

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

FABIANA DE OLIVEIRA SILVA SOUSA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE, RESOLUTIVIDADE E COORDENAÇÃO
DO CUIDADO**

Recife

2016

FABIANA DE OLIVEIRA SILVA SOUSA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE, RESOLUTIVIDADE E COORDENAÇÃO
DO CUIDADO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Doutora em ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife

2016

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- C725n Sousa, Fabiana de Oliveira Silva.
 Núcleo de apoio à saúde da família: uma valiação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado / Fabiana de Oliveira Silva Sousa. - Recife: [s.n.], 2016.
 155 p. : ilus., graf.
 Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.
 Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Integralidade em saúde. 3. Resolutividade. 4. Avaliação em saúde. I. . Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

CDU 614.9-055

FABIANA DE OLIVEIRA SILVA SOUSA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO DA
INTEGRALIDADE, RESOLUTIVIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Data da aprovação: 19/07/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

Prof. Dra. Kátia Rejane de Medeiros
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

Profa. Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

Profa. Dra. Vanessa de Lima Silva
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Prof. Dra. Maria Ilk Nunes de Albuquerque
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por seu amor manifesto em cada segundo da minha existência, sem Ele eu não teria chegado até aqui.

Aos meus pais, exemplos de força e dedicação. Mesmo sem “muito estudo” lutaram para me oportunizar a chance de estudar.

A Beto, cujo amor e alegria tem dado mais suavidade e inspiração ao meu viver.

A Letícia por tornar a minha vida tão mais bela e por tantos momentos renunciados para que esse trabalho fosse concluído.

A Benjamin que me acompanhou tantas madrugadas... com sua presença movimentada em meu ventre.

A minha orientadora, Profa. Dra. Paulette Albuquerque, pela inspiração, paciência e incentivo. Você teve mais fé do que eu... Obrigada por tudo!

A todos os meus amigos que sempre nos encorajam na caminhada, especialmente, os que encontrei no grupo AcesSUS e fizeram parte dessa construção.

A todos os profissionais admiráveis e amigos que encontrei em Camaragibe (Cinthia Barbosa, Ana Perez, Vânia Casé, Silvino, Viviane Spinelli, Anamélia, Sandra, Solange Mendonça, Norma, Kika, Solange Loureiro, Gorete, Fátima Silva, Fatinha, Eliane, Aldelane, Edja (*in memoriam*) e tantos outros que constroem a história do SUS no seu cotidiano... e ousam e vencem. Vocês são mais do que inspiração, são prova real de que um outro jeito de fazer saúde é possível.

A minha turma do Doutorado, pelos ricos momentos de discussão coletiva e alegrias que vivemos juntos.

A Prefeitura Municipal de Camaragibe pela autorização para realizar o estudo.

Aos funcionários da Biblioteca do CPqAM, pela atenção dispensada e, especialmente, a Márcia pelo carinho e simpatia de todos os dias.

“Ó profundidade das riquezas, tanto da sabedoria, como da ciência de Deus! Quão insondáveis são os seus juízos, e quão inescrutáveis os seus caminhos!

Por que quem compreendeu a mente do Senhor? Ou quem foi seu conselheiro? Ou quem lhe deu primeiro a ele, para que lhe seja recompensado?

Porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente”.

(Romanos 11:33-36)

SOUSA, F. O. S. **Núcleo de apoio à saúde da família**: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado, em 2008, pelo Ministério da Saúde com o objetivo de apoiar as equipes de saúde da família, ampliando o seu escopo de ações, resolutividade e fortalecendo o seu papel de coordenação do cuidado na rede de atenção. Embora algumas pesquisas apontem a potencialidade do Nasf em fortalecer a atenção primária à saúde, ainda são escassos estudos avaliativos que comprovem o impacto desse arranjo organizacional na qualidade da atenção à saúde. Este estudo avaliou a atuação do Nasf segundo seus objetivos de integralidade, ampliação da resolutividade e fortalecimento da coordenação do cuidado. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com desenho tipo estudo de caso, realizada no município de Camaragibe, Pernambuco, no período de Janeiro a junho de 2015. Os dados foram coletados através de uma triangulação de métodos que incluem: análise documental, grupos focais e observação participante. Foram sujeitos participantes da pesquisa: os profissionais que compõem as equipes de saúde da família, um dos núcleos de apoio à saúde da família e o núcleo de reabilitação do município. Todos os dados quantitativos foram extraídos a partir do conteúdo dos livros de registro de produção, sistematizados e apresentados de maneira descritiva. Os dados qualitativos foram interpretados através da técnica de análise temática. Os resultados evidenciaram que o Nasf atua na perspectiva do apoio matricial, mas com predomínio de atividades na dimensão técnico-assistencial. Sua atuação ampliou o escopo de ações da atenção básica e a resolutividade para até 70% dos casos atendidos, qualificando os encaminhamentos para atenção especializada. Também fortaleceu a coordenação assistencial na atenção básica. No entanto, ainda são necessários outros estudos para avaliar, em profundidade, os resultados da atuação do Nasf.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Integralidade em saúde. Resolutividade. Avaliação em saúde. Coordenação do cuidado.

SOUSA, F. O. S. **Family health support center**: an evaluation of the integrality, resolutivity, and coordination of care. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

ABSTRACT

The Family Health Support Center (FHSC) was created in 2008 by the Ministry of Health with the aim of supporting the family health teams, expanding their scope of action, resolutivity, and strengthening their role of coordinating care in the health attention network. Although some studies point to the potential of FHSC to strengthen primary health care, there are still few evaluated studies that prove the impact of this organizational arrangement in the quality of health attention. This study evaluated the performance of FHSC according to its objectives of completeness, expansion of the resolutivity, and strengthening coordination of care. It is an evaluative research, with a case study design. It was held in the municipality of Camaragibe, Pernambuco, from January to June 2015. Data were collected through a triangulation of methods that included: documentary analysis, focus groups, and participant observation. Participants of the research were: the professionals who compose the family health teams, one from the family health support centers and the rehabilitation nucleus of the municipality. All quantitative data were extracted from the contents of production record books, systematized, and then presented in a descriptive way. Qualitative data were interpreted using the thematic analysis technique. The results showed that FHSC acts in the perspective of matrix support, but with a predominance of activities in the technical-assistance dimension. Its work expanded the scope actions in basic care and the resolution for up to 70% of the cases served, qualifying the referrals for specialized care. It also strengthened care coordination in basic care. However, further studies are still needed to thoroughly evaluate the results of FHSC's performance.

Key words: Primary Health Care. Integrality in health. Resolutivity. Evaluation in health. Coordination of care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo teórico do Núcleo de Apoio a Saúde da Família	53
Quadro 1 - Matriz de avaliação dos resultados intermediários do Nasf, 2016.	55
Figura 2 - Rede de atenção à saúde de Camaragibe (PE).	59
Quadro 2 - Composição dos grupos focais da pesquisa.	65
Quadro 3 - Pano de análise da pesquisa, maio de 2016.	67
Quadro 4 - Elenco de atividades que compõe o processo de trabalho do Nasf.	73
Figura 3 - Cartografia do processo de trabalho do Nasf em Camaragibe (PE)	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Atividades realizadas pela equipe Nasf segundo tipo de atividade e categoria profissional, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.	74
Tabela 2 - Perfil dos atendimentos específicos da equipe Nasf, segundo sexo, faixa etária dos usuários, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.	76
Tabela 3 - Perfil dos atendimentos domiciliares da equipe Nasf, segundo sexo e faixa etária dos usuários, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.	77
Tabela 4 - Principais grupos educativos e terapêuticos realizados pelo Nasf, segundo categoria profissional, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.	79
Tabela 5 - Principais motivos de atendimento específico segundo categoria profissional do Nasf, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE	80
Tabela 6 - Principais motivos de atendimento domiciliar segundo categoria profissional do Nasf, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE	81
Tabela 7 - Principais tipos de encaminhamento após atendimento específico e domiciliar, segundo categoria profissional do Nasf, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE	89
Tabela 8 - Principais motivos e tipos de encaminhamento após atendimento do fisioterapeuta do Nasf, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.	91
Tabela 9 - Principais motivos e tipos de encaminhamento após atendimento do psicólogo do Nasf, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro Regional de Assistência Social
CID	Classificação Internacional de Doenças
ER	Equipe de Referência
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NRC	Núcleo de Reabilitação de Camaragibe
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPSRF	Programa de Promoção a Saúde e Reabilitação na Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAMECO	Saúde Mental na Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TS	Território de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 Atenção Primária à Saúde: uma aposta ousada e necessária na construção do SUS	21
3.1.1 O antigo (e atual) desafio de consolidar um sistema de saúde integrado	22
3.1.2 A atenção primária no Brasil	25
3.1.3 O papel da atenção primária nas Redes Integradas de Serviços de Saúde	27
3.2 O Núcleo de apoio a Saúde da Família e o desafio da atenção integrada	30
3.3 Avaliação em saúde: mais do que medir, é preciso favorecer a mudança	34
3.3.1 Em busca de um modelo avaliativo para o Nasf	38
3.3.1.1 <i>Ampliação da abrangência e escopo das ações da atenção básica</i>	38
3.3.1.2 <i>Resolutividade da atenção básica</i>	41
3.3.1.2.1 <u>Perspectiva Normativa</u>	42
3.3.1.2.2 <u>Satisfação da população alvo</u>	44
3.3.1.2.3 <u>Impacto sobre a funcionalidade e qualidade de vida da população</u>	46
3.3.1.3 <i>Coordenação assistencial da atenção básica</i>	47
4 PERCURSO METODOLÓGICO	51
4.1 Caracterização do estudo	51
4.1.1 Pesquisa avaliativa: construindo uma proposta para o Nasf	51
4.1.2 Porquê estudo de caso?	55
4.2 Período e área do estudo	57
4.3 Coleta de dados	60

4.3.1 Abordagem metodológica quantitativa e qualitativa: imbricamento de estratégias	60
4.3.2 Técnicas para coleta	60
4.3.2.1 <i>Técnica quantitativa</i>	61
4.3.2.2 <i>Técnica qualitativa</i>	62
4.3.2.2.1 <u>Análise documental</u>	62
4.3.2.2.2 <u>Grupo focal</u>	63
4.3.2.2.3 <u>Observação participante</u>	65
4.4 Análise dos dados	66
4.5 Considerações éticas	67
5 RESULTADOS	69
5.1 O cotidiano do Nasf: implantação e organização do processo de trabalho, elenco de atividades e perfil dos usuários atendidos	69
5.1.1 Implantação do Nasf no município	69
5.1.2 Atuação do Nasf	71
5.2 Reflexos da atuação do Nasf no escopo de ações da atenção básica	77
5.3 A atuação do Nasf e seu impacto na resolutividade da AB	83
5.3.1 Adequação do processo de trabalho aos objetivos propostos	84
5.3.2 Capacidade de absorção/acolhimento e resolução dos problemas de saúde na AB	86
5.3.3 Adequação do perfil dos encaminhamentos para atenção especializada	91
5.3.4 Satisfação dos profissionais das eSF apoiadas pelo Nasf	92
5.4 O papel do Nasf no fortalecimento da coordenação do cuidado na atenção básica	98
5.4.1 O Nasf e a coordenação da Informação	99
5.4.2 O Nasf e a Coordenação de Gestão da Clínica	101
5.4.3 O Nasf e a coordenação administrativa	104
6 DISCUSSÃO	106
6.1 Implantação e organização do processo de trabalho do Nasf	107
6.2 O Nasf e ampliação do escopo da atenção básica	112
6.3 A atuação do Nasf e a Resolutividade da atenção básica	118

6.4 A colaboração do Nasf para coordenação do cuidado na atenção básica	123
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS	132
APENDICE A - Roteiro para grupo focal com profissionais eSF/Nasf/NRC ..	150
APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	151
ANEXO A - Aprovação pelo CEP da pesquisa “Núcleo de Apoio a Saúde da Família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado”	153
ANEXO B - Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe (PE) para realização da pesquisa	154
ANEXO C - Comprovante de submissão de artigo científico à Revista Saúde em Debate	155

1 INTRODUÇÃO

Desde a conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada imprescindível para a organização do sistema de saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Existe certo consenso internacional com relação à importância da APS, no entanto, as suas formas de organização e operacionalização são bastante diferenciadas nos diferentes países (STARFIELD, 2002)

A atenção primária tem sido alvo de muitos estudos e debates nas últimas décadas, ora por ser reconhecida como parte integrante do sistema de seguridade social e ora por ser apresentada como pacote mínimo de assistência à saúde, pelos grupos que defendem reformas setoriais, objetivando a contenção de gastos. Essa dualidade na forma de compreender a atenção primária também existe no Brasil, tendo sido bem mais intensa e conflitante nas décadas de 80 e 90.

A implantação de diversos modelos de atenção primária no Brasil foi parte constituinte, e até fortalecedora, do movimento sanitário que foi se formando ao longo da década de 70, consolidou-se nos anos 80 e culminou na criação do Sistema Único de Saúde em 1988. Dentre estes, as Ações Integradas de Saúde, as experiências de medicina comunitária até a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (ALBUQUERQUE, 2003).

O PACS teve origem em vários movimentos populares que trabalhavam com agentes de saúde desde finais dos anos 70 e especialmente, na experiência com agentes comunitários de saúde do Ceará, iniciada em 1987. Em 1992, o Ministério da Saúde institucionalizou o PACS como programa federal que funcionava com equipes formadas por agentes comunitários de saúde, supervisionados por um enfermeiro (ALBUQUERQUE, 2003). O avanço na implantação desse programa e os seus resultados positivos impulsionaram a criação, em 1994, pelo Ministério da Saúde, do chamado Programa de Saúde da Família (PSF) que agregava mais dois profissionais à equipe do PACS: o médico e o auxiliar de enfermagem (VIANA; DAL POZ, 2005). O PSF foi apresentado como proposta para organizar o sistema de saúde e substituir o modelo tradicional e hegemônico de assistência médica curativa.

Em 1997, o PSF passou a figurar como estratégia prioritária para estruturar a Atenção Básica (termo utilizado para atenção primária no Brasil) e modificar o

modelo assistencial (BRASIL, 2006). Essa decisão suscitou muitas polêmicas entre gestores e pesquisadores que questionavam, dentre outros aspectos, os repasses financeiros atrelados à implantação de uma estratégia com herança dos programas verticais e que deixava pouca margem para adaptações locais (FRANCO, MERHY, 2005). Mesmo assim, através de incentivos financeiros federais, os municípios aderiram progressivamente a hoje denominada Estratégia Saúde da Família, com ampliação da cobertura dos serviços de APS.

Ao final da década de 1990 e início dos anos 2000, com a expansão da cobertura da Saúde da Família, as atenções se voltaram para o problema da qualidade dos serviços prestados. Embora trabalhos associassem o aumento da cobertura do PSF com a diminuição da mortalidade infantil (MACINKO; GOANAIS; SOUZA, 2006), persistiam questionamentos sobre o modelo adotado e quanto ao elenco de ações e serviços que a APS deveria oferecer.

A despeito da ampliação da cobertura de serviços de APS em muitos municípios brasileiros, alguns estudos apontam para fragilidades, como o não reconhecimento da unidade básica como referência para cuidados assistenciais pela população adscrita, a baixa resolutividade dos serviços oferecidos, tendo em vista a ocorrência de encaminhamentos para procedimentos especializados de forma desnecessária e a permanência do elevado número de internações por causas sensíveis ao tratamento ambulatorial (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003).

Nesse cenário, os postulados de Starfield (2002) com relação ao reconhecimento de características essenciais da APS foram trazidos para a discussão sobre a sua organização no Brasil. A atenção primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos principais: primeiro contato, longitudinalidade (cuidado regular e contínuo), integralidade no cuidado, coordenação do cuidado (promover através de uma rede de saúde a continuidade da atenção à pessoa); e três atributos secundários: focalização na família, orientação comunitária e competência cultural.

No Brasil, um dos grandes desafios da APS é ampliar sua resolutividade e integralidade da atenção. A Saúde da Família tem sido defendida como principal estratégia para transformação do modelo biomédico e curativista, em uma atenção centrada na família e pautada pelo princípio da integralidade.

A Estratégia Saúde da Família alcançou avanços importantes. No entanto, ainda vem apresentando fragilidades em alguns aspectos como na organização do processo de trabalho, grande rotatividade dos profissionais, deficiências estruturais, por exemplo, e esses problemas repercutem diretamente na sua capacidade de intervir de forma resolutiva nos problemas de saúde da população (SOUSA, 2010).

O crescimento da prevalência das doenças e condições crônicas na população brasileira tem reiterado a necessidade de ampliar a capacidade resolutiva da APS e construção de Redes Integrais de Serviços de Saúde.

Dentre algumas iniciativas para fortalecer a APS, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia na rede de serviços e ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da APS no Brasil (BRASIL, 2008).

Sabe-se que a APS apresenta um importante potencial para renovação, que faz com que ela seja campo de novas experiências e práticas. Por isso, é necessário apostar em mudanças no processo de trabalho predominante nesses serviços, provocando transformações e ampliando o cuidado, para além da doença (NERY, 2006).

Imaginou-se que a inserção de equipes multiprofissionais na APS poderia fortalecer as Equipes de Saúde da Família (eSF), através da ampliação da sua clínica e apoio na articulação da rede de cuidado para atender essa população. O Nasf poderia apoiar as eSF na oferta de um cuidado mais integral na própria unidade básica de saúde e no domicílio do usuário (BRASIL, 2010). Atualmente, a implantação dos Nasf tem impulsionado alguns movimentos de mudança no trabalho da atenção básica, embora não se evidencie com clareza se as mudanças tem provocado resultados positivos no cuidado ofertado a população.

O Nasf deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família (eSF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes ao qual está vinculado. E não deve se constituir como porta de entrada do sistema para os usuários, mas como apoio às equipes de saúde da família (BRASIL, 2010).

Na organização do processo de trabalho do Nasf, devem ser consideradas as diretrizes propostas pelo MS: interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação

permanente, territorialidade, integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

O Nasf foi proposto para atuar na lógica do apoio matricial, tomando a interdisciplinaridade e compartilhamento de práticas como eixos estruturantes do seu trabalho junto às equipes de saúde da família (BRASIL, 2010). Constituiu-se assim, como um dispositivo com potência para provocar novas formas de pensar/fazer saúde no cotidiano da rede (BEZERRA et al., 2010).

No seu cotidiano, o Nasf vem sendo considerado como mais um espaço de articulação, apoio e produção de novas ofertas, onde a utilização de ferramentas tecnológicas é permitida, a fim de organizar e desenvolver seu processo de trabalho (BRASIL, 2010). Estas ferramentas, por sua vez, podem ser consideradas, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e metodologia para a organização da gestão do cuidado e têm o objetivo inovador de desenvolver uma prática com o olhar ampliado, a partir do diálogo entre as diferentes profissões (NASCIMENTO, 2014).

Ao longo dos cinco anos de operacionalização do Nasf no Brasil, alguns estudos sobre essa temática já foram publicados. A maioria focou na descrição e análise do processo de implantação e organização do trabalho multidisciplinar; inserção e atuação de categorias profissionais específicas e análise de competências profissionais para trabalhar no Nasf (BARBOSA et al., 2010; BEZERRA et al., 2010; FERNANDES; NASCIMENTO; SOUSA, 2013; MARTINIANO et al., 2013; SOUZA, 2013; NASCIMENTO, 2014; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; SCABAR; PELLICIONI; PELLICIONI, 2012).

Embora a maioria desses autores apontem para a potencialidade do Nasf de contribuir efetivamente para fortalecer a atenção primária à saúde, através da ampliação da resolutividade das eSF e da articulação com outros serviços na rede de saúde, ainda é necessário a realização de estudos avaliativos que comprovem o impacto desse arranjo organizacional na qualidade da atenção à saúde. Exatamente por isso, talvez seja oportuno dedicar maior atenção à análise dessas experiências, e o impacto de sua atuação.

Estudo realizado recentemente, por uma pesquisadora do Grupo AcesSUS do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, analisou o processo de trabalho das equipes Nasf de três municípios do estado de Pernambuco e identificou, a partir das atividades realizadas e da integração com as eSF, três configurações de Nasf: Matricial, Semi-Matricial e Assistencial-curativista (NASCIMENTO, 2014).

Essa diversidade de modelos organizacionais dos Nasf deve-se não apenas às diferentes configurações locais de cada território, mas também à falta de conhecimento de gestores e profissionais quanto às diretrizes de funcionamento do Nasf. Por isso mesmo, Nascimento (2014) propôs em suas recomendações a realização de avaliações sistemáticas no processo de trabalho do Nasf, com o objetivo de conhecer sua resolutividade, ajudar a enfrentar os desafios existentes e aprimorar a proposta.

O interesse em desenvolver esse estudo deve-se a experiência pregressa como trabalhadora de um Nasf e à vinculação ao AcesSUS, como assistente de pesquisa. Na observação empírica e no acompanhamento de estudos sobre o Nasf, observou-se a potencialidade que essa proposta tem, quando desenvolvida na perspectiva do apoio matricial e na lógica de construção de redes integrais. Mas, também é possível reconhecer que se trata de uma proposta muito recente, cuja operacionalização é permeada por conflitos, contestações e incertezas. Nesse contexto, propõe-se esse estudo avaliativo que toma como questão norteadora: **Como a forma de organização do Nasf tem influenciado as eSF nos seus objetivos de ampliação da integralidade, resolutividade e fortalecimento da coordenação do cuidado na atenção básica?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, segundo seus objetivos de integralidade, ampliação da resolutividade e fortalecimento da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar o perfil de atividades realizadas e usuários atendidos pelo Nasf e seu impacto sobre o escopo de ações da atenção básica;
- b) Analisar a percepção dos profissionais das eSF, do Nasf e dos serviços de referência sobre a atuação do Nasf quanto a ampliação da resolutividade;
- c) Avaliar o papel do Nasf no fortalecimento da coordenação do cuidado das eSF.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo, vários autores foram revisitados em busca de um referencial que norteasse seu desenho metodológico e a discussão de seus achados. Considerando que a Atenção Primária a Saúde é um importante campo de conhecimento da saúde coletiva e possui centralidade na maioria das construções teóricas sobre a organização de sistemas de saúde universais, iniciou-se com essa temática.

Em seguida, elaborou-se um segundo tópico, com enfoque sobre Nasf que é o principal objeto de estudo. Nesse ponto, buscou-se resgatar as principais definições normativas sobre essa proposta assistencial, enfatizando os objetivos e as diretrizes estabelecidas para sua atuação. Também foram apresentados, resumidamente, os resultados dos principais estudos já realizados sobre o Nasf.

No terceiro e último ponto, foi revisado o conceito de avaliação e as características dos estudos avaliativos. Inspirada pelo que já foi produzido, buscou-se identificar modelos/estratégias de avaliação que contemplassem as particularidades do Nasf e pudessem colaborar na análise de seus resultados, com foco nos objetivos para os quais foi criado.

3.1 Atenção Primária à Saúde: uma aposta ousada e necessária na construção do SUS

Desde as décadas de 70 e 80, têm-se empreendido muitos esforços técnicos, ideológicos e políticos, dentro e fora do âmbito do governo, para construir um sistema de saúde integral, universal e equânime como direito de cidadania e dever do Estado, que se denominou de Movimento da Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária é um projeto de resistência criado no âmago das lutas sociais quando a ditadura militar exercia seus excessos de autoritarismo e restrição de liberdade de expressão. Consideramos que a primeira vitória política desse projeto aconteceu na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em 1986, quando essa instância de participação social, com forte presença popular, deliberou favoravelmente pelas propostas de construção do sistema de saúde universal. Em seguida, foi conquistada a inclusão de várias propostas do relatório

final da VIII CNS na Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado em lei (BRASIL, 1988, 1990).

