá-la, basta entrar em contato com os pesquisadores. Caso haja dúvidas sobre a pesquisa, a pesquisadora e sua orientadora também estarão à disposição para esclarecê-las. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, em sua sede localizada no Prédio Reitoria II, 4º andar, Sala 401 – Rua Desembargador Vitor Lima, 222, Trindade, Florianópolis/SC – ou por telefone (48 3721-6094) e e-mail (cep.propesq@contato.ufsc.br).

Por fim, declaro que os aspectos éticos dispostos na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde serão respeitados, assegurando-se o anonimato e a confidencialidade das informações e os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Além disso, ressalto que esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado pela pesquisadora e pelo participante em duas vias, sendo que uma delas ficará sob posse do pesquisado.

Contatos: Thaís Titon de Souza: thayyts@yahoo.com.br / (48) 98418-5912
 Maria Cristina Marino Calvo: cristina.calvo@ufsc.br

Endereço: UFSC/ Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Saúde Pública – Trindade, Florianópolis/SC – CEP: 88.040-900.

Consentimento pós-informação

Eu,, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “*Avaliação de resultados produzidos por Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina*” – realizada pela doutoranda Thaís Titon de Souza, sob orientação de Maria Cristina Marino Calvo – e concordo em participar deste estudo.

..... de de 201__.

Assinatura do participante:

RG:

Assinatura do pesquisador:

RG:

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE RESULTADOS PRODUZIDOS POR NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CATARINA

Pesquisador: Maria Cristina Marino Calvo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49303015.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.248.870

Apresentação do Projeto:

Doutorado de Thaís Titon de Souza pelo programa de pós-graduação em saúde coletiva da UFSC. Previsão de 120 participantes (30 profissionais do NASF e gestores de saúde, com aplicação de questionário e 90 profissionais da atenção básica, com aplicação da matriz de avaliação e grupo focal).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar resultados alcançados por Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina, segundo modalidade de NASF implantado. **Objetivo Secundário:** • Validar o modelo teórico para avaliação dos resultados alcançados pelo NASF;• Elaborar e validar o modelo lógico para avaliação dos resultados alcançados pelo NASF;• Elaborar e validar a matriz de avaliação e a matriz de julgamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família a partir dos modelos teórico e lógico desenvolvidos;• Caracterizar os NASF implantados na Região de Saúde da Grande Florianópolis, Santa Catarina quanto ao grau de integração às equipes vinculadas;• Aplicar o modelo de avaliação proposto em NASF implantados na Região de Saúde da Grande Florianópolis, Santa Catarina, abrangendo as diferentes modalidades existentes;• Diferenciar os resultados encontrados segundo modalidades de NASF implantadas;• Identificar características dos NASF favoráveis para a produção dos resultados esperados.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6054 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.248.870

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apontam riscos mínimos na participação na pesquisa, mas, muito apropriadamente, não deixam de mencionar, tanto no processo quanto no TCLE, os desconfortos em relação às questões profissionais levantadas e à remota possibilidade de quebra de sigilo. Como benefícios, apontam para eventuais melhorias no sistema a partir da disponibilização das informações levantadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados: (a) folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e pela sub-coordenadora do programa de pós-graduação em saúde coletiva; (b) declaração da gerente de coordenação da atenção básica da Secretaria de Saúde de SC, autorizando a pesquisa; (c) declaração da comissão de acompanhamento dos projetos de pesquisa em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, autorizando a pesquisa; (d) orçamento, de R\$ 10300,00 (passagens, transcrições de áudio, gravador, combustível, papelaria, etc.), a ser coberto por financiamento próprio; (e) cronograma, que prevê pré-testes e coleta de dados a partir de 10/10 de 2015 até 09/2016; (h) questionário e roteiro do grupo focal, como apêndices do projeto; (g) TCLE, muito bem redigido e esclarecedor.

Recomendações:

Incluir o endereço de contato do pesquisador no TCLE. O item IV.5.d da resolução 466/12 requer que 'o endereço e contato telefônico ou outro' conste no TCLE. Tendo em vista esclarecimentos recentes sobre a interpretação desse item, esse CEP tem passado a requerer que os pesquisadores incluam no TCLE algum endereço físico, que deve ser o residencial e o profissional em caso de pesquisas que envolvam medicamentos, exames ou outras intervenções físicas, e pelo menos o endereço profissional nos outros tipos de projetos. Próximas submissões que não cumpram esse dispositivo estarão sujeitas a ficar em pendência.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.248.870

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS_DO_P ROJETO_574468.pdf	16/09/2015 19:43:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	16/09/2015 19:40:08	Thais Titon de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/09/2015 19:39:22	Thais Titon de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SMS_Fpolis.pdf	16/09/2015 19:37:34	Thais Titon de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SES_SC.pdf	16/09/2015 19:37:13	Thais Titon de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	16/09/2015 19:36:51	Thais Titon de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 29 de Setembro de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retórica II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br