O principal propósito da Reforma Sanitária foi concretizar no Brasil a sua concepção de saúde como direito de cidadania, que implica em criar condições de acesso integral, universal e equânime às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, organizadas em uma rede de serviços de diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica, que passou a se chamar Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

O SUS, ainda que tenha avançado no aporte jurídico, tem sido lentamente construído no cotidiano. Muitas conquistas são evidentes no que diz respeito a universalização do acesso, descentralização e controle social. Mas, em relação à equidade do acesso e integralidade da atenção, ainda há muito em que avançar (MATTOS, 2004). Ante o desafio da construção de um sistema de saúde com garantia de universalidade e integralidade, é mais do que estratégica a organização de uma rede de atenção primária resolutiva e com capacidade de coordenação do cuidado envolvendo os demais níveis de atenção.

3.1.1 O antigo (e atual) desafio de consolidar um sistema de saúde integrado

De todos os princípios do SUS, a integralidade parece ser o que apresenta mais desafios para sua concretização. A razão disso, talvez esteja no fato dela prescindir de uma organização harmônica em todos os níveis assistenciais. Paim (2009) define integralidade como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Isso significa dizer que a integralidade visa garantir que, todas as pessoas devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação, em todos os níveis do sistema de saúde (PAIM, 2009).

Pinheiro (2001) considera que a integralidade possui um caráter polissêmico e é permeada de limites e possibilidades para a sua construção no âmbito dos serviços de saúde, por isso, argumenta que, para efetivação desse princípio, é preciso garantir a participação popular para reivindicação de seus direitos e vocalização de suas necessidades.

Cecílio (2001) estudou a integralidade em duas perspectivas que denominou de focalizada (micro) e ampliada (macro), como possibilidades dialógicas e recursivas na atenção em saúde, onde uma não é possível sem a outra. Do ponto de vista da integralidade focalizada (micro), a mesma deve ser percebida como “fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”. É uma integralidade “trabalhada no espaço bem delimitado de um serviço de saúde”, e é nesse espaço que o exercício da “escuta” das necessidades de saúde daquela pessoa que busca o serviço de saúde, deve ser um compromisso e uma preocupação primordial (CECÍLIO, 2001, p. 116).

Para esse autor, a integralidade também pode ser pensada numa perspectiva ampliada, no espaço macro, ou seja, fruto da articulação em uma rede mais complexa que envolve cada serviço, com outros níveis assistenciais e instituições não pertencentes ao setor saúde. A integralidade ampliada é a articulação em rede, das múltiplas “integralidades focalizadas”, cujo epicentro é cada serviço de saúde, que se articula em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas” (CECÍLIO, 2001, p. 117).

No aspecto normativo, a Constituição Brasileira afirma que é dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Dessa forma, o SUS toma como sua atribuição a articulação de diversas dimensões das ações e dos serviços de saúde: promoção, proteção e recuperação (MATTOS, 2004).

Albuquerque (2003) relata que os documentos oficiais que descrevem o PSF, desde o seu início, citam a integralidade na perspectiva de que o trabalho da equipe possa ver o indivíduo como um todo, inserido na família e na comunidade em que vive. Na PNAB, o cuidado integral é definido como uma das diretrizes da ESF e como atribuição de todos os profissionais que compõe a eSF (BRASIL, 2011).

A ênfase no trabalho em equipe é uma das principais singularidades da ESF e lembra defesas antigas como as realizadas por Carvalho (1993) que a despeito de compreender a definição de integralidade de forma mais ampla que atenção integral, ele enfatiza a necessidade da multiprofissionalidade no nível local e no gerencial, e considera a interdisciplinaridade como pré-requisito fundamental para a concretização da integralidade (CARVALHO, 1993).

Na construção de sua tese, Albuquerque (2003) fez uma ampla revisão sobre o conceito de integralidade e chegou a sistematizar a diversidade de compreensões em 5 dimensões:

- a) integração de ações preventivas, de promoção da saúde, curativas e reabilitadoras;
- b) na garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, bem como na horizontalização das ações, fazendo com que cada nível incorpore as ações de promoção, proteção, prevenção e reabilitação;
- c) na visão integral do indivíduo e da família, na comunidade, unindo interdisciplinarmente os saberes técnicos necessários a cada situação e o saber popular;
- d) no desenvolvimento de ações intersetoriais na comunidade, criando e reforçando os canais de participação popular e de construção de cidadania;
- e) No processo de gestão da atenção à saúde, juntando vigilância, planejamento e implementação de ações na comunidade.

A diversidade e quantidade de estudos sobre integralidade, bem como o esforço em delimitar um conceito tão amplo, retrata a relevância desse princípio para os sistemas de saúde, tanto no contexto internacional como nacional. Nesse âmbito, no intuito de garantir o acesso integral à assistência saúde, uma das estratégias mais discutidas, atualmente, é a organização de redes de atenção com foco em uma atenção primária fortalecida e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010).

Ao desafio político e ético da integralidade, soma-se o panorama atual de envelhecimento da população, crescimento da prevalência das doenças e condições crônicas, que vem tornando imperativa e urgente a tarefa de construir sistemas de saúde integrais (MENDES, 2010).

Ante esse desafio de construir sistemas de saúde integrais, há consenso internacional de que existe associação entre melhores resultados em saúde quando os sistemas nacionais de saúde são orientados pelos princípios da Atenção Primária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008a, MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003). O Brasil vem buscando, há alguns anos, estabelecer políticas e ações que

fortaleçam a APS para que alcance bons níveis de resolutividade e possa assumir, de fato, o papel de coordenação do sistema de saúde.

Durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, na conferência de Alma Ata, foi formulada a Declaração de Alma-Ata onde foi enfatizada a importância da APS como proposição estratégica para reorientação da atenção à saúde e superação do cuidado fragmentado (ALFRADIQUE et al., 2009).

A atenção primária à saúde como base para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la. Esse nível assistencial é composto por serviços de primeiro contato, também chamados de porta de entrada, que devem ser de fácil acesso, pois esse aspecto é essencial em modelos organizados por nível de atenção (hierarquizados), como é o caso do Brasil (STARFIELD, 2002).

Os serviços de APS devem ser capazes de resolver uma gama de necessidades de saúde que extrapolam a esfera da intervenção curativa e individual. A boa organização desses serviços contribui para melhora da atenção com impactos positivos na saúde da população e na eficiência do sistema (MACINKO et al., 2003; STARFIELD; SHI, 2002). Mas, quando a atenção primária não está organizada para manejar e diagnosticar adequadamente os problemas, a assistência necessária e oportuna é adiada (STARFIELD, 2002).

Na América Latina, nos anos oitenta, a abordagem seletiva de atenção primária foi preconizada por agências multilaterais, tornando-se hegemônica a implementação de uma cesta mínima de serviços, em geral de baixa qualidade (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010). Nos últimos anos, países da região vêm desenvolvendo políticas para fortalecer a APS como estratégia para organizar os serviços e promover a equidade em saúde, ressaltando a relevância de uma abordagem abrangente nesse nível assistencial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008b).

3.1.2 A atenção primária no Brasil

Nos anos noventa, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, houve uma ampliação da concepção de APS no Brasil. Para diferenciar-se da concepção seletiva defendida pelo Banco Mundial, o Ministério da Saúde passou a usar o termo

atenção básica (AB) (GUSSO; LOPES, 2012). Em concordância com a PNAB (BRASIL, 2006), este trabalho considerará a APS como sinônimo de atenção básica.

A partir de experiências bem sucedidas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a AB começou a adquirir características peculiares e, em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) (ALBUQUERQUE, 2003). A expansão do novo programa foi impulsionada com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), em 1996, que permitiu o repasse do financiamento direto do nível federal para o municipal (VIANA; DAL POZ, 2005).

Em 1997, o Ministério da Saúde define o Programa de Saúde da Família como importante estratégia para reorganização do sistema de saúde, com a perspectiva de implementar uma atenção básica abrangente. Em 2006, através da Portaria do Ministério da Saúde Nº 648, foi criada Política Nacional da Atenção Básica que reconheceu a Estratégia Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica. Esse modelo tem sido operacionalizado através da implantação de equipes multiprofissionais mínimas compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde, em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006b).

Em 2008, a OMS publicou o relatório “Atenção primária em saúde, mais necessária do que nunca”, em comemoração aos 30 anos da Conferência de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde, reiterando e politizando o tema (WHO, 2008b). Trata-se de um documento que reafirma um conjunto de evidências, em termos de eficácia, eficiência e equidade, sobre as vantagens de organizar uma rede de serviços primários. Esse relatório aponta ainda uma mudança em direção à necessidade de um pensamento mais abrangente sobre o desempenho do sistema de saúde como um todo, assumindo assim a necessidade de um modelo amplo de APS (SISSON et al., 2011).

Recentemente, a publicação revisada da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ampliou o escopo e compreensão desse nível assistencial em consonância com os pressupostos teóricos clássicos de Starfield (2002). As equipes de saúde da família (eSF) são responsáveis pelo acompanhamento de, em média, 3000 habitantes, de um território delimitado. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais prevalentes, e na manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

Hoje, a estratégia de saúde da família está presente em 96% dos municípios, que contam com 35 mil equipes e garantem uma cobertura populacional 56,4%, o que corresponde a 110 milhões de pessoas com acesso à atenção básica. Se considerarmos as áreas cobertas pela ESF e pelo PACS, o estado de Pernambuco apresenta cobertura geral de AB de 87,5% (BRASIL, 2016).

Cecílio (1997) aponta como vantagens da Saúde da Família a ideia de expansão da cobertura e democratização do acesso; a criação de uma “porta de entrada” composta por uma ampla rede de serviços de atenção básica; a hierarquização como forma de racionalização no uso dos recursos, garantindo o acesso para o usuário a todas as tecnologias que forem necessárias e, por fim, a proximidade do serviço de saúde com a residência do usuário, como elemento facilitador do acesso e do vínculo.

Esse modelo de organização visa: cuidar dos problemas mais comuns e frequentes da população; alcançar melhores resultados no controle das doenças crônicas e de suas complicações; atuar na prevenção de doenças e incapacidades, assim como na diminuição da solicitação de exames desnecessários e na racionalização dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção, reduzindo a procura direta aos atendimentos de urgência e hospitais (ROSA; L’ABATE, 2005).

Essa concepção ampliada da atenção básica apresentada pelos autores citados asseguraria um bom potencial de resolutividade ante as necessidades de saúde da população brasileira. No entanto, a inadequação dos perfis profissionais da área de saúde, a dificuldade de fixação de profissionais na AB, a fragmentação do processo de trabalho, entre outras questões, configura a complexa realidade dos serviços de saúde e revela grandes desafios que precisam ser superados para que a ESF assuma seu papel de protagonista no projeto de estruturação das Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS).

3.1.3 O papel da atenção primária nas Redes Integradas de Serviços de Saúde

Na organização de redes integradas, a APS é pensada como ordenadora e coordenadora do cuidado de saúde, a partir não mais da diretriz da hierarquização dos serviços, mas pela posição de centro de comunicação dessas redes (CECÍLIO et al., 2012).

Essa proposta de que a coordenação das redes de atenção à saúde seja feita a partir da APS, parte do diagnóstico da fragilidade dos sistemas de saúde, caracterizada na descontinuidade dos cuidados e na fragmentação da atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2011). Vale salientar que a integração da rede de serviços de atenção primária aos outros níveis de atenção é condição importante para se contrapor a uma concepção seletiva de APS, onde esta é vista como um pacote restrito de serviços de baixa qualidade e dirigido a pobres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008b).

Há distintas dimensões de integração entre os serviços de saúde. A integração vertical é aquela que ocorre entre os diferentes níveis de atenção (intrassistema), e a horizontal acontece com outros serviços, setores ou grupos sociais no mesmo nível (intersetorial, transdisciplinar e comunitária). Esses níveis de integração são estratégicos na garantia do direito à integralidade e concretizam-se quando o cuidado ofertado é completo (tipo de ações) e, por isso, contínuo no tempo (vínculo longitudinal) e no sistema (continuidade horizontal e vertical) (CONNIL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010).

Nessa perspectiva, a coordenação seria o ato oriundo de práticas locais e de gestão que favorecem a realização do objetivo da integralidade, e tem como resultado a integração do sistema de saúde como um todo (CONNIL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010). Problemas relacionados à coordenação do cuidado vêm recebendo atenção nas reformas dos sistemas de saúde, com iniciativas para fortalecer a APS (GIOVANELLA, 2006).

A integração da rede de serviços na perspectiva da atenção primária envolve a existência de um serviço de procura regular e como porta de entrada preferencial; a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas com mecanismos formalizados de referência e a coordenação das ações pela equipe de APS, garantindo o cuidado contínuo (FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006; STARFIELD, 2002). Integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes que se expressam em vários âmbitos: sistema, atuação profissional e experiência do paciente ao ser cuidado.

A função de coordenação se expressa e é vivenciada pelos usuários através da garantia de continuidade assistencial e tem, pelo menos, três dimensões

passíveis de avaliação e intervenção: a relação profissional/usuário (vínculo longitudinal), o uso de informação e a gestão por diferentes profissionais das respostas às necessidades dos pacientes (protocolos clínicos para doenças crônicas) (BOERMA, 2006).

No Brasil, o Ministério da Saúde, em consonância com o discurso internacional, apresenta as equipes de saúde da família como ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, estabelecendo que a atenção básica deva coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (BRASIL, 2006).

A relevância atribuída à estratégia de saúde da família também se refletiu no foco mais recente dos estudos de avaliação da atenção básica induzidos pelo gestor federal. As primeiras pesquisas desenvolvidas entre os anos de 2000 a 2002 focaram no processo de implantação da ESF com objetivo de identificar fragilidades, potencialidades e condições de contexto que favoreciam ou dificultavam sua expansão (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008). Anos depois, alguns atributos da APS como porta de entrada, coordenação e longitudinalidade foram tomados como objeto de pesquisas avaliativas (ALMEIDA; MACINKO, 2006; BRASIL, 2005a, 2005b; GIOVANELLA et al., 2009).

Apesar dos esforços para estruturar um sistema de saúde integrado e ampliar a cobertura da atenção básica no Brasil, alguns estudos apontam que a Estratégia de Saúde da Família ainda não conseguiu se concretizar como um serviço de primeiro contato resolutivo e de qualidade. Além disso, o acesso aos serviços especializados, organizados hierarquicamente, continua sendo muito difícil, apesar dos diversos mecanismos implantados de referência, a partir da atenção básica e das centrais de regulação ambulatoriais que objetivam organizar o fluxo assistencial em diversos municípios (CECÍLIO et al., 2012; SOUSA, 2010).

O aumento da capacidade resolutiva da atenção básica reduz a demanda para os níveis mais complexos e especializados, viabiliza a adequada hierarquização da rede e, por consequência, a adoção de fluxos referenciados e mais equânimes, aproximando o processo assistencial da população e da comunidade (SOUSA, 2010).

Diversas estratégias vêm sendo implementadas nos municípios com vistas a fortalecer a resolutividade da atenção básica e o seu papel de coordenação das redes de atenção. São exemplos dessas iniciativas: a expansão da ESF, as ações

de educação permanente dos trabalhadores, a implantação do acolhimento, a ampliação do acesso ao apoio diagnóstico e terapêutico e a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

3.2 O Núcleo de apoio a Saúde da Família e o desafio da atenção integrada

Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família são constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atuam em parceria com as equipes de saúde da família, compartilhando as práticas em saúde em territórios sob responsabilidade das eSF. Assim, o Nasf não deve ser intermediador inicial entre o usuário e o serviço, ou seja, não deve atuar como porta de entrada do sistema (BRASIL, 2010).

Quanto à instituição das Equipes Nasf, a Portaria do ministério da saúde Nº 154 de 2008 prevê para os municípios, a implantação dos Nasf tipo 1 e tipo 2, que se diferem quanto à sua composição, abrangência e financiamento (BRASIL, 2008). A referida Portaria estabelece, ainda, as orientações gerais do que se deve contemplar no projeto de implantação dos Nasf nos municípios, mas fica a cargo de cada secretaria municipal de saúde assumir o papel organizativo e, conseqüentemente, definir como se dará o processo de implantação e funcionamento das equipes Nasf (BRASIL, 2008).

Inicialmente, as equipes Nasf podiam ser compostas pelas seguintes categorias profissionais: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008). Em 2011, a Portaria GM/MS Nº 2.488 ampliou as categorias que podem compor o Nasf, sugerindo a inserção de: Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte-educador); e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde coletiva ou na área de saúde com pós-graduação em saúde pública/ coletiva (BRASIL, 2011).

A Portaria Nº 154/2008 estabelece que a composição de cada um dos Nasf deve ser definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações e recomendou, ainda, que cada Nasf conte,

com pelo menos um profissional da área de saúde mental, tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais (BRASIL, 2008).

Os textos normativos das portarias ministeriais (BRASIL, 2008, 2011) representaram conquistas importantes no processo de implantação dos Nasf, mas a falta de orientações mais detalhadas sobre o seu funcionamento deu margem para que os municípios implantassem essas equipes de acordo com suas próprias interpretações do que seria apoiar as eSF. De forma que, atualmente, há grande diversidade no modo organização do trabalho do Nasf nos municípios brasileiros (SAMPAIO; MARTINIANO; ROCHA, 2013).

Em 2010, dois anos após a criação do Nasf, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica nº 27, que discorre sobre os princípios e diretrizes que orientam as ações que serão desenvolvidas pelas equipes Nasf, o que inclui: o processo de trabalho entre os profissionais, sendo abordadas nesse item as atribuições comuns aos membros das equipes e as ações por área estratégica; e as ferramentas tecnológicas que podem ser elencadas como de apoio à gestão e de apoio à atenção (BRASIL, 2010).

De acordo com as orientações do MS, o processo de trabalho das equipes do Nasf deve ser integrado com as equipes de saúde da família e dentro do seu território de abrangência. Em relação ao trabalho em equipe, o Ministério da saúde afirma a necessidade de existir forte articulação e compartilhamento de ações entre as equipes SF e Nasf, com vistas a desenvolver a interdisciplinaridade no processo de trabalho e a integralidade do cuidado à população (BRASIL, 2011).

A proposta do Ministério da Saúde é que o Nasf deve atuar na lógica do apoio matricial. O desenvolvimento desse método está atrelado a concepção de outro arranjo chamado de equipes de referência (ER) (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Nessa composição organizativa e considerando o contexto da atenção básica, as ER seriam as eSF, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número limitado de pessoas residentes em dado território. Enquanto o Nasf seria a equipe matricial, composta por profissionais com expertise em diferentes áreas de conhecimento e responsáveis por dar suporte pedagógico e assistencial a um conjunto definido de ER's, no caso, as eSF (BRASIL, 2014).

Através do matriciamento, busca-se a reordenação do trabalho em saúde, segundo a diretriz da interdisciplinaridade das práticas e dos saberes e do vínculo terapêutico entre eSF e Nasf e destas com os usuários (BEZERRA et al., 2010).

O compartilhamento de responsabilidades entre as eSF e o Nasf foi proposto com o objetivo de modificar a prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando as possibilidades de comunicação entre os profissionais e facilitando a longitudinalidade do cuidado no âmbito da atenção primária à saúde (SOUZA, 2013).

Apesar do apoio matricial já ter sido foco de vários estudos e ser citado em várias propostas do Ministério da Saúde, foi através da criação do Nasf que os municípios foram estimulados, de forma mais ampla, a implantar esse tipo de arranjo organizacional na atenção básica, quando criou as condições de financiamento em 2008 (BRASIL, 2008) e publicou as diretrizes normativas para sua operacionalização em 2009 (BRASIL, 2010).

Com a implantação do Nasf, novos profissionais foram incluídos na atenção primária em saúde, diretamente vinculados às equipes de Saúde da Família, ampliando o acesso da população e aumentando a possibilidade da atenção básica responder às necessidades de saúde da população (GIOVANELLA et al., 2009). A inserção desses novos núcleos profissionais também pode modificar “o perfil da demanda, em dimensões que transcendem a organização e estrutura do serviço e desafia o instituído, inclusive o saber-fazer do profissional tradicional” (ANDRADE et al., 2012).

Evidentemente, a atuação integrada entre Nasf e eSF deve ter como suporte a atenção especializada e de alta complexidade, de forma que o Nasf seja um potencializador da rede de atenção à saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011). Assim, espera-se que as ações de apoio à Saúde da Família fortaleçam a resolutividade da AB e consigam reduzir os encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção (ANDRADE et al., 2012).

A construção de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho das equipes Nasf, por isso, a criação de espaços internos e externos de discussão é tão importante. Nessas ações, o Nasf deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma co-responsabilizada com as eSF e os outros equipamentos/serviços (saúde, educação, esporte, cultura, etc.) presentes no território (BRASIL, 2010).

Nesse arranjo, as eSF recebem o suporte de cada núcleo profissional que compõe o Nasf para compartilharem o cuidado longitudinal dos usuários e famílias dentro da rede de saúde do município e/ou outros serviços locais, tais como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), centros de reabilitação, redes sociais e comunitárias, entre outros (ANDRADE et al., 2012). Importante frisar que o Nasf deve tomar como princípio estruturante do seu trabalho a integralidade do cuidado aos usuários e utilizar uma concepção ampliada da clínica, no seu cotidiano de pensar e fazer saúde (BRASIL, 2011).

Na organização do seu processo de trabalho, os profissionais do Nasf desenvolverão discussões de caso, atendimento compartilhado, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, entre outras (BRASIL, 2014, 2011, 2010). Nessa construção, o Nasf deve tomar como diretrizes organizativas do seu trabalho: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2010).

O marco normativo apresenta o Nasf como uma proposta cujo objetivo principal é fortalecer a atenção básica à saúde no seu papel de ordenadora do modelo de atenção à saúde e coordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde. Mas, essa é uma proposta em processo de construção e que tem operado com muita diversidade de organização. Segundo Souza (2013), em cada território onde é implantado o Nasf, assim como aconteceu no início da implantação da ESF, há pouco tempo, enfrenta-se “o desafio de adaptar os apontamentos reguladores produzidos pelo MS” ao seu contexto político, às especificidades de sua rede de serviços e às possibilidades existentes em cada território.

Por ser uma proposta muito recente (apenas oito anos), há poucos estudos sobre esse tema. Alguns trabalhos publicados dão ênfase à descrição e análise da implantação e organização das equipes em alguns municípios (BEZERRA et al., 2010; MARTINIANO et al., 2013; SOUZA, 2013; SAMPAIO; MARTINIANO; ROCHA, 2013). Outros estudos tecem reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Nasf (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010) ou analisam a inserção e atuação de algumas categorias profissionais (BARBOSA et al., 2010; FERNANDES; NASCIMENTO, SOUSA, 2013; SCABAR; PELLICIONI; PELLICIONI,

2012). Mas, não há estudos publicados sobre o impacto do Nasf na resolutividade das equipes de saúde da família, ou da atenção básica como nível assistencial.

3.3 Avaliação em saúde: mais do que medir, é preciso favorecer a mudança

Alguns estudos revelam que há certa distância entre a concepção dos modelos de atenção à saúde propostos e as ações e práticas realizadas pelos trabalhadores e usuários, no cotidiano dos serviços de saúde (ANDREAZZA et al., 2011; CARAPINHEIRO, 2001). Analogamente, o Nasf foi idealizado e o Ministério da Saúde estabeleceu algumas normas e diretrizes para sua implantação e funcionamento. Mas, na concretude dos municípios, essa proposta tem sido operada por diferentes trabalhadores (eSF e Nasf) e gestores que também agem com seus saberes específicos e experiências, dando origem a um conjunto bastante distinto de práticas, com novas e diversas modelagens.

A complexidade desse cenário de atuação do Nasf fica mais compreensível, quando se observa a diversidade de categorias profissionais que podem compor uma equipe Nasf, quando a maioria dessas profissões, historicamente, não tinham atuação tão disseminada e/ou consolidada na atenção básica (BRASIL, 2014)

Nascimento (2014) analisou a implantação e o processo de trabalho das equipes do Nasf em três municípios de Pernambuco e, após detalhada descrição, classificou as experiências conforme seu grau de aproximação da diretriz do apoio matricial em Nasf: matricial, semi-matricial e assistencial-curativista. Diante disso, a avaliação em saúde pode ser uma estratégia para ajudar a conhecer essa diversidade de modelos de Nasf, compreender os fatores que influenciam cada experiência, analisar seus resultados e, contribuir para o aperfeiçoamento dessa proposta.

Na literatura científica, há certo consenso de que avaliar consiste em realizar um julgamento de valor sobre uma intervenção, produzindo informações cientificamente válidas e socialmente reconhecidas sobre a intervenção ou sobre algum de seus componentes (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; DESROSIERS et al., 1998; FORMIGLI, 1994; SILVA; AGUILAR; ANDER-EGG, 1995).

Esse juízo de valor ocorre ao se confrontar a ação/intervenção avaliada e um referencial que pode ser os objetivos do projeto, normas profissionais, o desempenho de um programa similar ou outros referenciais não declarados

(FURTADO, 2007). O referencial utilizado para cada avaliação é influenciado por grupos de interesse que podem ser formados por usuários, trabalhadores ou gestores (DESROSIERS et al., 1998).

Considerando os diversos processos avaliativos existentes, avaliação tem sido sistematizada, para fins didáticos, em quatro gerações de avaliadores, sendo que cada uma privilegia um dos seguintes aspectos: mensuração, descrição, julgamento e negociação (GUBA; LINCOLN, 2011). Esses autores apontaram limitações importantes e comuns às três primeiras gerações, tais como: supremacia do ponto de vista gerencial, dificuldade em acolher a diversidade de atores envolvidos, supremacia do positivismo, desconsideração do contexto, ênfase em métodos quantitativos. A partir dessa análise, foi proposta a quarta geração de avaliadores, constituída de processos avaliativos mais inclusivos e participativos (GUBA; LINCOLN, 2011).

Sem perder seu caráter científico, a avaliação da quarta geração não se distancia de sua função social e política, considerando não somente os fatos, mas também os contextos onde se dão as atividades da intervenção avaliada (GUBA; LINCOLN, 2011). Podendo assim, gerar análises sobre os processos de trabalho e efeitos de aprendizagens, com intuito de possibilitar decisões coletivas nas quais diferentes atores se responsabilizem em promover mudanças (PASSOS; BENEVIDES, 2009). Nessa perspectiva, para realizar uma avaliação mais abrangente é necessário incluir diversos e até divergentes pontos de vista sobre um programa ou serviço, a partir da inclusão de sujeitos que representem os diferentes grupos de interesse no processo (FURTADO, 2007).

Considerando os seus objetivos, a avaliação pode ser classificada também em 'somativa' ou 'formativa' (ROSSI; FREEMAN; LIPSEY, 1999). A avaliação 'formativa' tem a finalidade de ofertar informações para corrigir possíveis problemas com a intervenção ainda em andamento, enquanto a 'somativa' pode fornecer julgamentos sobre características essenciais da intervenção/programa, identificando, por exemplo, até que ponto as metas propostas foram atingidas (FURTADO, 2007).

A realização de estudos com ênfase no desenvolvimento de intervenções tem aumentado nos últimos anos. São pesquisas que favorecem a avaliação realizada a partir do interior da intervenção, tais como a avaliação focada na utilização dos resultados e as do tipo participativa (FEUERSTEIN, 1990; SANTOS FILHO, 2007).

Na abordagem centrada na teoria do programa, o avaliador, juntamente com o grupo de sujeitos implicados, tentam construir o modelo teórico do programa e de seus resultados. Esse modelo teórico deverá servir como referencial para as etapas seguintes da avaliação (FURTADO, 2007). Esse referencial teórico do programa é considerado por Rossi, Freeman e Lipsey (1999) como “um conjunto de conjecturas ligando de forma lógica os resultados que se espera que o programa atinja com as ações e estratégias desenvolvidas para atingir seus objetivos”.

A realização de estudos avaliativos participativos foi discutida nos últimos anos por vários autores (CAMPOS, 1997; GUBA; LINCOLN, 2011; ROSSI; FREEMAN; LIPSEY, 1999). Esse tipo de pesquisa tem a finalidade de implicar os sujeitos interessados no processo de avaliação com vistas à sua formação e, além disso, tentar diminuir possíveis resultados negativos de uma avaliação sobre os grupos de interesses na intervenção (FURTADO, 2007). Comumente, esses grupos são constituídos por sujeitos com características comuns e com algum interesse no resultado da avaliação (ROSSI; FREEMAN; LIPSEY, 1999).

Nessa mesma perspectiva e a partir de revisão da literatura científica, Hartz (1999) apontou como horizonte teórico-metodológico da avaliação em saúde: a) a necessidade de um modelo teórico orientando o processo de avaliação; b) a exigência de pluralidade metodológica dada a contextualização singular das ações e a complexidade das medidas de resultados; e c) a obrigatoriedade da institucionalização da avaliação para garantir a qualidade e utilidade do produto final.

Segundo Hartz (2005) as pesquisas avaliativas podem ser compostas por até seis tipos de análise: estratégica, da implantação, da intervenção, da produtividade, do rendimento e dos efeitos. Geralmente, os estudos tentam utilizar várias estratégias de pesquisa e considerar as perspectivas dos diversos sujeitos envolvidos no programa/intervenção. Nessa perspectiva, pode-se analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de um programa/intervenção, assim como as relações existentes entre estes e o contexto no qual está situado (HARTZ, 2005).

Donabedian (2003) é um dos principais autores do campo da avaliação em saúde. Foi ele quem apresentou os conceitos de estrutura, processo e resultado que se constituem, até hoje, como referência na avaliação da qualidade da atenção à saúde. Para o autor, ‘estrutura’ se refere aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência à saúde. Na dimensão de ‘processo’,

estariam as atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários, com base em padrões aceitos do ponto de vista técnico e/ou administrativo. E o 'resultado' é o produto final do cuidado, considerando saúde, avaliação clínica e funcional, e satisfação de padrões e de expectativas (DONABEDIAN, 2003).

Malik (1996) acrescentou às variáveis básicas outras características tais como: técnicas, interpessoais e voltadas a 'amenidades'. Na dimensão Interpessoal, estrutura envolveria o impacto das novas tecnologias sobre as funções dos trabalhadores bem como o surgimento de novas profissões. O processo incluiria as relações de comunicação e os relacionamentos dos trabalhadores e dos serviços com os usuários e suas famílias. Resultados seriam dimensionados por meio da satisfação dos usuários e familiares, dos encaminhamentos recebidos, do cumprimento das prescrições e dos retornos em novos episódios de doença. Em relação a disponibilidade de 'amenidades' na estrutura, estariam a limpeza e a facilidade de acesso. No processo, objetiva-se eficiência no fluxo de usuários e menores períodos de espera, e nos resultados, mais uma vez, a satisfação dos usuários e familiares, bem como os encaminhamentos recebidos.

Nos últimos anos, além dos esforços acadêmicos para realização de estudos avaliativos, o próprio Ministério da Saúde tem implementado diversas estratégias de avaliação com o objetivo de subsidiar a elaboração de políticas e programas no setor saúde. Exemplo dessas iniciativas governamentais é o Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção (PMAQ), desenvolvido como dispositivo de avaliação, monitoramento e fortalecimento da atenção primária em Saúde (BRASIL, 2011b). Esse programa inclui a avaliação sistemática de um conjunto de indicadores produzidos a partir do trabalho das equipes de saúde da família. Em 2013, o Nasf foi incluído no PMAQ, mas os indicadores propostos têm o objetivo de monitoramento e são calculados através do número e tipo de atividades desenvolvidas. Até agora, não foram apresentados indicadores de desempenho do Nasf (BRASIL, 2015, 2012).

Apesar desses esforços (acadêmicos e governamentais), ainda persistem desafios importantes no campo da avaliação em saúde, tais como o desenvolvimento de desenhos avaliativos com capacidade de ultrapassar as descrições e o aperfeiçoamento metodológico, contribuindo para solução de problemas e melhoria da qualidade do cuidado integral em saúde.

Desafiante também é considerar a necessidade de aprofundar a própria perspectiva avaliativa (enquanto questão metodológica) ante as inovações

implementadas na organização do cuidado, como é o caso da atuação do Nasf na lógica do apoio matricial. Uma vez que essa nova configuração do processo de trabalho apresenta possibilidades de mudanças no cotidiano dos serviços e, por isso, precisam de criatividade para ampliação do modo de dimensionamento dessas mudanças.

3.3.1 Em busca de um modelo avaliativo para o Nasf

Consideramos pertinente, para o desafio de avaliar o Nasf, a afirmação de Santos Filho (2007, p. 1001, grifo do autor) em relação a necessidade de avaliação da Política Nacional de Humanização do SUS:

É preciso escapar do risco de apreendê-los (os resultados) em uma perspectiva burocrática de implantação/estruturação e de sua aferição. A medida de seus significados e impacto deve respeitar o mesmo âmbito de complexidade de seus contextos de implantação e funcionamento. [...] Dessa forma, deve-se ter atenção especial com as perguntas básicas que orientam os processos de avaliação, quais sejam, *o que é para ser avaliado; o que será mensurado?*

Um desafio importante nesse campo de estudo é a avaliação de resolutividade dos serviços e/ou programas de saúde. No caso do Nasf, o Ministério da Saúde estabeleceu como principais objetivos: ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a estratégia de Saúde da Família na coordenação da rede de serviços (BRASIL, 2014, 2008). Dessa definição normativa, a avaliação do Nasf demandaria uma análise sobre os reflexos de sua atuação na atenção básica, a partir da perspectiva de seu tríplice objetivo.

A seguir, apresentaremos uma breve revisão sobre cada um desses três objetivos atribuídos ao Nasf e um esboço de como avaliá-los.

3.3.1.1 *Ampliação da abrangência e escopo das ações da atenção básica*

O escopo é sinônimo de finalidade, é o objetivo que se pretende atingir (MICHAELIS, 2009). Quando se pensa no escopo ou abrangência da atenção

básica, é preciso considerar o seu conceito ampliado, inscrito hoje na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

A estratégia de saúde da família é a proposta prioritária do Ministério da Saúde para ampliação e organização do acesso ao sistema de saúde. Mas, com o passar dos anos, outros programas e equipes tem sido agregados ao nível da atenção básica com o propósito de fortalecer a qualidade do cuidado ofertado. São exemplos desses novos arranjos assistenciais: o Nasf, as equipes de atenção domiciliar, dentre outros (BRASIL, 2011, 2012, 2014).

Compete à atenção básica a responsabilidade pelo cuidado de sua população adstrita, sempre guiada pelo princípio da integralidade. Assim, é de sua responsabilidade a oferta de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para atender às necessidades de saúde da população.

Para lidar com as demandas e as necessidades de saúde dos usuários, é necessário que as equipes tenham, cada vez mais, alta capacidade de análise e de intervenção, em termos clínicos, sanitários e no que se refere à gestão do cuidado, inclusive daqueles usuários que requerem acesso a ofertas e tecnologias em outros pontos das redes de atenção. A integralidade requer, para a sua materialização, políticas abrangentes e generosas, existência e organização de diferentes tipos de serviços articulados em rede para dar conta de diferentes necessidades, bem como práticas profissionais eficazes no sentido do aumento dos graus de autonomia dos usuários, da redução de danos, dos riscos e das vulnerabilidades, além do aumento da potência de vida (BRASIL, 2014, p.19)

A integralidade é uma das diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde, que deve orientar todas as políticas e ações de saúde, com objetivo de atender as demandas e necessidades da população. A concretização da integralidade, como já foi visto, se dá a partir da constituição de um sistema de saúde integrado que viabilize o acesso do cidadão a todas as tecnologias de que precisa para promover e manter sua saúde. Mas, também é concretizada no cotidiano dos serviços de saúde, no fazer de cada profissional e equipe em seu lócus de atuação (SILVA; SENA, 2008).

Pensar esse micro espaço de consolidação da integralidade é considerar a forma como os profissionais se organizam para o cuidado em saúde. Nesse momento, a compreensão sobre integralidade remete a uma das primeiras

discussões sobre esse princípio que elabora uma crítica da separação entre as ações de saúde pública (preventivas) e as assistenciais (MATTOS, 2003). No agir cotidiano, os profissionais de saúde precisam superar o pensamento dicotômico e construir um cuidado em saúde mais integral, que supere os limites entre o individual e o coletivo, o preventivo e o assistencial. E essa necessidade é ainda mais imperativa quando se trata da atenção básica em saúde, devido a complexidade dos problemas com que se deparam as equipes que atuam nesse nível de atenção (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, o fortalecimento da integralidade na atenção básica pode ser concretizado, também, a partir da ampliação do escopo das ações realizadas pelas equipes nesse nível assistencial. Essa compreensão de que a integralidade, enquanto atributo da atenção básica, possa ser avaliada através do elenco de serviços ofertados, tem guiado alguns estudos internacionais (CONILL, 2004).

Starfield é uma das autoras mais relevantes no campo da atenção primária e foi uma das primeiras a propor modelos de avaliação da atenção primária nessa perspectiva (LARIZGOITIA; STARFIELD, 1997). Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, analisou as diferenças na qualidade da atenção primária no "*managed care*" através da avaliação da integralidade e com base no elenco de serviços disponíveis (STARFIELD, 1998).

Nessa mesma perspectiva, um dos estudos pioneiros no Brasil foi o de Carvalho (1991) que analisou a integralidade de serviços de saúde através de um inventário da gama de atividades, considerando-a como o "conjunto articulado de promoção, proteção, recuperação e reabilitação". Connil (2002) avaliou a implantação do PSF em Florianópolis, através de variáveis da estrutura e do processo de atenção, analisando a completude do cuidado através do elenco de serviços ofertados e de sua continuidade.

É possível constatar que vários estudos já utilizaram a análise sobre o elenco de atividades realizadas para avaliarem a abrangência de um serviço/programa de saúde, e conseqüentemente, sua coerência com o princípio da integralidade. Mas, é importante ressaltar que a abrangência é apenas uma das dimensões da integralidade. O SUS aponta para uma "percepção ampliada do princípio da integralidade, significando, além da gama de serviços, seu caráter contínuo e coordenado" (CONNIL, 2004).

Ante o exposto, a criação do Nasf pode ser considerada mais uma estratégia para fortalecer a integralidade da atenção básica, pois possibilitou a inclusão de diferentes profissões nesse nível assistencial e pode ampliar sua abrangência e as suas possibilidades de resposta diante das demandas do território (BRASIL, 2014).

A equipe do Nasf pode ofertar inovações na atenção básica, através de ações individuais ou coletivas, na perspectiva pedagógica ou assistencial, tais como grupos terapêuticos, oficinas para cuidadores, atendimentos compartilhados, entre outros. Na maioria das vezes, essas são ações que as equipes de Saúde da Família não conseguiriam realizar sozinhas, por necessitarem de conhecimentos específicos de outras categorias profissionais (BEZERRA et al., 2010; BRASIL, 2014).

3.3.1.2 *Resolutividade da atenção básica*

Resolutividade é um termo que não existe no dicionário da língua portuguesa. Encontrou-se o termo resolubilidade que é definido como “qualidade de ser resolúvel” (MICHAELIS, 2009). O Dicionário Informal (2016) define resolutividade como a capacidade de resolver ou finalizar um processo, simplificando e agilizando procedimentos.

Apesar dessa aparente lacuna para conceituação precisa do termo na língua portuguesa, é possível encontrar várias referências para a resolutividade na discussão sobre qualidade dos sistemas e/ou serviços de saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza o termo ‘resolubilidade’ e o apresenta como diretriz do SUS, definindo-a como “a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência” (BRASIL, 1990).

Um dos estudos precursores sobre resolutividade foi realizado por Simeant (1981), no Chile, onde é proposto um método de avaliação da capacidade resolutiva da demanda por atenção à saúde, envolvendo profissionais, estabelecimentos e os níveis de atenção de um sistema de saúde. Assim, haveria duas dimensões da capacidade resolutiva: quantitativa (capacidade de absorver o número de atenção solicitada) e qualitativa (capacidade de resolver os casos atendidos) (SIMEANT, 1983, 1984).

Segundo Campos (1988), o termo resolutividade passou a ser mais utilizado a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, pelos planejadores de saúde e outros atores sociais preocupados com a necessidade de avaliação qualitativa dos serviços de saúde. Para esse autor, o conceito de resolutividade quando considerado sob o ponto de vista dos profissionais de saúde, vai refletir a visão clínica dos processos saúde-doença diante dos modelos de organização do processo de trabalho prevalentes nos serviços.

Em um estudo realizado na rede pública de São Paulo, em 1986, a compreensão do conceito de resolutividade por parte dos sanitaristas era apreendida quando esses associavam a baixa resolutividade dos programas a fatores ligados a estrutura (fornecimento de medicamentos e insumos), à “falta de suficientes opções terapêuticas” e à falta de integração entre os centros de saúde e os hospitais de retaguarda (GONÇALVES, 1994). O referido autor ressaltou também que a satisfação dos usuários está frequentemente associada ao estudo de resolutividade.

Na análise de alguns estudos sobre resolutividade, observou-se que essa atribuição dos serviços de saúde tem sido analisada sob diversos aspectos, e a partir destes, buscou-se construir uma proposta de classificação das principais perspectivas utilizadas nas pesquisas de resolutividade: normativa, satisfação da população alvo e impacto sobre a qualidade de vida da população atendida. A seguir, são apresentadas as principais características e autores de cada uma dessas perspectivas:

3.3.1.2.1 Perspectiva Normativa

Desenvolve a avaliação de resolutividade a partir da definição dos objetivos, competências e metas atribuídos a cada serviço/programa de saúde.

Para Campos (1988), pensar sobre resolutividade pressupõe considerar a correlação entre os serviços e os objetivos para os quais foram criados. Esse autor, desenvolveu sua tese de doutorado na década de 80, cujo objetivo principal foi analisar e comparar a resolutividade de serviços de saúde de dois municípios.

Ao considerar o limite de competências de cada serviço, outros autores definem que a resolutividade de cada serviço está no fato destes estarem bem preparados para atender as necessidades de sua população, mesmo que isso

signifique encaminhá-lo para outro serviço para continuidade do cuidado (TURRINE; LEBRÃO; CESAR, 2008).

A organização dos serviços de saúde em níveis assistenciais que possuem papéis distintos, porém complementares, tem o objetivo de concretização da integralidade e resolutividade do sistema como um todo (TORRES et al., 2012). Assim, a análise da resolutividade dos serviços deve considerar a sua organização e atribuição por níveis de atenção e pode ser avaliada por dois aspectos: internamente, através da sua capacidade de atender a demanda e referenciar as pessoas que necessitam de atenção especializada e, também, dentro da rede de saúde, considerando desde o atendimento inicial do usuário até a sua resolução em outros níveis de atenção à saúde (TURRINE; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Algumas vezes, se incorre em um erro conceitual e metodológico ao tentar aferir níveis de resolutividade de serviços, da atenção básica por exemplo, através da redução de encaminhamentos para outros níveis de atenção. Em estudo recente, essa era a percepção dos gerentes de serviços de saúde, para os quais o grau de resolutividade estava ligado a capacidade de referenciar pouco e ser capaz de atender às expectativas dos usuários (TORRES et al., 2012).

Para ser considerada resolutiva, a unidade de saúde deve ser capaz de atender às demandas e encaminhar os casos que necessitem de atendimento mais especializado para os outros níveis assistenciais (TURRINE; LEBRÃO; CESAR, 2008). Isso não se mede de modo quantitativo, apenas. Também é fundamental a análise qualitativa para identificar se os encaminhamentos realizados estão adequados, ou seja, se são realizados quando há real necessidade e se acontecem de modo responsável e com monitoramento para garantia de acesso no outro ponto da rede. Deste modo, a compreensão de resolutividade se estenderia desde o contato inicial do usuário no serviço de atenção básica até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde (TURRINE; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Em um estudo sobre o significado atribuído por trabalhadores da saúde ao princípio da resolutividade, identificou-se que eles a compreendem como “a resolução de problemas dos pacientes, utilizando-se da consulta como um momento de escuta, de direcionamento, diálogo e de apoio”. Os entrevistados definem ainda que um serviço resolutivo é “capaz de encaminhar os pacientes quando eles não conseguem atender uma determinada demanda” e ressaltam que para

concretização da resolutividade, “o sistema de referência e contrarreferência precisa funcionar de forma apropriada” (TORRES et al., 2012, p. 824).

No caso da atenção primária, que possui como um de seus atributos essenciais a função de coordenadora do cuidado (BRASIL, 2011), sua resolutividade pode ser aferida pelo grau de resolutividade de problemas no espectro de sua competência, pela capacidade de identificar e encaminhar adequadamente os usuários que precisam de atenção em serviços especializados e também pelo exercício de coordenação do cuidado da sua população ao longo da rede de atenção.

Nos estudos sobre coordenação e ou integração entre os serviços, uma das estratégias bastante utilizadas para verificar resolutividade é a análise das trajetórias ou itinerários terapêuticos (GERHARDT, 2006; ROSA, 2006). Para Novakoski (1999), a trajetória terapêutica é o caminho de utilização de ações de cuidados com a saúde, desde o surgimento de uma doença até sua cura ou estabilização.

O percurso realizado pelo usuário em busca do cuidado à sua saúde pode revelar obstáculos existentes e o que os mesmos fazem quando não conseguem atendimento. Além disso, também podem oportunizar a compreensão sobre a efetividade dos serviços de saúde frente às necessidades de pessoas e famílias que vivenciam adoecimento (BELLATO et al., 2008; ROSA, 2006)

3.3.1.2.2 Satisfação da população alvo

Desenvolve a avaliação da resolutividade a partir da percepção dos usuários do serviço/programa de saúde sobre o desempenho deste no provimento de suas necessidades assistenciais.

Uma das formas mais frequentes de avaliar a resolutividade dos serviços de saúde tem sido através da satisfação dos usuários. Como a percepção de cada pessoa é singular, é necessário ouvi-lo para apreender o que significa para ele um serviço resolutivo (TURRINI et al., 2008). Para Rosa et al. (2011), a resolutividade corresponderia a resposta satisfatória do serviço de saúde à demanda do usuário, seja para manutenção de sua saúde, cura de doenças, ou até, alívio do seu sofrimento.

Alguns estudos tem mostrado que os usuários satisfeitos fazem uma melhor adesão aos projetos terapêuticos, aspecto que colabora muito para sua saúde física

e mental, além de favorecer o vínculo e a continuidade do tratamento (BARONEPEL, 2001; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

O termo “satisfação” é considerado um conceito vago que pode se referir a realidades e compreensões variadas (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Geralmente, a delimitação desse conceito é realizada com base nas expectativas e percepção dos usuários em relação aos serviços utilizados. Desse modo, o que se analisa, muitas vezes, é a percepção/expectativa dos usuários e não exatamente a satisfação (PARASURAMAN, 1988).

Há muitos aspectos que influenciam a satisfação dos usuários dos serviços de saúde. É uma interação que possui certa complexidade, que produz graus de aceitabilidade e satisfação diversos, posto que se baseia na subjetividade e experiências de cada indivíduo (SECLÉN-PALACIN; DARRAS, 2000).

Vale ressaltar que esse tipo de estudo precisa considerar juntamente com os níveis de satisfação dos usuários, qual é a compreensão que os mesmos tem sobre o conceito de resolutividade. Há estudos cujos resultados apontam para bons níveis de satisfação por aspectos ligados a cordialidade com que os usuários foram tratados em determinados serviços de saúde, ou pela garantia de dispensação de medicamentos (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; TRAD et al., 2002). Essas são questões que estão, sem dúvida, ligadas a uma boa resolutividade, mas que tratadas de forma isolada, não garantem a resolução dos problemas de saúde da população. Por isso, a realização desse tipo de avaliação precisa considerar métodos de pesquisa que permitam uma análise mais aprofundada da percepção dos usuários.

A ênfase nessa perspectiva de avaliação da resolutividade se baseia na compreensão de que os usuários de serviços de saúde, bem como seus respectivos cuidadores, podem ser bons juízes da qualidade da assistência que recebem e de que já existem boas estratégias para analisar a percepção dos usuários (RIGGE, 2009).

No clássico estudo de resolutividade realizado por Campos (1988), ele analisou a satisfação dos usuários concomitante à utilização de outros parâmetros para aferição da resolubilidade de dois serviços de saúde e constatou que a opinião da população coincidiu com os resultados dos indicadores que ele tomou como “traçadores” no referido estudo. O autor propôs ainda o maior uso desse tipo de

estratégia de avaliação associada a outros recursos metodológicos, a fim de melhor analisar a qualidade dos serviços de saúde.

Um bom exemplo de avaliação da satisfação foi o estudo realizado por Silva et al (2013) que analisou a percepção dos pais e cuidadores sobre a resolutividade da atenção à saúde das crianças, com base na hermenêutica-dialética. Identificaram perspectivas que apontavam a inexistência/descumprimento de atributos importantes do sistema de saúde integral como dificuldades para alcançar a resolutividade. As dificuldades de acesso, ausência de vínculo e coordenação dos serviços de saúde foram relatadas como aspectos relevantes para a baixa resolutividade, que foi evidenciada pelo não seguimento aos atributos da atenção primária a saúde (SILVA et al., 2013).

3.3.1.2.3 Impacto sobre a funcionalidade e qualidade de vida da população

Desenvolve a avaliação da resolutividade a partir do comportamento de indicadores que mensurem o nível de adoecimento, diminuição de mortes e ganho de funcionalidade na população.

Outra forma de avaliação da resolutividade é através da mensuração dos resultados de determinadas ações, serviços ou sistemas sobre a situação de saúde da população. Nessa perspectiva, para que um serviço seja considerado resolutivo, ele deve ser capaz de alterar de modo positivo a condição de saúde de um indivíduo, família ou de um grupo (DEGANI, 2002).

Comumente, são utilizados indicadores cujos atributos possuam sensibilidade e especificidade adequadas para avaliação de serviços ou intervenções específicas (GUIMARÃES; RODRIGUES; MENEZES, 2013; JANNUZZI, 2014). Assim, a resolutividade é avaliada a partir dos resultados alcançados na assistência dos usuários (TURRINE; LEBRÃO; CESAR, 2008). São exemplos desse tipo de estudo aqueles que analisam indicadores de efetividade que se distribuem em, pelo menos, três tipos: mortes evitáveis, doenças evitáveis e internações evitáveis (VICAVA et al., 2012).

São consideradas como mortes evitáveis: as que são decorrentes de eventos passíveis de prevenção através da atenção básica e outras políticas sociais; as que são por causas preveníveis através de diagnóstico precoce e tratamento oportuno; e as causadas por doenças sensíveis à assistência adequada (SIMONATO et al.,

1998). As doenças evitáveis se referem a situações que podem ser prevenidas através de intervenções assistenciais de saúde (SHEERING et al., 2006). As internações evitáveis possibilitam uma avaliação indireta da efetividade da atenção primária, pois trata-se de internações por condições sensíveis às ações deste nível de atenção. O Brasil possui “uma lista nacional de condições sensíveis à atenção primária, utilizada para o cálculo do indicador referente ao conjunto desse tipo de internações” (VICAVA et al., 2012).

Há muitos estudos sobre a resolutividade da atenção primária em saúde, a partir da redução dos indicadores de internação hospitalar por causas sensíveis à esse nível de atenção. Nessas pesquisas, demonstra-se que altas taxas de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a déficits na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária (ALFRADIQUE et al., 2009; NEDEL et al., 2008).

A utilização das internações por condições sensíveis à atenção primária como indicador do acesso e qualidade da assistência iniciou nos Estados Unidos e se disseminou para outros países, incluindo o Brasil. É considerado um indicador importante para monitoramento e a avaliação (ALFRADIQUE et al., 2009; CAMINAL et al., 2004).

Em suma, a literatura científica evidencia que a resolutividade tem sido analisada a partir de diferentes abordagens, investigando aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros (CAMPOS, 1988; GONÇALVES, 1994; ROSA, 2006; TURRINE; LEBRÃO; CESAR, 2008).

3.3.1.3 Coordenação assistencial da atenção básica

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que a atenção básica deve coordenar a rede de atenção à saúde e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (BRASIL, 2011).

A coordenação assistencial é um atributo importante para mudar o modelo de produção em saúde e é compreendida como um acordo de todos os serviços que

compõe a rede de atenção, independente do lugar onde se oferte, de maneira que estes serviços se harmonizem em prol de um objetivo comum. Nessa perspectiva, a coordenação assistencial se centra na interação entre os provedores de serviços de saúde (TERRAZA; VARGAS; VÁSQUEZ, 2006).

A coordenação assistencial possui três dimensões: de informação, gestão clínica e administrativa. A coordenação da informação inclui a transferência e utilização de conhecimento sobre a história clínica e aspectos biopsicossociais do paciente entre os diversos níveis de atenção que o mesmo utiliza (BERTRAN, 2006). A coordenação da gestão clínica é a garantia de cuidado de maneira sequencial e complementar pelos diferentes serviços que compõem os níveis de atenção (VARGAS et al., 2011) e se caracteriza por três subdimensões: coerência da atenção, acessibilidade entre níveis e o seguimento adequado do paciente. E a coordenação administrativa compreende os mecanismos para garantia do acesso do paciente ao longo da linha de cuidado de acordo com as suas necessidades (VARGAS et al., 2015) e também possui três subdimensões: a existência de mecanismos para a coordenação administrativa, a referência administrativa do paciente a unidade adequada, programação prévia do atendimento na transição entre níveis.

Diversas estratégias vêm sendo implementadas no Brasil com vistas a fortalecer a resolutividade da AB e o seu papel de coordenação das redes de atenção. No entanto, alguns estudos apontam que a Estratégia de Saúde da Família ainda não conseguiu se concretizar como um serviço de primeiro contato resolutivo e de qualidade. O acesso aos serviços especializados continua sendo difícil, apesar dos diversos mecanismos implantados de referência e contrarreferência e das centrais de regulação ambulatoriais que objetivam organizar o fluxo assistencial em diversos municípios (CECÍLIO et al., 2012; SOUSA et al., 2014).

Além disso, a inexistência de mecanismos efetivos de integração assistencial e a persistência de um modelo de organização de processo de trabalho centrado em procedimentos que gera um excesso de demandas administrativas e assistenciais para as equipes de saúde da família, dificultam a realização de ações de coordenação assistencial (CECÍLIO et al., 2012; SOUSA et al., 2014).

Uma das iniciativas implementadas no Brasil, com vistas a fortalecer a resolutividade da AB e o seu papel de coordenação das redes de atenção, foi a

implantação, em 2008, dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2014).

O formato de atuação do Nasf lhe confere uma maior possibilidade de “trânsito” entre diversas equipes e serviços que lhe possibilita maior potência para interlocução com os diversos pontos da rede de atenção (BRASIL, 2014). Quando essa atuação é organizada com objetivo de favorecer a comunicação e a troca entre essas equipes e serviços, o Nasf pode assumir um importante papel na potencialização da coordenação intranível (entre as equipes que operam na atenção básica) e interníveis (entre a atenção básica e os demais serviços de saúde e/ou órgãos de outros setores).

A coordenação do cuidado tem sido analisada em vários estudos através de métodos quantitativos e qualitativos, principalmente a partir da percepção dos trabalhadores, gestores e dos usuários. Para uma avaliação mais completa, seria necessário analisar aspectos/variáveis que contemplassem os três tipos de coordenação: informação, gestão clínica e administrativa (TERRAZA-NUÑES; VARGAS; VÁSQUEZ, 2006; VÁSQUEZ et al., 2009).

A coordenação da gestão clínica pode ser investigada a partir das dimensões: a) consistência da atenção (geralmente identificando o grau de adesão aos protocolos clínicos e guias de rotina de serviços, a existência de procedimentos duplicados ou desnecessários como exames, prescrição de medicamentos similares ou contraindicados (ALLER et al., 2012). Outro aspecto que pode ser estudado é o seguimento e a acessibilidade entre níveis assistenciais que podem ser verificados, por exemplo, através da existência de consultas de seguimento, do tempo e das interrupções que se produzem quando os usuários tenta acessar os serviços de outro nível de atenção. (ALLER et al., 2012; JEE; CABANA, 2006).

Há poucos estudos sobre a avaliação da coordenação administrativa. Mas, um recente estudo que analisou a coordenação entre níveis assistenciais no Brasil e Colômbia, identificou a existência e utilização de alguns mecanismos de coordenação administrativa (VARGAS et al., 2015).

Diversas outras pesquisas também avaliaram a coordenação do cuidado a partir das percepções opiniões de gestores e profissionais de saúde, utilizando entrevistas e grupos focais como métodos frequentes para coleta dos dados (BANFIELD et al., 2013; CAMPOS et al., 2011; HENAO et al., 2009; RODRIGUES et al., 2014; SISSON et al., 2011).

Essa diversidade de abordagens metodológicas nas pesquisas sobre coordenação do cuidado fazem parte do esforço de compreensão sobre os instrumentos ou estratégias mais efetivas para implementação desse atributo no cotidiano dos serviços que conformam a rede de atenção à saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A vida não se faz de vez.

(PONTES; MENEZES FILHO; COSTA, 2005)

A construção de uma pesquisa se parece com um caminho, cheio de desafios, onde se faz necessário parar, refletir, (re)olhar as metas traçadas e as opções disponíveis para chegar ao caminho desejado. O primeiro passo parece-nos sempre ser melhor, quando nasce do desejo, da vontade de conhecer mais aquilo que já nos toca, que nos move. E foi assim que aconteceu nessa pesquisa.

A escolha do objeto foi norteada pela implicação da pesquisadora com o tema. Já o delineamento do fenômeno a ser estudado, ou seja, o processo de elaboração e rebuscamento da questão norteadora da pesquisa envolveu sucessivas aproximações reflexivas sobre o objeto e as suas lacunas de conhecimento. Em seguida, veio o segundo desafio: como realizar esse estudo? E é nessa etapa que é preciso se debruçar e, mais uma vez, ler-refletir-discutir sobre o método e as técnicas que atenderiam a missão de identificar as evidências científicas que podem responder a nossa pergunta de pesquisa.

Nessa busca, encontrou-se no arcabouço teórico da avaliação em saúde (GUBA; LINCOLN, 2011; HARTZ, 2005; SANTOS FILHO, 2007; 2009) e dos métodos quantitativo e qualitativo (MINAYO; SANCHES, 1997), os subsídios para delineamento do percurso metodológico.

4.1 Caracterização do estudo

Esta é uma pesquisa avaliativa, com o desenho do tipo estudo de caso, que utilizou uma abordagem imbricada de estratégias quantitativa e qualitativa para coleta dos dados.

4.1.1 Pesquisa avaliativa: construindo uma proposta para o Nasf

A pesquisa avaliativa pode ser conceituada a partir do seu objetivo que consiste, prioritariamente, em fazer um “juízo *ex-post*” de um programa/

intervenção através da utilização de métodos científicos. A análise das interações entre os sujeitos, experiências e processos que fazem parte do cotidiano dos serviços corroboram para uma compreensão mais abrangente do que a identificada com o uso, apenas, de instrumentos para “aferir” os resultados da ação (VIEIRA DA SILVA, 2005).

Ante o exposto e considerando a lacuna de modelos específicos para avaliar a atuação do Nasf, optou-se em construir uma matriz de avaliação dos resultados/efeitos do Nasf. Esse modelo teórico foi construído com base nas Portarias MS Nº 154/2008, Nº 3.124/2012, no Caderno de Diretrizes do Nasf, publicado em 2010, e no Caderno de Atenção Básica do Nasf Nº 39, publicado em 2014 (BRASIL, 2008; 2010; 2012; 2014).

O modelo teórico construído é composto por três dimensões que correspondem aos seus principais objetivos: ampliação do escopo; ampliação da resolutividade e da coordenação da atenção. Para cada uma dessas dimensões, foram apresentadas as atividades e os possíveis resultados intermediários e final (Figura 1).

Na dimensão que corresponde ao objetivo de ampliação do escopo, inclui-se atividades que devem viabilizar a ampliação do perfil de agravos enfrentados e o cardápio de ofertas da atenção básica. Na dimensão da resolutividade, contemplou-se as ações referentes a capacidade de acolher e resolver da atenção básica, um amplo leque de demandas e, o encaminhamento adequado para outros níveis assistenciais os usuários que necessitarem. E no componente da coordenação da atenção, foram incluídas as atividades que podem fortalecer a atenção básica para o exercício dessa função como: ampliar troca e utilização de informações sobre os usuários atendidos; utilizar mecanismos que viabilizem a coerência do cuidado e a garantia de acesso a outros níveis de atenção.

Figura 1 – Modelo teórico do Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OBJETIVOS DO NASF	ATIVIDADES	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADOS FINAIS
AMPLIAÇÃO DO ESCOPO	Realizar grupo educativo	Desenvolvimento de ações de promoção e prevenção	Melhora na funcionalidade e qualidade de vida dos usuários e famílias acompanhados na atenção básica (eSF e Nasf)
	Articular ação intersetoriais		
	Realizar atividades de promoção a saúde (estímulo a atividade física; alimentação saudável, diminuição da obesidade, diminuição do tabagismo)	Desenvolvimento de ações de promoção e prevenção	
	Realizar visita domiciliar e atendimento específico	Desenvolvimento de ações de atenção e reabilitação	
	Realizar atendimentos compartilhados, grupo terapêutico, construção de PTS, reunião de equipe, oficinas de educação permanente.	Ampliação/modificação no cardápio de ofertas da AB	
	Realizar ações de prevenção/atenção a sobrepeso/obesidade	Ampliação no perfil de problemas e agravos enfrentados na AB	
	Realizar ações de prevenção/atenção no âmbito da saúde mental		
	Realizar ações de prevenção/atenção no âmbito da saúde funcional e atenção a pessoa com deficiência		
Realizar ações de promoção/atenção no âmbito das práticas integrativas			
Resolutividade	Realizar atividades de apoio técnico-assistencial	Adequação do processo de trabalho às diretrizes do MS	Melhora na funcionalidade e qualidade de vida dos usuários e famílias acompanhados na atenção básica (eSF e Nasf)
	Realizar atividades de apoio técnico-pedagógico		
	Ampliar a capacidade das eSF absorver e resolver as demandas no nível da AB	Absorção e resolução dos problemas na AB	
	Apoiar as eSF na qualificação dos encaminhamentos para outros níveis assistenciais	Adequação dos encaminhamentos para outros níveis assistenciais	
	Buscar satisfação dos profissionais das eSF com o apoio do Nasf/matricial	Satisfação das eSF com o apoio do Nasf	
Coordenação do cuidado	Utilizar mecanismos de transferência de <u>informação intra e inter-níveis</u>	Transferência e utilização da informação (sobre história clínica e aspectos biopsicossociais do paciente)	Melhora na funcionalidade e qualidade de vida dos usuários e famílias acompanhados na atenção básica (eSF e Nasf)
	Utilizar informações compartilhadas na construção dos projetos terapêuticos		
	Existência de objetivos clínicos e tratamentos compartilhados (intranível e interníveis)	Existência de coerência de atenção	
	Adequação clínica da transferência do paciente		
	Monitoramento do acesso	Garantia de acessibilidade entre níveis assistenciais e seguimento adequado do paciente	
	Existência de responsável pelo seguimento clínico		
	Utilizar mecanismos para coordenação administrativa (central de regulação, protocolo assistencial)	Utilização de mecanismos e estratégias de coordenação administrativa	
	Realizar referenciamento a unidade adequada		
Realizar programação previa do atendimento no referenciamento entre níveis			

Fonte: Elaborado pela autora.

Para prosseguir no desenho da avaliação, é necessário a definição dos indicadores e/ou critérios para mensurar/analisar os resultados identificados.

Considerando o aspecto inovador do Nasf e a complexidade de seus objetivos e organização do seu processo de trabalho, ainda não há um elenco de indicadores validados para aferir seus resultados. Os que tem sido utilizados estão baseados na aferição da produção de algumas atividades realizadas pelo Nasf, tais como: número de reuniões, número de atendimentos, etc. (NÓBREGA, 2013; SILVA, 2014).

Desse modo, optou-se por analisar o que nomeou-se (no modelo lógico) de resultados intermediários que, na compreensão desse estudo, são os resultados produzidos no processo de trabalho das eSF apoiadas. Para cada tipo de resultado elencou-se um critério, chamado de 'condição verificadora', para analisar a existência ou não desses resultados. Inspirada no conceito de 'traçador', elaborado por Kessner (1973), se propôs a definição de condição verificadora, a partir da compreensão de que a existência de determinada condição seria consequência da adequada organização e realização das atividades preconizadas para determinado serviço ou arranjo assistencial e, ao mesmo tempo, pré-requisito para alcançar os resultados finais desse mesmo serviço ou arranjo assistencial.

Assim, a existência das condições verificadoras seria um critério utilizado para analisar o alcance dos resultados intermediários do Nasf junto às eSF. Para análise desses critérios, seria necessário levar em consideração aspectos referentes tanto à avaliação de processo como de resultados.

Na construção das condições verificadoras, tomou-se como base o modelo teórico elaborado e o referencial teórico desse estudo para construir a matriz de avaliação dos resultados intermediários do Nasf, conforme sistematizado no Quadro 1. Em seguida, optou-se por aplicar esse modelo de avaliação em uma equipe Nasf e no seu território de atuação, que deu origem a esse estudo de caso único.

Quadro 1 - Matriz de avaliação dos resultados intermediários do Nasf, 2016.

Objetivo do Nasf	Condição verificadora	Referencial teórico
ampliação do escopo e abrangência da AB	Desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação	Concepção ampliada de APS: Brasil, 2014, 2011; Starfield, 2002.
	Ampliação/modificação no cardápio de ofertas da AB Ampliação no perfil de problemas/agravos enfrentados na AB	Avaliação da integralidade através do elenco de serviços ofertados: Conill, 2004, 2002; Larizgoitia, Starfield, 1997;
Ampliação da resolatividade da AB	Processo de trabalho adequado ao objetivo do NASF	Perspectiva Normativa: Turrine; Lebrão; Cesar, 2008; Campos, 1988.
	Capacidade de absorção e resolução dos problemas na AB	Perspectiva normativa (resolatividade intra-nível): Turrine; Lebrão; Cesar, 2008;
	Adequação do perfil de encaminhamento p outros níveis assistencias	Perspectiva normativa (resolatividade intra-nível): Turrine; Lebrão; Cesar, 2008;
	Satisfação dos profissionais das eSF apoiadas	Perspectiva satisfação do usuário (eSF como usuárias prioritárias do Nasf): Rosa et al, 2011; Turrini et al. 2008
Coordenação do cuidado	Transferência e utilização da informação sobre a história clínica e aspectos biopsicossociais do paciente informação	Coordenação da informação: Terraza-Nuñez, Vargas, Vásquez, 2006; Bértran, 2006.
	Existência de coerência da atenção	Coordenação da gestão clínica: Terraza-Nuñez, Vargas, Vásquez, 2006; Vargas et al, 2011.
	Acessibilidade entre níveis	
	Seguimento adequado do paciente	Coordenação administrativa: Vargas et al, 2015
	Existência de mecanismos para a coordenação administrativa	
	referência administrativa do paciente a unidade adequada	
programação prévia do atendimento na transição entre níveis		

Fonte: elaborado pela autora

4.1.2 Porquê estudo de caso?

Escolheu-se realizar um estudo de caso único em um dos municípios pioneiros na implantação do Nasf no estado de Pernambuco e que já havia participado de um estudo anterior realizado pelo grupo de pesquisas AcesSUS.

A necessidade de realizar um estudo de caso surge do desejo de compreender fenômenos sociais complexos, tais como são os objetivos propostos por essa pesquisa. Esse tipo de estudo é a estratégia mais escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, onde não se podem manipular comportamentos relevantes (YIN, 2005).

Considerando que o Nasf é uma inovação muito recente na organização do cuidado no âmbito da atenção primária brasileira, e que, ainda há poucos registros na literatura científica sobre a organização do seu processo de trabalho e, menos

ainda, sobre os seus resultados, é que elegeu-se o “estudo de caso” como a estratégia de pesquisa mais adequada à essa temática.

O estudo de caso se caracteriza como um tipo de pesquisa cujo objetivo é realizar uma análise profunda de um dado objeto de estudo, buscando abrangê-lo na maior amplitude possível de suas ações (HARTZ, 1997). O objetivo é levantar a maior quantidade possível de dados sobre o caso, objetivando informações de maior especificidade e profundidade que respondam ao “como” e “por que” (YIN, 2005).

Os estudos já realizados (BEZERRA, 2013; NAKAMURA; LEITE, 2016; NASCIMENTO, 2014; MARTINS et al., 2015; SAMPAIO et al., 2012) evidenciam que não há padronização na organização do processo de trabalho do Nasf, e que sua operacionalização depende muito do contexto local e do perfil dos profissionais contratados para trabalhar. Além disso, as estratégias de organização do trabalho propostas para o Nasf são inovadoras e é a partir do cotidiano dessas equipes que estão atuando nos municípios que tal proposta pode ser melhor compreendida (BARROS et al., 2015). Nesse cenário, o estudo de caso oportuniza uma análise em profundidade dos resultados das ações do processo de trabalho do Nasf e a correlação com os aspectos que influenciam na sua organização.

Segundo Hartz (1997), nesse tipo de estudo o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise e a observação é realizada no interior de cada caso. A potencialidade explicativa desse tipo de investigação está baseada na profundidade da análise do caso e não no número de unidades de análise.

Na realização de um estudo de caso, é importante a escolha de um modelo teórico que, segundo Campbell (1975), desenvolveria uma função semelhante aos graus de liberdade em análise estatística. Para Hartz (1997), seria o nível de “conformidade entre um conjunto de proposições teóricas derivado de um mesmo modelo e a realidade empírica observada” que permitiria realizar uma crítica sobre o valor explicativo deste. Para fortalecer a validade interna de estudos como esse, é necessário a observação de dois aspectos: a qualidade da articulação teórica que embasa o estudo e a coerência entre o modelo de análise escolhido e o modelo teórico (CAMPBELL, 1975; HARTZ, 1997; YIN, 2005).

Outro aspecto relevante para validade de um estudo de caso reside na estratégia escolhida para coleta dos dados (HARTZ, 1997). Por isso, escolheu-se realizar uma estratégia de triangulação de dados (MINAYO, 2010), onde utilizaremos

vários instrumentos para coleta de dados e uma combinação de distintas dimensões de análise para compreensão do fenômeno estudado.

Ainda no intuito de fortalecer a validade interna desse estudo, o relatório dessa pesquisa foi submetido à alguns informantes-chaves, conforme recomendação de Yin (2005). Estes informantes exerceram um papel de revisores da descrição dos resultados e tiveram liberdade para tecer críticas ou até se opor à interpretação final dos achados, mas precisaram estar em concordância com a descrição dos resultados (HARTZ, 1997). Foram convidados alguns dos sujeitos que colaboram nessa pesquisa e participaram do processo de coleta de dados (3 entrevistados e 2 entrevistadores) com objetivo de analisarem e opinarem sobre a veracidade dos fatos e os procedimentos observados ao longo da pesquisa.

Ao discorrer sobre os tipos de estudo de caso, Yin (2005) classifica quatro desenhos: caso único (análise holística); caso único com níveis de análise imbricados; casos múltiplos com um só nível de análise; e casos múltiplos com vários níveis de análise imbricados.

Os estudos de caso que se desenvolvem com base em um único nível de análise, pesquisam em profundidade um fenômeno, e ao final realizam uma descrição e/ou explicação global, sem focar os componentes específicos que estruturam o objetivo de estudo. Já as pesquisas que se baseiam em vários níveis de análise, potencializam sua capacidade de atingir diferentes níveis de explicação de uma mesma situação (YIN, 2005). Nesta pesquisa, optou-se pelo estudo de caso único com níveis de análise imbricados.

Assim, os resultados desse tipo de pesquisa são “generalizáveis a proposições teóricas e não a populações ou universos”. Esse tipo de estudo não representa uma amostragem, e, ao fazer isso, “seu objetivo é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística)” (YIN, 2005).

4.2 Período e área do estudo

O estudo foi realizado no município de Camaragibe-PE, no período de janeiro a junho de 2015.

Esse município foi escolhido por ter sido um dos pioneiros na implantação do Nasf no estado de Pernambuco. Além disso, tem 95% de sua população coberta

pela Estratégia de Saúde da Família e as equipes do Nasf cobrem 100 % dessas eSF (CAMARAGIBE, 2015).

Camaragibe corresponde a cerca de 2% do território da Região Metropolitana do Recife (RMR). Está localizado a 16 quilômetros (km) da capital, com uma área territorial de 55.083 km². É um município totalmente urbano com uma população de 144.506 habitantes (IBGE, 2010).

A rede básica de saúde do município é composta por 40 Unidades de Saúde da Família (USF), comportando 42 Equipes de Saúde da Família (eSF), uma equipe do Programa de Agente Comunitário de saúde (PACS), 09 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e 04 equipes Nasf.

Considerado como pioneiro na implantação da atenção primária à saúde e precursor de arranjos de produção da saúde considerados inovadores, o município de Camaragibe já foi objeto de vários estudos (BEZERRA et al., 2010; CASÉ, 2002; NASCIMENTO, 2014; RODRIGUES, 1998; SANTOS et al., 2007).

Suas ações estão hierarquizadas em níveis de complexidade da atenção à saúde. Para a atenção básica, a estratégia de saúde da família é a principal porta de entrada do sistema para atender às demandas da população.

Atualmente, o município conta com uma rede própria formada por: 01 Centro de Saúde; 01 Laboratório Municipal 24 horas - LAMUC; 01 Laboratório de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino (LAMPREV); 01 COAS/Centro de Atenção à Saúde do Homem e da Mulher de Camaragibe - CASHMUC; 14 Residências Terapêuticas; 01 Núcleo de Reabilitação Física; 01 Maternidade Municipal; 03 Centros de Especialidades Médicas Urgência/Emergência (CEMEC); 01 Centro de Especialidades Odontológicas – CEO; 01 Central de Regulação de Procedimentos Especializados (CERPEC); 01 Unidade Móvel Oftalmológica; 02 Unidades de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; 01 Centro de Atenção Psicossocial; 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil; 01 Centro de Atenção Psicossocial para tratamento ao usuário de álcool e outras drogas (CAPS AD); 01 Serviço de Atenção Especializada em DST/HIV/AIDS – SAE; 01 Farmácia Popular; 01 Central de Abastecimento Farmacêutica; 04 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf; 01 Centro de Desinstitucionalização Renascer Km 10 (CAMARAGIBE, 2014).

Figura 2 - Rede de atenção à saúde de Camaragibe (PE).



Fonte: Camaragibe (2013)

Para complementar essa rede, o município contratou alguns serviços Complementares: 02 Laboratórios de Patologia Clínica; 01 serviço especializado e conveniado de odontologia – Faculdade de Odontologia de Pernambuco – (FOP), 01 prestador de serviços oftalmológicos e um serviço de mamografia móvel (Amigos do Peito) (CAMARAGIBE, 2013).

O referido município está organizado administrativamente em 4 regiões sanitárias, chamadas de territórios de saúde (TS). Para coleta dos dados, o Território de Saúde escolhido como estudo (TSe) é composto por 10 eSF e 09 unidades de saúde da família. Foi escolhido pelo fato de ter sido um dos primeiros a ter um Nasf implantado e, também, apresentar menor rotatividade na composição dessa equipe. Além disso, esse TS apresenta fácil acesso geográfico às USF, aspecto positivo para viabilidade da coleta dos dados.

4.3 Coleta de dados

4.3.1 Abordagem metodológica quantitativa e qualitativa: imbricamento de estratégias

Para Minayo e Sanches (1993), o conhecimento científico é uma busca de articulação entre teoria e realidade, sendo o método como uma linha condutora para se formular esta vinculação. Por isso, a escolha do método utilizado em uma pesquisa deve guardar coerência entre o referencial teórico que guia o estudo e atender à necessidade de investigação requerida pelo fenômeno pesquisado.

O método quantitativo é caracterizado como aquele que tem como objetivo revelar dados, indicadores e tendências observáveis. É frequentemente utilizado para analisar grandes aglomerados de dados, classificando-os e tornando-os compreensíveis através de variáveis (MINAYO; SANCHES, 1993). Já o método qualitativo é caracterizado pela potencialidade de maior profundidade da complexidade de fenômenos e processos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos com maior intensidade (MINAYO; SANCHES, 1993).

No campo da epistemologia, nenhum dos métodos é cientificamente superior. Têm características diferentes e sua relevância está atrelada ao objetivo da pesquisa e às características do fenômeno estudado (MINAYO; SANCHES, 1993). No delineamento dessa pesquisa, considerou-se ser necessária a utilização de múltiplas abordagens metodológicas com vistas a ampliação e aprofundamento da coleta das evidências que poderiam responder nosso problema de estudo. Por isso, optou-se por uma abordagem mista, utilizando estratégias quantitativas e qualitativas, servindo-se da possibilidade de complementariedade de análise que essa articulação entre os métodos permite (SERAPIONI, 2000).

4.3.2 Técnicas para coleta

Diante da necessidade de se obter diversas informações para concretização do estudo, será realizada uma triangulação de técnicas para coleta de dados.

4.3.2.1 Técnica quantitativa

Para coleta dos dados referentes à produção dos profissionais, foram analisados livros, existentes em cada unidade de saúde, onde os profissionais do Nasf registram sua produção. Para isso, foi elaborado um roteiro simplificado composto por campos específicos para registro sobre o tipo de atividade desenvolvida (assistenciais e pedagógicas) e o perfil da demanda atendida (sexo, faixa etária, diagnóstico/queixa e o desfecho).

Nessa etapa, foram definidas as seguintes variáveis:

- a) Atividade: Ação realizada pelo profissional do Nasf que pode ser: atendimento específico, atendimento compartilhado, atendimento domiciliar, reunião, grupo.
- b) Profissional: Categoria profissional que realizou atividade
- c) Nome do usuário – Nome completo do usuário atendido por profissional do Nasf (variável requerida para as ações assistenciais: atendimento e visita)
- d) Prontuário – Número do prontuário da família sob o qual o usuário está cadastrado na unidade de saúde da família (variável requerida para as ações assistenciais: atendimento e visita)
- e) Idade: idade (anos) do usuário no dia do atendimento (variável requerida para as ações assistenciais: atendimento e visita).
- f) Sexo: feminino ou masculino (variável requerida para as ações assistenciais: atendimento e visita)
- g) Motivo: Queixa principal ou CID (variável requerida para as ações assistenciais: atendimento e visita)
- h) Profissionais participantes: categorias profissionais que compartilharam a atividade (variável requerida para as ações assistenciais: atendimento e visita e também para os grupos educativos/terapêuticos)
- i) Encaminhamento: desfecho da atividade assistencial que pode ser: orientação, retorno para novo atendimento, encaminhamento para outros profissionais ou serviços (variável requerida para as ações assistenciais: atendimento e visita)
- j) Tipo de grupo: educativo (quando o foco é orientação preventiva para população, exemplo: Hiperdia, adolescentes, gestantes, etc); ou terapêutico

(quando o foco é de tratamento para grupo específico de usuários que possuam necessidades comuns, exemplo: grupo de coluna, de nutrição, etc.)

- k) Tipo de reunião: reunião entre eSF e Nasf, entre Nasf e coordenação, reunião da equipe Nasf.
- l) Tema: Principal assunto abordado no grupo ou reunião.

4.3.2.2 *Técnica qualitativa*

Nessa dimensão, utilizou-se um elenco maior de técnicas. Os dados foram coletados através de análise documental, grupo focal e observação participante.

4.3.2.2.1 Análise documental

Segundo Oliveira (2007), os documentos são registros escritos que possuem dados que podem colaborar na apreensão de fatos e relações. A análise documental pode ser definida como uma técnica que “consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos” (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

São consideradas como vantagens dessa técnica: o baixo custo e a estabilidade das informações por serem “fontes fixas” de dados, e o fato de ser uma técnica que não altera o ambiente ou os sujeitos (OLIVEIRA, 2007).

Nessa pesquisa, a análise documental foi escolhida como uma das técnicas da abordagem qualitativa cujo objetivo é o tratamento dos dados registrados para correlacionar com os demais dados oriundos de outras fontes e assim, possibilitar a compreensão do fenômeno estudado. Nessa etapa, foram coletados: a) uma cópia do protocolo municipal do Nasf onde consta as principais diretrizes definidas para organização do Nasf no município, bem como a definição das atividades que a equipe deve realizar. b) cópia das atas de reunião do Nasf e sua coordenação.

Com essa técnica, buscou-se identificar informações importantes sobre o objetivo e metas propostas para o Nasf, a normatização sobre os tipos de atividades do Nasf, os principais temas e encaminhamentos das reuniões para organização do processo de trabalho das equipes.

4.3.2.2.2 Grupo focal

O grupo focal é uma técnica que possibilita a coleta de dados a partir de encontros e discussões coletivas entre pessoas que possuem características comuns de vida, trabalho, ou pensamento. Nesses grupos, pode ser possível identificar conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes, e possibilita uma análise em profundidade de dados obtidos nessa situação de interação grupal (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

A escolha de realizar os grupos focais como técnica de coleta de dados se deu, ao considerar-se o que comenta Minayo (2000, p.129):

[...] no âmbito de determinados grupos sociais atingidos coletivamente por fatos ou situações específicas, desenvolvem-se opiniões informais abrangentes, de modo que, sempre que entre membros de tais grupos haja intercomunicação sobre tais fatos, estes se impõem, influenciando normativamente na consciência e no comportamento dos indivíduos.

Considerando que as percepções, atitudes e opiniões são socialmente construídas, Westphal, Bógus e Faria (1996) afirmam que a expressão das mesmas são mais facilmente identificadas durante um processo de interação em que os comentários de alguns sujeitos podem fazer emergir a opinião de outros. Além disso, durante os grupos focais, é possível perceber não somente 'o quê' pensam os sujeitos, mas também 'porquê' eles pensam de determinada forma (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996). Esse tipo de técnica possibilita a análise da percepção do grupo (equipe Nasf, eSF e/ou NRC) e não apenas a opinião dos indivíduos. O discurso do grupo pode, inclusive, evidenciar o que há de consenso e de contradição na percepção do coletivo (MINAYO, 2010).

Com essa compreensão, o grupo focal pareceu ser uma técnica bastante apropriada aos propósitos desse estudo e, além disso, os espaços coletivos de discussão e análise possibilitam o desenvolvimento da capacidade crítica dos sujeitos, onde a autoanálise do seu processo de trabalho gera certa desacomodação do pensar e fazer com potência para intervenções no cotidiano dos serviços (SOUSA, 2010).

Observando as recomendações de Trad (2009), vários aspectos foram considerados no planejamento e realização dos grupos focais, dentre eles: a) roteiro

com perguntas chaves (e secundárias para utilizar quando necessário); b) recursos (local adequado, equipamento audiovisual); c) número de participantes; d) perfil e seleção dos participantes; e) tempo de duração.

Ao todo foram realizados quatro grupos focais, sendo dois com profissionais que compõem as equipes de saúde da família (médico, enfermeiro, dentista e ACS); um com os profissionais que atuam nos serviços de referência do município (psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros); e um com a equipe do Nasf.

A escolha dos participantes foi intencional a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- a) Pertencer a equipes de SF e Nasf que atuam no TSe ou em serviços especializados que sejam referências para esse território;
- b) Equipes com menor rotatividade na sua composição;
- c) Profissionais que trabalhem no/com Nasf há, pelo menos, 2 anos;
- d) Interesse e disponibilidade para participar do estudo.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os grupos focais foram previamente agendados e realizados em data e local mais conveniente para cada equipe. Cada um durou em média 90 minutos e foi coordenado por duas colaboradoras da pesquisa, uma na função de mediação das discussões e outra na observação do comportamento dos participantes. As discussões foram gravadas em áudio e vídeo e, posteriormente, transcritas.

Foram sujeitos do estudo, os profissionais das equipes de saúde da família, profissionais do Nasf e profissionais do núcleo de reabilitação municipal.

Quadro 2 - Composição dos grupos focais da pesquisa.

Equipe	Categoria profissional	Quantidade
eSF_X	Enfermeiro	1
	Médico	1
	Agentes Comunitários de Saúde	5
	Cirurgião dentista	0
	Técnico de enfermagem	1
eSF_y	Enfermeiro	1
	Médico	1
	Agentes Comunitários de Saúde	7
	Cirurgião dentista	1
	Técnico de enfermagem	1
Nasf	Auxiliar saúde bucal	1
	Psicólogo	1
	Fisioterapeuta	1
	Nutricionista	1
	Psiquiatra	1
NRC	Fonoaudiólogo	1
	Psicólogo	1
	Fisioterapeuta	6
	Fonoaudiólogo	2
	Assistente social	1
Total	Terapeuta Ocupacional	1
		36

Fonte: Elaborado pela autora

4.3.2.2.3 Observação participante

A observação participante é considerada uma técnica de pesquisa bem importante para compreender a complexidade de muitos fenômenos. Como técnica deve ser antecipadamente planejada de acordo com os objetivos da pesquisa (QUEIROZ et al., 2007). É uma estratégia muito adequada quando se busca apreender o maior número de informações de modo dinâmico sobre um fenômeno (MINAYO; DESLANDES, 1998).

Essa técnica apresenta como vantagens: a possibilidade de obtenção da informação durante a ocorrência espontânea da situação, uma maior proximidade com o contexto pesquisado, experiência pessoal do fenômeno no exato lugar de seu acontecimento (QUEIROZ et al., 2007).

Nessa pesquisa, a observação participante foi realizada em reuniões entre equipes: saúde da família e Nasf; entre as 4 equipes Nasf do município; e entre Nasf

e Núcleo de Reabilitação. Após a vivência de cada atividade, alguns registros foram feitos no Diário de Camp da pesquisadora que buscava focar sempre os aspectos considerados mais relevantes: a) rotina de atividades das equipes; b) os temas e pautas discutidas nas reuniões; c) a interação entre os profissionais.

4.3 Análise dos dados

Os dados quantitativos coletados dos livros de registro de atividades foram organizados e analisados de acordo com a frequência simples e proporcionalidade das variáveis construídas.

Para análise qualitativa, procedeu-se uma etapa de sistematização e validação dos dados. Os grupos focais foram transcritos e, junto com os registros da observação participante e da análise documental, foram submetidos a análise temática, onde o conteúdo foi organizado e estruturado seguindo a sequência: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (MINAYO, 2001).

A análise temática é um método interpretativo de análise de dados. Através da identificação, análise e descrição de padrões ou temas, permite apresentar e organizar os dados de uma forma sintética (BRAUN; CLARKE, 2006). Para Minayo (2001), realizar uma análise temática "consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado".

O Quadro 3 contém o plano de análise dessa pesquisa, que consiste na correlação entre os objetivos do estudo, as condições verificadoras avaliadas, os métodos de coleta e análise de dados e as fontes de informações utilizadas.

Quadro 3 - Plano de análise da pesquisa, maio de 2016.

Objetivo da pesquisa/ objetivo do Nasf	Método e técnica de pesquisa	Fonte de informação
<p>Objetivo 1: Descrever o elenco e quantitativo de atividades realizadas pelo Nasf e o perfil dos usuários atendidos.</p> <p>Objetivo do Nasf: ampliação de escopo/integralidade</p>	<p>Métodos: quantitativo e qualitativo</p> <p>Técnicas: roteiro para registro da produção; análise documental; grupo focal</p>	<p>Registros de produção do Nasf</p> <p>Protocolo Municipal de Diretrizes do Nasf</p> <p>Profissionais das eSF e Nasf</p>
<p>Objetivo 2: Analisar a percepção dos profissionais das eSF, do Nasf e dos serviços de referência sobre a atuação do Nasf e a ampliação da resolutividade.</p> <p>Objetivo do Nasf: ampliação da resolutividade</p>	<p>Métodos: quantitativo e qualitativo</p> <p>Técnicas: roteiro para registro da produção; Observação participante; grupo focal</p>	<p>Registros de produção do Nasf.</p> <p>Profissionais das eSF, Nasf e Núcleo de Reabilitação Municipal</p>
<p>Objetivo 3: Analisar o papel do Nasf no fortalecimento da coordenação do cuidado das eSF.</p> <p>Objetivo do Nasf: Fortalecimento da coordenação do cuidado</p>	<p>Método: qualitativo</p> <p>Técnicas: Análise documental; Observação participante; grupo focal</p>	<p>Profissionais das eSF, Nasf e Núcleo de Reabilitação Municipal</p>

Fonte: elaborado pela autora

4.4 Considerações éticas

Este projeto foi avaliado pela Secretaria de Saúde de Camaragibe que concedeu sua anuência, autorizando a realização do estudo em sua rede de saúde. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), com o CAAE Nº 53408516.1.0000.5190.

Após sua aprovação no Comitê de Ética, os dados foram coletados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), através

do qual foi dada ciência aos participantes sobre o objetivo da pesquisa, o método utilizado, sobre os riscos e benefícios em participar desse estudo, bem como da garantia do sigilo e anonimato de sua identidade. Além disso, foram informados também sobre a possibilidade de desistência em participar da mesma a qualquer momento.

Considerou-se como risco a possibilidade de constrangimento ou desconforto dos sujeitos, devido ao fato de se discutir o desenvolvimento do seu processo de trabalho e de outros profissionais que atuam com eles. Os benefícios foram estimados na possibilidade de contribuir com informações relevantes sobre a atuação do Nasf e com a elaboração de subsídios que aperfeiçoem o desenvolvimento dessa proposta e de uma atenção primária mais integral e resolutiva.

Dessa maneira, o estudo atende aos requisitos preestabelecidos na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano.

5 RESULTADOS

5.1 O cotidiano do Nasf: implantação e organização do processo de trabalho, elenco de atividades e perfil dos usuários atendidos

No desenvolvimento da pesquisa, buscou-se resgatar alguns aspectos históricos do processo de implantação do Nasf, através da análise de documentos e relatos dos profissionais registrados em diário de campo. Além disso, foi possível participar de algumas atividades da equipe do Nasf, especialmente de reuniões, que também renderam observações e registros importantes no diário de campo.

A observação e análise desse fazer cotidiano revelou algumas características peculiares do processo de trabalho da equipe do Nasf que são fundamentais para compreender 'o *quê*' é feito pelo Nasf e '*como*' é realizado.

5.1.1 Implantação do Nasf no município

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família foi implantado em dois territórios de saúde do município de Camaragibe, em junho de 2008. Os profissionais foram recrutados através de Seleção Pública Simplificada composta por duas etapas: análise de currículo e entrevistas. A definição sobre as categorias profissionais que comporiam as equipes do Nasf foi realizada com base em um estudo epidemiológico de cada território de saúde e de acordo com a sua rede de serviços (CAMARAGIBE, 2013).

Todos os profissionais classificados para composição das equipes, passaram pelas etapas de: capacitação; oficinas de integração com as eSF e equipes de outros serviços de saúde do município; e planejamento, onde foram construídos os roteiros para diagnóstico do território, os instrumentos específicos para registro da produção dos profissionais (Apêndice C); e as diretrizes de organização do trabalho da equipe que originaram, meses depois, o protocolo municipal do Nasf (Diário de Campo).

No território de saúde estudado, a equipe Nasf é formada, desde sua implantação, por profissionais das áreas de psiquiatria, psicologia, nutrição e fonoaudiologia (todos com 40h de trabalho semanais) e 2 fisioterapeutas (que trabalham 20h). Essa equipe é responsável pelo apoio à 10 eSF.

No município estudado, a equipe do Nasf relatou que organizou o seu processo de trabalho a partir da diretriz do Apoio Matricial, onde uma equipe multiprofissional de especialistas oferta suporte clínico pedagógico e assistencial a um conjunto de equipes de referência que são responsáveis pelo cuidado de determinada população (BRASIL, 2014).

Segundo registros documentais e relatos de alguns profissionais do Nasf e do núcleo de reabilitação, o modo de organização implantado no Nasf foi influenciado pelas experiências de dois programas desenvolvidos no município, entre os anos de 1997 a 2003.

Em 1997, começaram a serem desenvolvidas as primeiras ações de matriciamento em saúde mental com objetivo de qualificar as ações dessa área no município. Anos depois, foi implantado o SAMECO (Saúde Mental na Comunidade) que era composto por equipes multiprofissionais (psiquiatra, psicólogo e assistente social) cujo objetivo era matriciar as equipes de saúde da família do município e assim, melhorar o cuidado com os comunitários com transtornos mentais e a seus familiares (CAMARAGIBE, 2013).

Sendo assim, iniciou-se o monitoramento das equipes de saúde da família. A equipe multiprofissional realizava reuniões com as eSF, estudos de casos, atendimento compartilhado, orientação na formação e condução de grupos com a comunidade, visitas domiciliares, sensibilização dos médicos das equipes para o cuidado integral em saúde mental com foco na escuta qualificada, orientação técnica para administração de psicofármacos e atividades educativas na comunidade (CAMARAGIBE, 2013).

Semelhante ao programa de saúde mental, Camaragibe também implantou o Programa de Promoção à Saúde e Reabilitação na Família (PPSRF), em 1999. Nessa experiência, uma equipe multiprofissional na área de reabilitação, formada por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos realizavam atividades educativas junto às eSF e às comunidades, atendimentos e visitas domiciliares aos pacientes com dificuldade de locomoção (CAMARAGIBE, 2013).

O programa funcionava com a nossa equipe indo às unidades de saúde, pegando os casos que precisavam de atendimento na área de reabilitação e fazíamos visitas domiciliares, oficinas de sensibilização com os agentes de saúde para eles identificarem melhor os casos e grupos educativos com as comunidades, com temas diversos [...]. (Profissional 1_GF_NRC)

Éramos uma equipe completa com todos os profissionais e todas as unidades nos conheciam. Nós trabalhávamos com 13 eSF, mas todas queriam...ficavam pedindo. Mas, aí mudou a gestão e o programa acabou. (Profissional 2_GF_NRC)

Alguns profissionais que participaram do SAMECO e do PPSRF trabalham, atualmente, no núcleo de apoio à saúde da família ou no núcleo de reabilitação e puderam relatar aspectos das experiências anteriores e de como essas vivências ajudaram na implantação do Nasf. Foi com base nesse acúmulo histórico, que o apoio matricial foi definido como a diretriz principal para organizar o processo de trabalho dessas novas equipes (Diário de campo).

A gente veio de uma ação anterior que era de saúde mental na comunidade, que a gente já fazia algo parecido com que tinha no NASF. Na época a equipe era só psiquiatra e psicólogo e um assistente social e tinha mais ou menos a mesma base tá, só que a medida em que foi ampliando o serviço aí não era mais uma questão de saúde mental, era agora um NASF com as outras especialidades, então a dinâmica e a rotina de reunião e de fazer visitas já era uma coisa que pelo menos a gente na saúde mental já tinha um tempo já de funcionamento (Profissional 1_GF_Nasf)

5.1.2 Atuação do Nasf

Desde o início da implantação do Nasf, ainda na etapa de planejamento, a gestão do município em conjunto com os profissionais selecionados estabeleceram que o processo de trabalho do Nasf seria desenvolvido a partir de 4 atividades básicas: atendimentos específicos e compartilhados; atendimentos domiciliares; grupos educativos e reunião de equipe, podendo estas serem de três tipos:

discussão de casos com eSF, planejamento e avaliação entre as equipes Nasf; e de articulação de rede com os serviços de referência (CAMARAGIBE, 2013).

Cada uma dessas atividades deve ser desenvolvida de acordo com a necessidade e disponibilidade de agenda das equipes, com exceção das reuniões, que tem caráter obrigatório. Essa determinação foi fruto de acordo dos profissionais do Nasf com a gestão municipal que acreditaram que as reuniões de equipes tinham caráter prioritário para estruturar a atuação do Nasf e promover os encontros necessários para criação de vínculo entre as equipes e o re(conhecimento) de suas necessidades (Diário de campo).

São quatro atividades prioritárias né, que aí é o atendimento individual, visita domiciliar que agora chamam atendimento domiciliar, discussão de casos e grupos educativos. Então essas são as atividades básicas que a gente colocou como norteadora do NASF. Fora isso a gente também faz um trabalho de integração dos serviços, então a gente também participa de reuniões com outros setores (Profissional 2_GF_NASF)

O protocolo municipal de diretrizes do Nasf começou a ser organizado no seu segundo ano de funcionamento e passou por sucessivas atualizações no decorrer dos anos. Com base nas atividades previstas nesse documento, realizou-se uma sistematização da normatização municipal para o Nasf estudado (Quadro 4).

Quadro 4 - Elenco de atividades que compõe o processo de trabalho do Nasf.

ATIVIDADE	OBJETIVO	PÚBLICO	PERIODICIDADE
Reunião entre equipes SF e Nasf	Discutir e analisar os casos de indivíduos/famílias acompanhadas na USF e que necessitem de uma intervenção das equipes SF e Nasf ou necessitem ser referenciados para rede especializada. Nessas reuniões são construídos os projetos terapêuticos singulares, planejamento das ações coletivas e a discussão de temas clínicos de acordo com a necessidade da SF	Equipe de saúde da família e do Nasf, estagiários e residentes, gerentes de território e outros profissionais que atuem na rede de serviços de saúde, educação e assistência social.	Mensal
Reuniões técnicas entre as equipes Nasf	Promover a integração entre as ENASF e a coordenação, priorizando o diálogo, troca de experiências e reflexão sobre a organização e desenvolvimento do processo de trabalho no território junto as equipes SF, além da construção de formas de avaliação e monitoramento das ações.	todos os profissionais que compõe as equipes Nasf, os Gerentes de Território e Coordenação do Nasf	Mensal
Reuniões para articulação da rede de serviços	Fortalecer a comunicação entre os serviços com vistas a alinhar o cuidado ao usuário de forma organizada dentro da rede de atenção. Nessas reuniões acontecem discussões sobre o fluxo assistencial, discussão dos casos mais complexos que são identificados pelas ESF/ENASF ou pelos serviços de referência.	Profissionais que compõe o Nasf e representantes dos outros serviços da rede de saúde e assistência do município (Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Reabilitação Municipal, Centro de Referência de Assistência social, etc.).	Mensal
Atendimento na USF	Atendimento individual e/ou compartilhado para avaliação, orientação educativa e terapêutica. Esse atendimento não pode caracterizar-se como ambulatório. Os casos que necessitem de atendimento sistemático devem ser referenciados para os serviços	Usuários com necessidade de atendimento individualizado ou compartilhado identificados a partir das reuniões de equipe.	Mensal, podendo variar de acordo com a demanda de cada equipe SF.
Visita domiciliar	Atendimento domiciliar individual e/ou compartilhado para avaliação, orientação educativa e terapêutica à família e/ou cuidador. Os casos que necessitem de atendimento sistemático devem ser referenciados para os serviços especializados.	Usuários com necessidade de avaliação socioeconômica ou de atendimento clínico, identificados a partir das reuniões de equipes, que sejam acamados ou	Periodicidade é variável, depende da demanda de cada equipe SF.
Grupos de Educação em Saúde e/ou Terapêuticos	Realizar atividades coletivas com foco educativo ou terapêutico. Essas atividades podem ser realizadas com grupos programáticos das USF (Hiperdia, gestante, adolescentes, etc.) ou grupos criados a partir do perfil epidemiológico do território (educação postural, terapia comunitária, dependentes de benzodiazepínicos, distúrbios nutricionais, etc.). Esses grupos podem ser realizados na sede das unidades de saúde ou	Usuários das unidades de saúde da família.	A periodicidade é de acordo com a demanda de cada equipe SF.

Fonte: elaborado pela autora

Na análise da produção do Nasf no ano de 2014, foi possível identificar o tipo e o quantitativo de atividades que cada profissional realizou. Na tabela 1, observa-se que a atividade com maior número de registro foram os atendimentos individuais, ou seja, os atendimentos que cada profissional realiza, de acordo com seu núcleo profissional específico, nas unidades de saúde apoiadas pelo Nasf e voltados para um indivíduo ou família.

Geralmente, esses atendimentos são realizados para avaliação clínica e orientação específica do usuário e/ou sua família e pode gerar um retorno (novo atendimento na mesma unidade e pelo mesmo profissional); um encaminhamento para outra atividade terapêutica na atenção básica como por exemplo, grupo terapêutico ou educativo, atendimento com outro profissional do Nasf ou eSF, etc.; e também pode gerar um encaminhamento para outro serviço de saúde, de acordo com necessidade do paciente.

Tabela 1 - Atividades realizadas pela equipe Nasf segundo tipo de atividade e categoria profissional, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.

Profissionais	Atendimento específico		Atendimento Domiciliar		Reunião		Grupo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fisioterapeuta	553	18,7	139	48,1	39	14,6	30	28,6
Nutricionista	895	30,2	34	11,8	65	24,3	33	31,4
Fonoaudiólogo	274	9,3	31	10,7	21	7,8	2	1,9
Psicólogo	511	17,3	24	8,3	77	28,7	40	38,1
Psiquiatra	727	24,6	61	21,1	66	24,6	0	0
Total	2960	100	289	100	268	100	105	100

Fonte: Registros de produção do Nasf

Ainda na tabela 1, é possível observar que dos 2.960 atendimentos individuais realizados pela equipe ao longo de um ano, os maiores percentuais foram registrados pelo nutricionista (30,2%) e, em seguida, pelo psiquiatra (24,6%). Em relação às visitas domiciliares, quase metade dos registros foram realizados pelos fisioterapeutas (48,1%) e, em segundo lugar, pelo psiquiatra (21,1%). Chama atenção o fato de não haver registro da equipe quanto à atividade atendimento compartilhado, quando essa é uma das atividades mais recomendadas no caderno de diretrizes do Nasf do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Nas atividades de cunho pedagógico como é o caso das reuniões, identificou-se que há maior uniformidade na proporcionalidade do registro de produção entre os diversos profissionais do Nasf (psicólogo, psiquiatra e nutricionista com respectivamente, 28,7%, 24,6% e 24,3%), com exceção do fonoaudiólogo (7,8%), cuja atuação começou em maio de 2014 (mês que o profissional foi contratado). Em relação aos grupos, há uma proporção de registro semelhantes para os profissionais psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta com 38,1%, 31,4% e 28,6%, respectivamente. Para o fonoaudiólogo o registro dessa atividade é muito baixo (1,8%) e no caso do psiquiatra, no ano estudado o registro foi nulo. Fato muito corriqueiro nos serviços de atenção básica, cuja cultura predominante é de não participação dos profissionais médicos em grupos educativos.

Ante a predominância dos registros de atendimentos individuais, vale salientar que, em um turno de trabalho cada profissional pode realizar uma média de 6 e o máximo de 10 atendimentos individuais, a depender da especialidade e da complexidade dos problemas das pessoas atendidas. Enquanto, em um mesmo período de tempo, é possível realizar de duas a três visitas domiciliares, ou uma reunião, ou um grupo terapêutico/educativo. Assim, para realizar a análise da proporcionalidade de produção entre as diversas atividades, haveria necessidade de fazer uma correlação por número de turnos trabalhados por tipo de atividade.

Na Tabela 2, é possível analisar o perfil dos usuários atendidos por cada profissional, segundo sexo e faixa etária. Há uma predominância do sexo feminino (superior a 60%) nos registros de atendimento de todos os profissionais do Nasf, com exceção do fonoaudiólogo, que apresenta maior proporção de atendimentos para o sexo masculino (57,1%).

Em relação à faixa etária, há bastante variação no perfil de acordo com a categoria profissional que realizou atendimento. Na produção do fisioterapeuta, predominam os pacientes adultos e idosos com idade entre 40 a 69 anos (59,7%). Nos atendimentos realizados pelo nutricionista, são mais frequentes os pacientes com faixa etária entre 0 a 4 anos (14,2%), 11 a 19 anos (13,7%), e 30 a 49 anos (28%). Para o fonoaudiólogo, a predominância é de crianças com idade entre 0 a 10 anos (61,7%), enquanto na psicologia, a maior demanda é de usuários infantis e adolescentes (37,5%), seguidos por adultos com idade entre 30 a 39 anos (17,6%). E o psiquiatra realiza mais atendimentos de pacientes adultos com idade entre 30 a 59 anos (65,7%).

Tabela 2 - Perfil dos atendimentos específicos da equipe Nasf, segundo sexo, faixa etária dos usuários, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.

Variável	Fisioterapeuta		Nutricionista		Fonoaudiólogo		Psicólogo		Psiquiatra	
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Sexo										
Masculino	182	33	279	31,2	156	57,1	190	37,2	180	24,8
Feminino	370	67	616	68,8	117	42,9	321	62,8	546	75,2
Total	552	100	895	100	273	100	511	100	726	100
Faixa etária										
0 a 4	36	6,7	127	14,2	74	27	28	5,5	2	0,3
5 a 10	8	1,5	92	10,3	95	34,7	111	21,8	1	0,1
11 a 19	15	2,8	122	13,7	31	11,3	80	15,7	19	2,6
20 a 29	41	7,6	93	10,4	20	7,3	54	10,6	78	10,8
30 a 39	70	13	128	14,3	12	4,4	90	17,6	140	19,3
40 a 49	91	16,9	122	13,7	25	9,1	59	11,6	178	24,6
50 a 59	130	24,1	107	12	9	3,3	57	11,2	158	21,8
60 a 69	101	18,7	68	7,6	5	1,8	20	3,9	97	13,4
70 a 79	46	8,5	27	3	1	0,4	10	2	44	6,1
> de 80	1	0,2	6	0,7	2	0,7	1	0,2	7	1
Total	539	100	892	100	274	100	510	100	724	100

Fonte: Registros de produção do Nasf

Na Tabela 3, identificamos que o sexo feminino predomina em mais de 60% de todos os atendimentos domiciliares realizados pelo Nasf. Já em relação a faixa etária, há algumas variações com grupos predominantes de acordo com núcleo específico de cada profissional. Na fisioterapia, prevalecem os idosos com idade entre 60 a 79 anos (41,5%). Também predominaram os idosos nas faixas etárias 60 a 69 anos (35,3% e 32,3%) e acima de 80 anos (25,8% e 25,8%), para o nutricionista e fonoaudiólogo, respectivamente. Quanto aos atendimentos realizados pela psicologia predominaram idosos com idade entre 60 a 79 anos (56,5%). Enquanto o psiquiatra visitou com mais frequência idosos com idade acima de 70 anos (40,4%) e adultos com idade entre 30 a 39 anos (19,2%).

Tabela 3 - Perfil dos atendimentos domiciliares da equipe Nasf, segundo sexo e faixa etária dos usuários, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.

Variável	Fisioterapeuta		Nutricionista		Fonoaudiólogo		Psicólogo		Psiquiatra	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo										
Masculino	54	38,8	12	35,3	9	29	5	20,8	15	25
Feminino	85	61,2	22	64,7	22	71	19	79,2	45	75
Total	139	100	34	100	31	100	24	100	60	100
Faixa etária										
0 a 4	0	0	0	0	0	0	1	4,3	0	0
5 a 10	1	1,2	1	2,9	0	0	1	4,3	0	0
11 a 19	3	3,7	2	5,9	0	0	0	0	2	3,8
20 a 29	5	6,1	2	5,9	2	6,5	1	4,3	3	5,8
30 a 39	12	14,6	1	2,9	0	0	1	4,3	10	19,2
40 a 49	7	8,5	2	5,9	4	12,9	2	8,7	6	11,5
50 a 59	10	12,2	2	5,9	3	9,7	3	13	4	7,7
60 a 69	20	24,4	12	35,3	10	32,3	9	39,1	6	11,5
70 a 79	14	17,1	4	11,8	4	12,9	4	17,4	9	17,3
> de 80	10	12,2	8	23,5	8	25,8	1	4,3	12	23,1
Total	82	100	34	100	31	100	23	100	52	100

Fonte: Registros de produção do Nasf

Essa predominância de atendimentos domiciliares para usuários idosos está coerente com o preconizado no protocolo municipal do Nasf, onde estabelece que essa atividade deve ser realizada, prioritariamente, nos casos de usuários acamados ou com mobilidade reduzida. Rotina muito próxima ao modelo de atuação médica na atenção básica.

5.2 Reflexos da atuação do Nasf no escopo de ações da atenção básica

Um dos principais objetivos do Nasf é a ampliação do escopo das ações realizadas no âmbito da atenção básica. Embora a PNAB defina como atribuição da AB o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2011), o foco da atuação das eSF ainda é bastante limitado à algumas dessas ações e agravos, havendo poucos relatos de iniciativas e resolutividade no campo da saúde mental, reabilitação, práticas integrativas, entre outras.

As diretrizes organizacionais do Nasf, em nível nacional e no município estudado, estabelecem que essa equipe deve atuar com foco na integralidade do cuidado e, nessa perspectiva, deve desenvolver ações que contemplem todo o espectro de atuação da saúde, desde a promoção até a reabilitação (BRASIL, 2014).

Os dados coletados a partir da produção do Nasf evidencia que essa equipe desenvolve atividades de educação permanente e organização do trabalho junto as eSF apoiadas, educação em saúde e retaguarda assistencial especializada junto à população residente em seu território de atuação. Na percepção dos profissionais das eSF e Nasf, também ficam evidentes esse amplo espectro de atuação, assim como o reconhecimento de que há uma grande pressão (das eSF e população) pelas atividades assistenciais.

Faz as visitas domiciliares, faz os atendimentos, faz os encaminhamentos, faz grupo né, eu acho que pelo menos a gente tem uma equipe que tenta participar ao máximo do que der pra participar né, assim de ajuda de apoio a gente né (Enfermeira_eSFx)

A gente ainda trabalha muito na questão da assistência, mas ao mesmo tempo a gente fica o tempo todo tentando resgatar essa questão mesmo da promoção e da prevenção, mas ainda é muito difícil porque culturalmente as pessoas só procuram o serviço quando já estão com o problema já instalado (Profissional1_Nasf)

A pressão é pra que tenha atendimento específico, a pressão da comunidade e a pressão das equipes, aí de alguma forma isso empurra a gente pra tá respondendo (...) (Profissional2_Nasf)

Mas, a ampliação do escopo da atenção básica pode ser melhor evidenciada pelo perfil de problemas/agravos que são alvo da atuação do Nasf, tanto na dimensão assistencial quanto nas ações educativas. Na análise da produção do Nasf, identificou-se que todos os profissionais participavam das reuniões entre equipes (SF e Nasf), cujo principal objetivo era discussão de casos, construção de PTS e planejamento de atividades. Nessas reuniões se processava um dos espaços mais ricos de educação permanente para as equipes, tanto através das discussões de casos concretos trazidos como demanda pelas eSF, como pelos temas (clínicos ou organizacionais) eleitos para discussão como por exemplo: autismo, disfunções articulares, anorexia e bulimia, esquizofrenia, integração ensino-serviço, articulação

de rede, entre outros que estavam registrados nos livros de produção (Diário de campo).

Nas reuniões de equipe também eram frequentes a participação de estudantes de graduação (nutrição, psicologia e fonoaudiologia) e pós-graduação (residentes da área de saúde mental). Mais raramente, havia registro da participação dos profissionais de outros serviços, e quando houve, foram predominantemente do CAPSad (Diário de campo).

Na tabela 4 apresentam-se os percentuais de participação dos profissionais do Nasf nos grupos mais frequentes. Com exceção do psiquiatra, toda equipe registrou participação em grupos, tanto educativos (hiperdia, gestante, entre outros) como terapêuticos (terapia comunitária, nutrição e coluna).

Tabela 4 - Principais grupos educativos e terapêuticos realizados pelo Nasf, segundo categoria profissional, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.

Profissional	Grupos	%
Fisioterapeuta	Hiperdia	37,5
	Coluna	14,6
Nutricionista	Nutrição	60,6
	Hiperdia	30,3
	Gestante	6,1
Fonoaudiólogo	Hiperdia	100
	Terapia comunitária	47,5
Psicólogo	Hiperdia	32,5
	Exercícios físicos	15

Fonte: Registros de produção do Nasf.

Na percepção dos profissionais da eSF e Nasf o que gera maior demanda para atuação do Nasf são os agravos relacionados ao adoecimento mental, principalmente ansiedade e depressão, doenças crônicas e suas complicações, como obesidade, Hipertensão, Diabetes e Acidente Vascular Encefálico (AVE), e os decorrentes das violências e abuso de drogas.

Na Tabela 5, apresentam-se os principais motivos dos atendimentos específicos realizados pelos profissionais do Nasf. Observa-se que os relatos dos profissionais nos grupos focais estão em concordância com os achados quantitativos da produção do Nasf. Predominam os atendimentos de pacientes com

queixas/agravos relacionados à fratura, artralgias/artroses, obesidade, sobrepeso, Diabetes Mellitus, dislipidemia, transtornos depressivos e de ansiedade.

Tabela 5 - Principais motivos de atendimento específico segundo categoria profissional do Nasf, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.

Profissional	Motivo do Atendimento Específico	%
Fisioterapeuta	Fraturas	20,8
	Artralgias/Artrose	19,5
	Bursite/tendinite	13,2
	Lombalgia/cervicalgia	12,3
Nutricionista	Obesidade	16,7
	Sobrepeso	15,3
	DM	11,3
	Dislipidemia	11,3
Fonoaudiólogo	Alteração de fala	36
	Alteração de voz	23,7
	Alteração de linguagem	14,5
Psicólogo	Depressão	19
	Ansiedade	16,2
	Conflito conjugal	8,9
	Conflito familiar	8,9
Psiquiatra	Transtornos depressivos	35
	Transtornos de ansiedade	22
	Transtornos mentais de origem orgânica	10,8

Fonte: Registros de produção do Nasf

De semelhante modo, a Tabela 6 também apresenta dados que corroboram com a percepção dos profissionais sobre os agravos mais prevalentes entre os usuários que foram atendidos em seus domicílios pelos profissionais do Nasf. São mais frequentes, o Acidente Vascular Encefálico (AVE), as fraturas, Diabetes *Mellitus*, transtornos depressivos e de ansiedade, e os transtornos mentais de origem orgânica.

Na coleta dos dados, durante a observação participante, observou-se que há uma grande prevalência dos pacientes acamados ou com mobilidade muito reduzida que são visitados, mas na maioria dos registros de produção os profissionais assinalam a doença base do usuário como o AVE, mesmo que o evento tenha

ocorrido há muito tempo. A condição de usuário acamado ou com mobilidade reduzida aparece mais no registro do fisioterapeuta.

Tabela 6 - Principais motivos de atendimento domiciliar segundo categoria profissional do Nasf, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.

Profissional	Motivo Visita Domiciliar	%
Fisioterapeuta	AVE	31,4
	Fraturas	19,7
	Acamados/Baixa mobilidade	10,9
Nutricionista	DM	27,9
	AVE	25,6
	Obesidade	16,3
Fonoaudiólogo	Alteração deglutição	30,3
	Alteração de fala	30,3
Psicólogo	Depressão	39,1
	AVE	13
	Negligência/violência	13
Psiquiatra	Transtornos depressivos	25,8
	Transtornos mentais de origem orgânica	19,4
	Transtornos de ansiedade	12,9

Fonte: Registros de produção do Nasf

A análise conjunta dos dados quantitativos de produção, da observação e das evidências discursivas da percepção dos profissionais permitiram a identificação de que a atuação do Nasf no município estudado é constituída por um elenco de ações que vão desde a prevenção, até assistência e reabilitação em saúde, guardando correspondência com as dimensões técnico-pedagógica e assistencial do apoio matricial.

Também é evidente que um grupo de agravos importantes, no cenário epidemiológico atual, tem sido enfrentado na atenção básica, a partir da inserção das equipes multiprofissionais do Nasf, fato esse que tem colaborado para ampliação do espectro de atuação e, também, resolução das eSF. São exemplos dessa ampliação, o conjunto de ações educativas e/ou terapêuticas voltadas para usuários cujo adoecimento foi provocado: por doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus) e as consequências de seu agravamento (AVE e amputações); por doenças ligadas a causas externas

(fraturas) e ao envelhecimento populacional associado a estilos de vida sedentários (artralgias, artroses e lombalgias de origem postural); e pelo crescimento indiscriminado dos transtornos depressivos e de ansiedade.

Apesar de se identificar que esses agravos mais prevalentes são abordados em ações de educação permanente, grupos educativos e terapêuticos, há um enfoque assistencial nas ações realizadas pelo Nasf. Essa predominância do suporte assistencial, é ressaltada e criticada pelos profissionais das eSF. Os profissionais reconhecem que é preciso mudar o enfoque das ações, mas admitem que têm dificuldades em protagonizar essa mudança e justificam apresentando barreiras, que estão ligadas a falta de estrutura das unidades de saúde, à “pressão” que recebem da população para apresentarem respostas mais rápidas ante o adoecimento e ao excesso de população cadastrada nas eSF.

É só mais atividade de consultório mesmo e alguns profissionais do Nasf eles vem também no grupo de HIPERDIA. Acho que o trabalho deveria ser mais preventivo (ACS1_eSFy)

Embora todos os profissionais queiram trabalhar com a forma preventiva acaba ficando na parte curativa, porque fica robotizado mesmo sem querer, porque a gente tá querendo ver e resolver o problema logo dele, a gente não tá querendo resolver lá na casa dele a questão da água que ele não tá usando, a questão do saneamento básico, tudo isso é uma forma preventiva e a gente não tá vendo mais isso (Enfermeira_eSFy).

Além da quantidade de pessoas eu acredito também que até a questão física realmente do espaço, da estrutura... tem várias ideias pra fazer grupos com a comunidade, mas infelizmente a gente só tem uma sala de reunião com ar-condicionado. Acho que o modelo (de atuação do Nasf) talvez seja o ideal, o que tem que mudar é a questão mesmo do número de famílias, porque sobrecarrega e você termina trabalhando a parte curativa e não a preventiva entendesse (ACS2_eSFy)

Outro aspecto que chama atenção, no elenco de atividades realizadas pelo Nasf, é a ausência de atendimento compartilhado. No ano estudado, não houve um registro dessa atividade entre profissionais do Nasf e eSF. Embora, todos os atendimentos domiciliares do Nasf sejam realizados em conjunto com o agente de

saúde, são raras as vezes que estavam presentes outros trabalhadores da equipe, como enfermeiro, médico ou dentista (Diário de campo).

A equipe Nasf relatou que os atendimentos específicos compartilhados eram mais frequentes entre médico da eSF e o psiquiatra, e que isso ajudava muito no empoderamento da equipe de referência para resolver alguns casos sem a ajuda constante do Nasf. Mas, poucos médicos queriam fazer atendimento compartilhado, principalmente com “pacientes psiquiátricos” (Diário de campo). Ainda assim, a crítica pela ausência dessa ação aparece no discurso dos trabalhadores e é identificada como uma fragilidade importante no processo de trabalho do Nasf.

Eu acho que em algum momento existe uma falha em não ter um atendimento compartilhado, nessa unidade não existe um público com atendimento compartilhado certo. (Enfermeira_eSFy)

Mas, a atividade e a agenda não batem, a gente só vai na unidade atender no dia que a enfermeira ou o médico não estão porque a gente tem que ter a sala vaga, então a própria forma como tá montada as nossas atividades e a da equipe (SF) não facilita o atendimento compartilhado (Profissional2_Nasf)

5.3 A atuação do Nasf e seu impacto na resolutividade da AB

O referencial teórico sobre resolutividade e o marco normativo do Nasf possibilita que a análise de sua resolutividade seja realizada sob diversas perspectivas, tais como: normativa, satisfação do usuário e impacto na qualidade de vida da população.

Para efetivação da análise proposta nesse estudo, o conjunto de evidências coletadas ao longo da pesquisa de campo permitiu a análise de algumas condições verificadoras da existência (do grau) de resolutividade: adequação do processo de trabalho aos objetivos propostos, capacidade de absorção/acolhimento e resolução dos problemas de saúde na atenção básica, adequação do perfil dos encaminhamentos para atenção especializada, satisfação dos profissionais das eSF apoiadas pelo Nasf.

5.3.1 Adequação do processo de trabalho aos objetivos propostos

O Ministério da saúde estabeleceu o apoio matricial como uma das principais diretrizes organizativas do Nasf, orientando a possibilidade de realização de um vasto elenco de atividades que corresponderiam às dimensões técnico-pedagógica e assistenciais desse matriciamento (BRASIL, 2014). A análise do protocolo municipal do Nasf, do registro de produção dos profissionais, a observação direta de algumas atividades realizadas e o relato das equipes SF e Nasf, durante os grupos focais, constituem um conjunto de evidências que revelam a seguinte cartografia do processo de trabalho do Nasf que foi sujeito dessa pesquisa.

Figura 3 - Cartografia do processo de trabalho do Nasf em Camaragibe (PE), 2016.

Núcleo de Apoio a Saúde da Família				
Dimensões de apoio	Atividades	Público-alvo	Objetivo	Resultado
Pedagógico	Reunião de equipe	eSF	Ampliação da clínica	Ampliação da resolutividade da atenção básica enquanto nível assistencial
	Reunião para articulação de Rede		Fortalecimento da coordenação do cuidado	
	Oficinas de educação permanente/ Construção de PTS		Ampliação da integração entre equipes	
	Grupo educativo		Qualificação dos encaminhamentos	
Assistencial	Atendimento específico	População	Ampliação de acesso e escopo/integralidade	
	Atendimento domiciliar			
Misto	Atendimento compartilhado	eSF/população	Ampliação da clínica	
	Grupo terapêutico		Ampliação auto-cuidado	

Fonte: elaborado pela autora

Nos registros quantitativos da produção e no relato das eSF é possível identificar que a equipe Nasf realiza a maior parte do elenco de atividades proposto no protocolo do município e nas diretrizes do Ministério da Saúde. No entanto, é

evidente que há um deslocamento de força muito maior para petição e realização das ações de retaguarda assistencial.

Quando questionadas sobre o modo como o Nasf apoia as eSF, os profissionais reconhecem todas as ações, mas enfatizam a dimensão assistencial do matriciamento.

O apoio que eu peço a equipe do Nasf é aquele que foge a minha área de conhecimento e que eu entenda que vai ajudar o paciente (Médico_eSFx)

Os grupos e as visitas domiciliares, que quando há uma necessidade do paciente que está acamado a gente consegue levar o Nasf até o paciente eu acho que é de grande valia. (ACS1_eSFx)

Com o Nasf a gente até começou a enxergar mais, porque já que tem o profissional a gente vai poder fazer alguma coisa... pra aquele comunitário que tá precisando, seja uma ajuda mesmo de consulta, de exame, de encaminhamento e até pra discutir mesmo como é que a gente faz às vezes, um caso só, mas que envolve a equipe toda do Nasf e a gente tenta solucionar. (Enfermeira_eSFx).

Eu acho que a importância do Nasf é justamente preencher as lacunas que existem na atenção básica, por exemplo, o apoio psicológico, o reajuste de medicações que o médico da atenção básica às vezes não tem condições de conduzir certos casos de pacientes, o psiquiatra é fundamental. (Médico_eSFy)

Na dimensão pedagógica, os profissionais atribuem uma grande relevância às reuniões de equipe, reconhecendo a necessidade do apoio do Nasf para que esse tipo de atividade aconteça e relatando o impacto positivo que causam sobre o empoderamento das eSF no enfrentamento dos problemas de saúde da população e no fortalecimento da integração entre as equipes.

A gente tem um cronograma que faz esse encontro mensalmente e nesse momento essa unidade é fechada, todos os profissionais participam junto com o Nasf e a gente faz um estudo de caso, ou discute uma dúvida...(Enfermeira_eSFy)

Se a gente sair hoje, eu acho que o prejuízo vai ser na discussão de casos, eu acho que as outras atividades elas acontecem, mal ou bem

acontecem sem a gente. Agora se a gente sair com certeza a discussão de casos ela não vai acontecer. (Profissional2_Nasf)

E é uma troca constante, um aprendizado também pra gente como equipe, às vezes eu não sei bem pra onde vai, onde é que eu posso ajudar e o Nasf me ajuda e aquilo ali serve como conhecimento, até pra um próximo paciente, uma próxima consulta que eu fizer também me ajuda. O Nasf agora permitiu que os profissionais estivessem aqui dentro da equipe, junto com a gente discutindo o caso, a integração é bem mais interessante (Médico_eSFx)

Nas atividades acompanhadas, foi possível observar que, em cada eSF apoiada pelo Nasf, é distinto o grau de adesão e organização para algumas atividades, como por exemplo as reuniões de equipe. Em algumas unidades, participavam todos os membros da saúde da família, em outras só os agentes de saúde e enfermeiro estavam presentes. A forma como as reuniões eram conduzidas também variavam. Havia unidades que os profissionais apresentavam ao Nasf o conjunto de casos que precisavam de suporte assistencial em cada micro-área e, nas situações mais complexas havia discussão, reflexão e construção conjunta das ações que poderiam ser implementadas, seja no aspecto individual ou coletivo. Enquanto em outras reuniões, a dinâmica se restringia apenas ao repasse dos casos e construção da agenda das atividades assistenciais (Diário de campo).

Essa variabilidade na condução das reuniões pode ser bastante representativa dos desafios cotidianos para o trabalho em equipe. Mas, também pode ser uma evidência de fragilidades no processo de organização e monitoramento do processo de trabalho do Nasf, principalmente em uma atividade que é tão estruturante para um modo de atuação baseado no apoio matricial. Essas, são apenas ‘possibilidades de interpretação’ desse aspecto da realidade observada. A condução metodológica desse estudo não deu conta de aprofundar a investigação do “porquê” dessa variabilidade e de sua repercussão sobre o resultado do trabalho.

5.3.2 Capacidade de absorção/acolhimento e resolução dos problemas de saúde na AB

Na análise da resolutividade intranível costuma-se mensurar o quantitativo de ações/atendimentos realizados diante da demanda identificada pelo serviço de

saúde. No caso do Nasf, a demanda/necessidade de apoio deve ser apresentada, a priori, pelas equipes de saúde da família e em conjunto com a equipe matricial, define-se quais os problemas prioritários e as formas de intervenção que serão realizadas.

Observou-se que as equipes tentaram, ao longo do tempo, diversificar o seu elenco de ofertas ante os problemas que foram identificados. Além dos tradicionais grupos educativos, visitas domiciliares e atendimentos específicos realizados pelos profissionais das eSF e Nasf, também foram criados e realizados grupos terapêuticos como uma alternativa no cuidado dos usuários com problemas de saúde mais prevalentes e possíveis de participarem dessa ação. São exemplos, os grupos terapêuticos: terapia comunitária; orientação nutricional (para usuários com sobrepeso e obesidade); coluna (para usuários com dor lombar/dorsalgia/lombalgia), entre outros (Diário de campo).

O esforço na elaboração e implementação de propostas terapêuticas diversas pode representar a disponibilidade das equipes em acolher as demandas apresentadas pelo seu território de atuação e a intenção de tentar resolver esses problemas. Durante os grupos focais foi possível identificar o reconhecimento das eSF quanto a essa disponibilidade da equipe Nasf em acolher e ofertar apoio as demandas trazidas por cada equipe de referência.

Agora com o Nasf a gente se sente segura porque sabe que aquele problema vai ser resolvido de uma forma ou de outra (Enfermeira_eSFx)

Antes da introdução do Nasf na equipe a gente até, às vezes, se sentia meio frustrado por se deparar com determinadas situação ... e depois que o Nasf entrou eu acho que até mesmo o trabalho da gente ficou mais facilitado né, a gente já sabe mais ou menos pra onde encaminhar ou a quem recorrer diante do diagnóstico do paciente e hoje a gente sabe que a gente pode resolver alguns problemas aqui mesmo na unidade através do Nasf (ACS1_eSFx)

Eu acho que eu nunca liguei pra não ter uma resposta do Nasf (ACS5_eSFx)

Acionamos o Nasf também pelo telefone e eles dão retorno e a gente sempre é atendido, quando a gente liga e conversa com eles a gente tem sempre uma resolução (ACS3_eSFy)

Outro aspecto interessante está relacionado à percepção de que o Nasf pode colaborar de modo mais qualificado/adequado para resolução dos problemas de saúde da população porque tem sua atuação pautada no matriciamento, em um agir mais próximo das eSF e dos seus territórios de atuação. Esse modo de organização do trabalho possibilita um conhecimento mais apropriado do perfil socioeconômico e epidemiológico da população, bem como do seu modo de condução da vida. Além disso, a proximidade das equipes possibilita intervenções mais precoces.

Essas especificidades da atuação do Nasf junto às eSF confere potencialidade para um agir mais precoce e coerente com as necessidades da população e, conseqüentemente, mais resolutivo.

Aqui dentro da unidade, próximo da gente, próximo do paciente e conhecendo a realidade dele é diferente de um profissional que faz parte do Nasf, mas que atende fora, não sabe da realidade, não conversa mais com ninguém, é ele e o paciente só, esse tipo de ajuda que a gente necessitava não só de uma consulta em si e tal. Essa troca, essa... até essa referência essa contrarreferência que a gente não tem com os outros serviços (Médico_eSFx).

O Nasf consegue tá mais próximo da comunidade, da realidade do paciente, ele consegue dar até um atendimento, um acompanhamento mais precoce né e assim acho que as atividades são as de prevenção mesmo, de promoção de saúde como é feito com o grupo e na parte de reabilitação básica com orientações procurando ver toda a família, o contexto que o paciente tá, uma visão um pouco diferente da gente daqui né que não conhece muitos aspectos que o profissional do Nasf tá mais próximo e conhece (Profissional1_NRC).

Nos registros de produção dos profissionais foi possível evidenciar que, além do extenso elenco de agravos ao qual o Nasf dá algum tipo de suporte assistencial, mais de 50% (em todas as especialidades) são resolvidas no âmbito da atenção básica (Tabela 7).

Neste estudo, entende-se resolução como a possibilidade de acolher e solucionar uma determinada demanda através de uma avaliação e orientação, ou de uma indicação para ser acompanhado em grupo terapêutico, ou uma nova discussão do caso com a eSF e conseqüente, orientação para que a mesma conduza o cuidado, ou ainda, com o agendamento de mais um ou dois atendimentos pela equipe Nasf com objetivo de estabilizar/regredir o agravo que gerou a demanda por assistência.

O Nasf não acompanha um paciente todo o tempo, ou seja assim, meses a fio. A gente atende uma, duas, três, às vezes quatro vezes. Entendeu? Mas depois que o paciente estabiliza o médico da unidade assume (Profissional3_Nasf).

Na tabela 7, verifica-se o perfil de encaminhamento/desfecho dos atendimentos específicos e domiciliares realizados pela equipe do Nasf.

Tabela 7 - Principais tipos de encaminhamento após atendimento específico e domiciliar, segundo categoria profissional do Nasf, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE

Profissional	Encaminhamentos após AE	%
Fisioterapeuta	Retorno	37,3
	Orientação	36,9
	Núcleo de Reabilitação	19,2
Nutricionista	Orientação	48,3
	Retorno	43,7
	Exames	5,1
Fonoaudiólogo	Retorno	47,3
	Orientação	41,5
	Ambulatório Fonoaudiologia	3,3
Psicólogo	Orientação	29,8
	Ambulatório Psicologia	24,4
	Psiquiatria Nasf	14
	Retorno	13,1
Psiquiatra	Médico USF	47,8
	Retorno	43,9
	Psicologia Nasf	2,1
Profissional	Encaminhamentos após AD	%
Fisioterapeuta	Orientação	60,3
	Núcleo de Reabilitação	19,9
	Retorno	17,7
Nutricionista	Orientação	97,1
	Retorno	2,9
Fonoaudiólogo	Orientação	93,5
	Retorno	6,5
Psicólogo	Orientação	48,1
	Retorno	11,1
	Médico USF	7,4
	Psiquiatria Nasf	7,4
Psiquiatra	Médico USF	62,1
	Orientação	31
	Retorno	5,2

Fonte: Registros de produção do Nasf.

Ainda que reconheçam a crítica ao enfoque assistencial do seu processo de trabalho, os profissionais do Nasf argumentam que acham importante os atendimentos que realizam e avaliam positivamente o impacto dessas intervenções na resolução dos casos acompanhados.

Mas mesmo na questão assim do atendimento eu acho que a equipe teria dificuldade porquê (na saúde mental), por exemplo, a demanda é alta. Então aqui no Nasf a gente resolve muita coisa que não precisa chegar num CAPS e não precisa chegar num ambulatório, que a gente sabe que os ambulatórios já vivem abarrotados, sobrecarregados mesmo. (Profissional3_Nasf)

Até casos mesmo de pessoas em crise, em surtos psicóticos se resolve aqui, porque não vai para o CAPS e o médico (eSF) se propõe a tá conosco e consegue uma parceria que consegue dar conta aqui (Profissional2_Nasf)

É possível identificar, entre os profissionais das eSF e serviço de referência, o reconhecimento de que o apoio do Nasf também contribui positivamente na capacidade das equipes apoiadas reconhecerem precocemente alguns problemas, bem como articular intervenções mais amplas. Essa possível ampliação na capacidade de diagnóstico e intervenção da atenção básica é um dos resultados esperados no modelo de organização do apoio matricial e é denominado de ampliação da clínica das eSF.

O Nasf faz matriciamento para ajudar a equipe da atenção básica a ter um olhar assim mais... um diálogo mais aprofundado e que permitisse fazer assim melhores diagnósticos, encaminhamentos mais corretos [...]. O NASF com uma equipe multiprofissional, os profissionais podem contribuir pra melhorar nas resolutividades, diagnóstico, os encaminhamentos, diagnosticar alguns casos que por vezes passam despercebidos. (Profissional2_NRC)

Um ponto positivo é essa troca e essa forma da gente até cuidar melhor daquele paciente, olhar pra ele de uma forma diferente, de orientar de uma outra forma. (Enfermeira_eSFx)

[...] pra mim esse é o principal, esse impacto, essa questão da resolutividade (Médico_eSFx)

Uma coisa que eu acho importante é com relação a capacitação das agentes de saúde, porque lógico que tem pessoas ou tem equipes

que são desinteressadas, mas uma grande parte são interessadas entendeu, principalmente quando a gente discute algum caso específico, então elas se mostram interessadas assim de saber mais (Profissional3_Nasf).

5.3.3 Adequação do perfil dos encaminhamentos para atenção especializada

Dentre as profissões presentes no Nasf estudado, foram analisados os encaminhamentos realizados pela fisioterapia e psicologia (Tabela 8 e 9). As demais categorias profissionais não foram incluídas por possuírem uma quantidade de encaminhamento muito pequena (nutrição e psiquiatria) ou com muita variabilidade de serviços (fonoaudiologia).

A psiquiatria encaminhou pouco, pois conseguiu fazer o manejo terapêutico junto com a psicóloga do Nasf e as demais equipes que atuam no território, atingindo um alto grau de resolutividade interna. A área de nutrição não realizou muito referenciamento porque, segundo a profissional, não há no município um serviço especializado de endocrinologia e/ou nutrição. Quando um usuário apresenta necessidade, a profissional encaminha para serviços estaduais.

Tabela 8 - Principais motivos e tipos de encaminhamento após atendimento do fisioterapeuta do Nasf, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.

Motivo do Atendimento	Núcleo de Reabilitação (%)	Orientação (%)	Retorno (%)	Total
Artralgias/artrose	4	71	25	100
Fraturas	34	24	42	100
Bursite/tendinite	8	43	49	100
AVC	14	57	29	100
Lombalgias/cervicalgias	21	36	43	100
Pós-cirúrgico	30	20	50	100
Outros	21	37	42	100
Esporão	0	44	56	100
Traumas	20	55	25	100

Fonte: Registros de produção do Nasf

Na análise dos encaminhamentos realizados pela fisioterapia, as principais causas de referenciamento foram: fraturas, usuários em período pós-cirúrgico e, em terceiro lugar, os usuários com quadros agudizados de lombalgia e cervicalgia.

Todos os encaminhamentos foram realizados para o serviço de referência municipal, o Núcleo de Reabilitação.

Tabela 9 - Principais motivos e tipos de encaminhamento após atendimento do psicólogo do Nasf, janeiro a dezembro de 2014, Camaragibe – PE.

Motivo do Atendimento	Ambulatório Psicologia (%)	Psiquiatra Nasf (%)	Grupo TC (%)	Retorno (%)	Orientação (%)	Outros (%)	Total
Depressão	27	26	6	16	19	6	100
Ansiedade	33	33	13	10	4	7	100
Conflito conjugal	8	4	17	29	42	0	100
Conflito familiar	24	3	3	12	50	8	100

Fonte: Registros de produção do Nasf

Na área de psicologia, as causas que produziram mais encaminhamento foram: ansiedade, depressão e conflitos familiares. Os dois primeiros foram, frequentemente, referenciados para ambulatório especializado de psicologia e para atendimento com psiquiatra do Nasf. Enquanto as pessoas com conflito familiar foram predominantemente referenciadas para acompanhamento psicoterapêutico.

5.3.4 Satisfação dos profissionais das eSF apoiadas pelo Nasf

A análise da satisfação dos usuários tem sido uma estratégia, frequentemente, utilizada para avaliar a resolutividade dos serviços de saúde. No caso do Nasf, considera-se que essa equipe trabalha com foco em dois tipos de público-alvo: as eSF, que seriam a população prioritária da equipe matricial; e a comunidade residente no território de atuação do Nasf.

A partir dessa perspectiva, a satisfação das eSF e da população, poderiam ser utilizadas como estratégias complementares para avaliação da resolutividade da atuação do Nasf. Nesse estudo, foi possível coletar alguns dados que ajudam a identificar a percepção dos profissionais que atuam na atenção básica em relação a resolutividade do Nasf.

Os profissionais percebem que a atuação do Nasf produz resolutividade na assistência prestada a população e também admitem que a atuação em conjunto tem modificado o próprio “olhar” das eSF no que se refere à identificação de problemas e criação de ofertas terapêuticas.

Outros aspectos ressaltados positivamente foram a dedicação que a equipe Nasf tem com o trabalho realizado e com a comunidade assistida; e a auto percepção de “maior segurança” referida pelas eSF no momento que se referem ao fato de ter o apoio próximo dos profissionais do Nasf.

Esses anos todos tivemos muitas coisas (...) O impacto foi superpositivo, só de a gente conseguir olhar pra essa população de uma forma diferente e poder dar a elas alguma coisa de volta...hoje você poder dizer a gente vai marcar pra você... (Enfermeira_eSFx).

A gente nota que as equipes confiam na equipe Nasf e eu acho que essa comunicação, essas reuniões que a gente faz eu acho que é um dos pontos mais fortes, são as reuniões de discussões de caso, porque nela a gente consegue trabalhar com confiança, trabalhar esse trabalho em equipe mesmo (Profissional1_Nasf).

Como ponto positivo eu vejo o acompanhamento no domicílio, a dedicação, o cuidado em ensinar, tudo aquilo direitinho bem detalhado até chegar ao ponto de o paciente se reabilitar e sair (ACS4_eSFx).

O compromisso também da equipe do Nasf com o trabalho é muito grande, eles são muito dedicados e eles cumprem mesmo, eles não deixam buracos não, eles fazem mesmo, então isso eu acho que é o que tem de bom ... o compromisso que eles tem com o trabalho, com a equipe, com os comunitários (ACS2_eSFx).

Quando questionados sobre os aspectos da atuação do Nasf que precisavam melhorar, os profissionais foram enfáticos em relação à: necessidade de reduzir o número de equipes que são apoiadas pelo Nasf, investir na infraestrutura das unidades de saúde da família com objetivo de ampliar os espaços e recursos materiais para realização de mais atividades coletivas e fortalecer os espaços de planejamento em conjunto. Também foi muito referido a dificuldade de acesso à alguns exames e/ou atendimentos que acabam fragilizando a atuação da atenção básica como um todo.

A estrutura não permite que atuem do jeito que deveriam atuar, por ser pequena a equipe do Nasf. Tem o limite de demanda, de material, disponibilidade mesmo de outros profissionais... resumindo pra mim os dois pontos principais são o número de equipes que o Nasf tem que dá conta e a falta de estrutura, são coisas que barram

uma melhor interação do Nasf com o grupo. Estrutura de exames e estruturação maior da organização dos outros serviços (Médico_eSFx)

Acho que o modelo (de atuação) talvez seja o ideal, acho que tem que mudar a questão mesmo do número de famílias, porque sobrecarrega e você termina trabalhando a parte curativa e não a preventiva entendesse (ACS2_eSFy)

Eles tentam, eles fazem a parte deles só que tem todo o outro percurso (atenção especializada) que não consegue completar. Então falta também a gestão se ligar na história e correr atrás e fazer a parte dela (ACS4_eSFx)

Tem um ponto frágil entre a gente que é porque a gente não planeja... até planeja, mas não na quantidade que poderia de atividades em conjunto, então pela própria dinâmica mesmo pela própria quantidade de demanda que tem cada um (Profissional2_Nasf)

A necessidade de incluir novas categorias profissionais foi bem enfatizada por vários trabalhadores das eSF. Além disso, a ausência de atendimento compartilhado é uma crítica sempre presente no discurso de diversos profissionais.

Outra fragilidade apontada pelos próprios profissionais do Nasf foi o modelo de contratação para composição da equipe. No que se refere ao vínculo trabalhista, todos os profissionais selecionados na época da implantação do Nasf, participaram de seleção pública simplificada e foram vinculados através de contratos de trabalho por tempo determinado e renovados a cada ano (Diário de campo).

Com o passar do tempo, as vagas que foram surgindo devido a saída de alguns profissionais, foram ocupadas por novos trabalhadores, contratados como “prestadores de serviços” e a partir de indicações de alguns gestores (Diário de campo).

O vínculo (empregatício) é frágil... você não ter a certeza se vai continuar eu acho que isso é uma coisa negativa, dá insegurança. Deveria ter concurso. Porque aí quando eles (gestores) contratam mas, às vezes vem pessoas por indicação que não tem experiência e o concurso ele quebra mais essa coisa ...(Profissional2_Nasf)

Durante os grupos focais, as equipes foram provocadas a lembrar de casos que tiveram uma boa resolução a partir da atuação do Nasf. As eSF e Nasf relataram algumas situações onde foram comuns a realização de trabalho integrado. Citaram como exemplos, a boa resolutividade dos casos de hipertensão, diabetes mellitus e os que são acompanhados com apoio do psiquiatra. Foi muito frequente o relato de casos de pacientes que tiveram acidente vascular encefálico e foram atendidos pela equipe Nasf.

Psiquiatra na maioria das vezes sempre resolve aqui né. Toma uma medicação, faz uma reavaliação e o paciente mantém estável. Hipertensos e diabéticos, também tem uma resolução muito boa. Só quando não tem como resolver aqui na unidade é que encaminham pra fora. (ACS4_eSFy)

Por exemplo, pacientes que tiveram AVE e precisaram de atendimento... teve visitas e fazia os exercícios e consegue voltar a se comunicar... melhora através dos exercícios, das visitas sendo orientado (ACS2_eSFx)

[...] teve AVE e o Nasf começou a orientar a família os exercícios e ela começou a se pentear sozinha, a trocar sozinha, já começava a mexer a dar alguns passos, até que ela depois se mudou voltou pra casa da outra filha dela. Mas assim pra vista de como ela estava pra o que a gente conseguiu com isso que ela teve, com questão da liberdade ela podia se cuidar sozinha, comer sozinha, andar né, tomar banho sozinha... Só ficou com um pouco de dificuldade assim uma deficiência na face mas nada que impedisse ... (ACS1_eSFx)

Além das citações sobre os casos mais frequentes, as equipes relataram de forma mais enfática alguns casos de usuários que parecem ter marcado muito o processo de trabalho desses profissionais e que foram classificados como “histórias bem sucedidas”.

Escolheu-se uma dessas histórias para descrever com mais detalhes neste estudo. O caso de D. Maria (nome fictício) foi narrado pela eSFx. A partir desse relato, também buscou-se alguns dados do prontuário dessa paciente e registrou-se no diário de campo com a finalidade de colaborar com a narrativa dessa história. Após conclusão da narrativa, apresentou-se o texto à 3 profissionais da equipe que acompanharam a referida paciente e ambos, validaram o conteúdo do mesmo.

Tem um caso de uma comunitária, D. Maria. Ela veio de São Paulo com um aneurisma, tinha tido um aneurisma e estava acamada, então a gente levou o Nasf lá. Eu acho que foi um caso que teve uma resolução do Nasf que foi muito bom (ACS2_eSFx)

D. Maria, 55 anos, solteira, ensino médio, natural de Recife, mudou-se para São Paulo (SP) ainda jovem e lá viveu durante muitos anos. Amante da leitura, sempre demonstrou um bom vocabulário e rapidez de raciocínio. Trabalhou como governanta até o dia que sofreu um aneurisma e teve sua rotina completamente modificada. Após esse incidente, decidiu voltar para seu estado de origem onde viviam seus familiares. Essa usuária apresentava hemiparesia à direita, com predomínio de espasticidade. Não deambulava sozinha e por isso, passava maior parte do tempo restrita ao leito. Apresentava boa conservação da memória, fala fluente e sem dificuldade na deglutição. Relatava que sua maior vontade era voltar a andar. Havia relatos frequentes de que D. Maria estava com humor irritadiço e seu discurso apresentava frequentemente, perspectivas negativas em relação ao seu futuro. Sempre se queixava da família, relatava que não recebia atenção, que demoravam a dar alimentação e a deixavam sozinha durante muito tempo. Confessava que tinha dificuldade de relacionamento com muitos familiares. Frequentemente, cobrava mais atenção da unidade de saúde da família (Diário de campo).

A fisioterapeuta foi muito lá, a Nutricionista e a psicóloga foram também. Ela tinha muita dificuldade de fazer exercício e não conseguia sair de casa porque ela morava numa área que tinha uma escadaria (ACS2_eSFx).

O relato sobre o acompanhamento da referida usuária revela que no decorrer dos atendimentos, houve uma alteração do enfoque do seu projeto terapêutico. Se no início, as orientações estavam centradas na melhora da sua autoestima e recuperação funcional para treino de marcha, com o passar do tempo as orientações foram se concentrando no objetivo de ampliar seu empoderamento e motivá-la a alterar sua condição de habitabilidade e seus relacionamentos familiares. Essas mudanças foram resultantes do processo de acompanhamento e reavaliação do PTS construído pelas equipes SF e Nasf.

A constatação de que a sua liberdade de deslocamento era bastante prejudicada pela sua situação de moradia (1º andar e com grande escadaria) levou a equipe a solicitar ajuda do CRAS e incentivá-la a mudar-se para uma casa térrea e em área plana que lhe conferisse melhor acessibilidade. Além disso, a equipe acreditava que sua mudança de residência também lhe possibilitaria uma distância

mínima dos familiares com quem travava conflitos cotidianamente (Diário de campo).

Dona Maria, apesar de todo aperreio lá em cima e vai um e vai outro e pede e mostra e fala, ela desceu pra o CRAS, tá entendendo... (Enfermeira_eSFy)

De alguma forma junto com o Nasf a gente conseguiu fazer com que ela descesse fosse pra um lugar mais acessível e como ela era maltratada pela família então ela conseguiu sair da casa da família e hoje a vida dela melhorou muito, em relação a isso a vida dela melhorou muito (ACS2_eSFx)

Após alguns meses da primeira visita realizada pelo Nasf, D. Maria conseguiu mudar de moradia contratar uma cuidadora para ajudá-la em algumas atividades que não conseguia realizar sozinha. Em sua nova residência, conseguia se locomover com auxílio de cadeira de rodas, podia cozinhar, fazer sua auto higiene e alimentar-se sem ajuda. Um de seus relatos mais empolgantes foi sobre sua primeira visita ao centro da cidade, onde pode ir a uma agência bancária e frequentar o comércio popular, com uso da cadeira de rodas e de sua cuidadora (Diário de campo).

Tá com mais liberdade, tá começando a cuidar dela... acho que não houve nenhum momento dela ir lá pra fora (serviço especializado), bastou aqui dentro mesmo né (atenção básica) que ela resolveu. (Enfermeira_eSFx)

Apesar de D. Maria não ter alcançado o seu “maior desejo” que era deambular, o conjunto de ações realizadas pelas eSF e Nasf juntamente com a referida usuária e com o CRAS, ela apresentou ganho funcional significativo, exemplificado pela sua mudança de condição, predominantemente restrita ao leito, para uma condição de cadeirante que lhe conferiu maior autonomia para locomover-se.

A vida dela não melhorou totalmente porque ela quer andar e ela ainda não conseguiu isso, mas pelo menos a acessibilidade dela melhorou muito quando a gente conseguiu que ela viesse pra uma casa mais acessível. (ACS2_eSFx)

Além disso, a mudança de moradia também ajudou na melhora de seu humor, na medida em que diminui o número de confrontos com familiares com os quais não nutria relacionamento harmonioso (Diário de campo). Esse tipo de relato, apresentado por uma eSF como um exemplo de boa resolução da atenção básica, a

partir da atuação do Nasf, parece indicar que a avaliação de resolutividade nesse nível assistencial precisa ser ampliada e superar a visão exclusivamente clínica, onde a cura é o desfecho principal.

No enfrentamento de doenças/condições crônicas, em um contexto de alta complexidade como é o da atenção básica, o modo de agir em saúde também precisa ser alterado. Logo, a forma de analisar os resultados desse novo agir também precisa ser ampliada para se adequar ao que está proposto no horizonte como objetivo final da atuação dessas equipes, que não é apenas a cura. Antes, o objetivo maior parece ser a funcionalidade, a melhora na qualidade de vida dos indivíduos e famílias acompanhadas.

5. 4 O papel do Nasf no fortalecimento da coordenação do cuidado na atenção básica

Das três dimensões que compõe o conceito de coordenação assistencial, apenas a coordenação administrativa não foi identificada como sendo desenvolvida pelo Nasf. Mas, encontramos evidências que demonstram o papel do apoio do Nasf no exercício da coordenação da informação e da gestão clínica por parte das equipes de SF. Vale salientar que essas evidências são limitadas para a relação da atenção básica com dois serviços especializados: o Núcleo de Reabilitação Camaragibe (NRC) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas três modalidades assistenciais: infantil, transtorno e álcool de outras drogas.

Essa especificidade, da experiência estudada, foi relatada pelos profissionais do Nasf como sendo decorrente da maior abertura que os CAPS e o NRC apresentaram para construir ações de forma compartilhada e pela iniciativa das coordenações desses serviços em estimularem reuniões entre as equipes. Os outros serviços municipais especializados, constituídos predominantemente por especialidades médicas, tem o seu acesso organizado a partir de uma central de marcação e de um sistema de cotas mensais que definem quantos pacientes podem ser referenciados para algumas consultas especializadas e exames complementares (Diário de campo).

Apesar dessa limitação do estudo, os resultados encontrados possibilitam a identificação de evidências de que a AB pode exercer coordenação de atenção sim, quando apoiado por outras equipes que também atuam nesse mesmo nível de

atenção e operam com um processo de trabalho com maior possibilidade de integração com outros níveis de atenção.

5.4.1 O Nasf e a coordenação da Informação

A atuação do Nasf junto às equipes de SF no enfrentamento cotidiano das demandas e necessidades do território pode proporcionar possibilidades de interação e trocas de informações que ultrapassam as estratégias formais de integração entre equipes. Os resultados desse estudo demonstram que as equipes utilizam alguns mecanismos para transferência de informação intranível (SF e Nasf) e interníveis (AB e AE).

As reuniões entre equipes (SF e Nasf) para discussão de casos é citada como um mecanismo formal e bem consolidado que contribui diretamente com a coordenação da informação. Além dessa reunião mensal, identificou-se que essas equipes utilizam o mesmo prontuário para registro de todas as ações desenvolvidas com o paciente, constituindo assim outro mecanismo formal para transferência de informação intranível (Diário de campo).

Os profissionais do Nasf registram as orientações, prescrições e encaminhamentos realizados durante os atendimentos e visitas domiciliares no prontuário da família (Diário de campo).

A comunicação (sobre os casos clínicos) se dá basicamente através das reuniões (Profissional3_Nasf);

Aqui com o Nasf junto com a gente discutindo o caso a integração é bem mais interessante. (Médico_eSFx)

Os profissionais também relataram a “liberdade de comunicação” que possuem e como utilizam outros meios para troca de informações, tais como: telefone, mensagens eletrônicas e diálogos curtos nos intervalos entre atividades clínicas.

(...) a gente se comunica por *whatsapp*, por telefone. (...) não existe burocracia de só falar no dia da discussão de caso. (Profissional1_Nasf)

Quando a gente vem pro atendimento, pra uma visita... A gente interage muito, a comunicação é ampla. (Profissional3_Nasf)

No que se refere à transferência de informação, entre equipes e/ou serviços que atuam em níveis de atenção diferentes, foram citados mecanismos formais como a “ficha de encaminhamento ao especialista” e as reuniões para articulação de rede.

A reunião de articulação (de rede) serve para estabelecer a triagem e os critérios de riscos que a gente utiliza na fila de espera, pra conseguir organizar a fila de espera (Profissional1_Nasf).

Os pacientes veem referenciados da atenção básica com aquela ficha de encaminhamento do especialista, quando a gente dá alta aí a gente faz a contrarreferência né, então a gente diz qual foi o tratamento pra o posto, como foi que aquele paciente evoluiu e como é que ele deve continuar né (...) eu sempre digo: ‘olha, agora você vai pegar esse papel aqui e você vai entregar pra aquela fisioterapeuta lá do Nasf que tá lhe acompanhando’ (Profissional4_NR)

As reuniões de articulação de redes com equipes de serviços especializados (Núcleo de Reabilitação e CAPS) ajudam no conhecimento interpessoal dos profissionais das diferentes equipes e são utilizados para discutir gestão da fila de espera, critérios de prioridade e de alta, entre outros.

Cabe enfatizar que o uso de mensagens e telefone também foi relatado pelos profissionais como mecanismos mais informais, mas bastante utilizados na troca de informações (Diário de campo).

Uma observação importante, é que as reuniões entre equipes da AB estavam bem mais consolidadas do que as reuniões de articulação de rede. A primeira atividade tem calendário fixo pactuado com todas as equipes de SF apoiadas pelo Nasf. Enquanto, a reunião com os serviços especializados tinha um calendário mais sujeito a variações e, embora fosse obrigatória, nem todos os profissionais do Nasf participavam com periodicidade (Diário de campo).

Foi possível constatar que essa troca de informações entre as equipes possibilita o conhecimento sobre as condições sociais em que vivem os pacientes e a sua história clínica e esse saber é considerado na construção das condutas terapêuticas de todas as equipes.

As informações sociais (dadas, principalmente pelos Agentes de Saúde) e as condutas clínicas são consideradas pelos profissionais do Nasf e SF na condução terapêutica dos pacientes. Nas reuniões

com serviços especializados, os casos mais complexos também são discutidos e as especificidades dos pacientes são consideradas nas decisões terapêuticas (Diário de campo).

Essas informações (sobre o paciente) são tratadas nas reuniões pra trazer as devolutivas. (Profissional5_Nasf)

5.4.2 O Nasf e a Coordenação de Gestão da Clínica

Identificou-se que a atuação do Nasf junto às equipes de SF tem colaborado no fortalecimento da coordenação de gestão clínica dos usuários, referenciados para atenção especializada, especialmente, na área de reabilitação e saúde mental. A existência de protocolo do Nasf, de diversas modalidades de reuniões entre equipes e o monitoramento do acesso dos pacientes que as equipes da atenção básica realizam, são alguns dos mecanismos utilizados e que oportunizam a gestão clínica do cuidado.

As reuniões entre equipes intranível e interníveis, além do uso de registros compartilhados como prontuário único e fichas de encaminhamento, colaboram para aumentar a coerência da atenção, constatada através da existência de objetivos clínicos e tratamentos compartilhados (intranível e interníveis). Essas reuniões interdisciplinares oportunizam frequentemente, a discussão de casos, o planejamento compartilhado de ações e a avaliação da condução de projetos terapêuticos para um determinado usuário ou família.

Nas reuniões entre equipes, são construídos os PTS dos casos mais complexos. Além disso, cada profissional compartilha as informações sobre os atendimentos que fizeram de maneira individual e perguntam como vai o acompanhamento desses pacientes por parte da equipe SF e ACS. Em algumas dessas reuniões, profissionais do CAPS (Ad e transtorno) também participam e constroem PTS junto com SF e Nasf, tanto em momentos de alta de alguns pacientes do CAPS como em divisão de atividades quando o paciente está em atendimento semi-intensivo (Diário de campo).

Nós fazemos reunião aqui uma vez por mês, onde são trazidos todos os casos e é discutido junto com o Nasf e aí a gente vai direcionar cada caso, se vai precisar de uma consulta, se vai precisar de uma visita, se vai precisar de um encaminhamento (Enfermeira_eSFy)

Nas reuniões de articulação de rede também acontece discussão de casos e são realizadas pactuações sobre o momento da alta da atenção especializada, pactuando o que é necessário e possível fazer na AB (Diário de campo).

Outra forma de verificar a coerência da atenção prestada pelas equipes é através da adequação clínica da transferência do paciente. A elaboração conjunta do protocolo municipal de diretrizes do Nasf e a realização de oficinas com os profissionais de diversos serviços foram estratégias para garantir a coerência no encaminhamento de pacientes.

No processo de implantação do Nasf, foi realizada uma oficina entre Nasf e serviços especializados para definir os perfis de pacientes que deveriam ser encaminhados para cada serviço, assim como, as demandas que o Nasf poderia ajudar a resolver na AB. Esse produto da oficina já foi discutido e ajustado algumas vezes, em reuniões para articulação de rede (Diário de campo).

Percebem-se evidências de que as equipes tentam pactuar os critérios para transferência de um paciente de um nível assistencial a outro nas reuniões de equipe.

Às vezes eu não sei bem pra onde vai e o Nasf me ajuda a entender. Às vezes aquilo que eu achava que era de um determinado profissional eu descubro que não é, que tem que ir pra outro profissional e isso serve como conhecimento, até pra um próximo paciente, uma próxima consulta que eu fizer (Médico_eSFx).

Alguns casos apresentados pela equipe SF nas reuniões de equipe são atendidos pelos profissionais do Nasf para fazer uma escuta/avaliação mais especializada e ajudar na decisão pelo encaminhamento para AE. Essa atuação ajudou a triar melhor quem e quando deve ser encaminhado (Diário de campo).

Apesar de não contarem com sistemas de informação verticais (como prontuários eletrônicos, por exemplo) que permitam verificar o acesso e alta de todos os pacientes encaminhados à atenção especializada, os profissionais da equipe de SF relataram como a atuação do Nasf ajuda no monitoramento do acesso

dos pacientes na atenção especializada em reabilitação e saúde mental (Diário de campo).

Quando vem a reunião do Nasf aí tem aquela troca de como foi aquele paciente, como foi encaminhado, pra onde foi, o que aconteceu com ele (ACS 3_eSFx).

Aí se ele não teve acesso, coloca o caso na discussão e a equipe toda interage e ver qual o melhor caminho. (Profissional5_Nasf)

Uma fragilidade importante é o fato de não existir a definição de um profissional diretamente responsável pelo seguimento clínico dos usuários referenciados para atenção especializada. Geralmente, esse papel é desempenhado, de forma pouco estruturada, pelo agente comunitário de saúde que tem maior vínculo com os usuários e fica monitorando se o paciente já acessou outro nível assistencial, se está melhorando, etc. Na prática, é o ACS que atua como um “coordenador do cuidado”.

A responsabilidade de acompanhar o seguimento do paciente geralmente fica a cargo do ACS (porque visita o paciente) ou do Nasf porque participa de reuniões com AE e monitora se o paciente acessou. Mas, isso não acontece de maneira uniforme com todas as equipes de SF. Nas unidades onde o processo de trabalho parece ser menos organizado ou os ACS não são tão colaborativos, o seguimento do paciente é prejudicado (Diário de campo)

Na experiência analisada, não se trabalha com o conceito de “Técnico de Referência” (TR) como acontece em outras experiências de Nasf e, mais frequentemente, na saúde mental. Esse tipo de organização poderia dar mais solidez ao seguimento clínico dos pacientes referenciados e fortalecer, mais especificamente, a coordenação da gestão clínica.

Um aspecto relevante é o nível de interação entre as equipes SF e Nasf que possibilita a formação de um forte vínculo entre profissionais e um maior conhecimento do território acompanhado, ao ponto das equipes conseguirem pensar conjuntamente estratégias de suporte, inclusive assistencial, para atender as necessidades de cuidado dos usuários que são referenciados e que demoram a acessar os serviços especializados.

Durante a coleta de dados, foi possível acompanhar várias discussões de casos pacientes que havia sido referenciados para o núcleo de reabilitação, por

exemplo, e diante da dificuldade de conseguir acesso (que algumas vezes demorava até 6 meses), continuavam sendo atendidos pelos profissionais do Nasf, com objetivo de aliviar o sofrimento e evitar a progressão de perdas funcionais (Diário de campo).

Mesmo demorando (o acesso) ela não solta o paciente não. Tá demorando, mas mande pra mim de volta, deixa eu ver de novo, vamos ver como é que a gente pode fazer, vamos tentar outro caminho...tá entendendo, então assim não deixa de ajudar, não para ali, pronto eu encaminhei e acabou-se. (Enfermeira_eSFx)

Esses re(arranjos) organizativos sobre a oferta do Nasf, tanto no suporte educativo e/ou assistencial, podem amenizar o sofrimento dos usuários e colaborar no fortalecimento da coordenação do cuidado exercida no nível assistencial da AB. No entanto, é importante ressaltar que os profissionais do núcleo de apoio a saúde da família não pode substituir o papel dos serviços especializados, e que sua atuação junto às equipes de SF deve ter como suporte a atenção especializada e de alta complexidade, de forma que essas equipes de Nasf sejam potencializadoras da rede de atenção à saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Outro aspecto importante, é que esse seguimento do paciente em seu trajeto assistencial até o serviço especializado fortalece ainda mais o vínculo com a atenção básica. O interesse e responsabilidade contínuos das equipes com a história do usuário e seu desfecho, mesmo em outro serviço, pode colaborar para conquistar a confiança do paciente na sua equipe de referência.

Não quer dizer que ele passa a ser da referência, esse paciente ele continua sendo monitorado. Então, realmente ele fica sendo acompanhado pelo serviço de referência, mas não significa que não é mais nossa responsabilidade, a qualquer momento a gente sabe que pode também ser acionada pra ajudar nesse cuidado. (Profissional1_Nasf)

5.4.3 O Nasf e a coordenação administrativa

Considerando os mecanismos mais utilizados para coordenação administrativa, o município conta com uma central de marcação de consultas e exames especializados, mas com ação limitada às especialidades médicas.

Algumas vezes, os profissionais do Nasf precisam referenciar pacientes para especialidades médicas (como neurologia ou endocrinologia, por exemplo) e o tempo de espera é muito longo. Além disso, não recebem informações de como foi o tratamento realizado nesses serviços especializados (Diário de campo). O mesmo problema é relatado pela equipe de saúde da família

A questão da referência e contrarreferência, a gente não tem normalmente de outro profissional, nem por escrito a gente tem. Se eu mando pra um especialista eu não tenho resposta, como é que vai ser o tratamento. (Médico_eSFx)

Ao discursarem sobre o acesso na atenção especializada, os profissionais se queixaram de barreiras organizacionais que fazem com que os pacientes fiquem muito tempo em listas de espera.

Excetuando a existência do protocolo municipal de atividades do Nasf e os critérios definidos para referenciamento de pacientes aos serviços especializados, que contou com a participação ativa dos profissionais na sua construção e revisão, não identificou-se evidências da colaboração do Nasf na coordenação administrativa.

6 DISCUSSÃO

A implantação do Nasf no município estudado se deu no mesmo ano em que essa proposta foi criada pelo Ministério da Saúde. E a semelhança do que aconteceu em muitos outros municípios, os gestores e profissionais enfrentaram dificuldades no processo de implantação e organização do trabalho desse novo arranjo assistencial (ANDRADE et al., 2012; MAGALHÃES, 2013; SAMPAIO et al., 2012; SILVA et al., 2012)

Um dos principais desafios enfrentados no processo de implantação das equipes Nasf estava relacionado a dificuldade de entendimento dos gestores e trabalhadores sobre essa proposta. A lacuna de tempo entre a criação do Nasf e publicação das suas diretrizes foi de quase dois anos. Esse tempo sem informações detalhadas sobre apoio matricial colaborou para a implantação de inúmeras equipes de Nasf que estabeleceram seus processos de trabalho de modo distinto que é preconizado pelo MS (BRASIL, 2014; NASCIMENTO, 2014; SAMPAIO et al., 2012)

Mesmo após as publicações normativas detalhadas do Ministério da Saúde, em 2010 e depois em 2014, muitos estudos revelam que ainda persiste grande diversidade de modelos de Nasf em operação e muita falta de clareza sobre a diretriz do apoio matricial na organização do processo de trabalho dessas novas equipes (BONALDI; RIBEIRO, 2014; ARAUJO; GALIMBERTTI, 2013; NAKAMURA; LEITE, 2016; NASCIMENTO, 2014; SAMPAIO et al., 2012).

Essa diversidade de modelos de Nasf pode ser compreendida como parte de um contexto maior de disputa por um modelo assistencial em saúde mais integral, resolutivo e participativo em detrimento do modelo hegemônico que se pauta na atenção curativista, extremamente especializada e fragmentada (BEZERRA, 2013; BRASIL, 2014; NASCIMENTO, 2014; SAMPAIO et al., 2012). Além da vontade política dos gestores locais e do perfil de formação dos trabalhadores de saúde, a forma como a atenção básica está organizada e seu grau de integração aos demais pontos assistenciais locais influenciam fortemente, o modo como as equipes Nasf têm operado (BEZERRA et al., 2010; BONALDI; RIBEIRO, 2014; NASCIMENTO, 2014).

Quando o Ministério da Saúde criou o Nasf e estabeleceu o apoio matricial como principal diretriz organizativa, estabeleceu-se um grande desafio para essa nova proposta assistencial. Ao ser implantada uma equipe Nasf, frequentemente, é

encontrado um cenário de muita expectativa dos gestores e eSF dada a elevada demanda reprimida para atenção especializada (NASCIMENTO 2014; BEZERRA, 2013; SOUSA, 2010; BEZERRA et al., 2010). Além dessas dificuldades em relação a rede assistencial especializada, as novas equipes se inserem, via de regra, em um território com um conjunto de eSF que já possuem um processo de trabalho e com rotinas de trabalho estabelecidas e, muitas vezes, viciadas (BONALDI; RIBEIRO, 2014; LANCMAN; BARROS, 2011; SAMPAIO et al., 2012).

Assumir esse lugar de apoio a um conjunto de equipes que já possuem um modo de operar, e instituir um processo de trabalho que se baseia em tantos dispositivos de mudança do modelo assistencial tais como: clínica ampliada; trabalho em equipe com integração e cooperação interprofissional, torna-se de fato um grande desafio para os gestores e conjunto de trabalhadores que operam na atenção à saúde. Principalmente, porque esses profissionais foram formados para o modelo de atenção biomédico tradicional, contra o qual são convocados para romper e provocar mudanças (BEZERRA, 2013; BRASIL, 2014; CERVATO-MANCUSO et al., 2012; LANCMAN; BARROS, 2011; SAMPAIO et al., 2012; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012).

6.1 Implantação e organização do processo de trabalho do Nasf

Os resultados desse estudo evidenciaram que o Nasf tem atuado na perspectiva do apoio matricial. Essas evidências confirmam os achados de outros autores que já fizeram algum tipo de análise sobre o processo de trabalho do Nasf em Camaragibe e identificaram atuação coerente com a diretriz do matriciamento (BEZERRA et al., 2010; NASCIMENTO, 2014).

Na percepção dos profissionais participantes da pesquisa, um dos fatores facilitadores nesse processo de implantação foi o fato do município ter experiências pregressas de atuação de equipes multiprofissionais (na área de saúde mental e reabilitação) dando retaguarda assistencial às eSF. Essas experiências denominadas SAMECO e PPSRF já foram relatadas por outros autores (BEZERRA et al., 2010; CASÉ et al., 2002; SANTOS et al., 2007) e foram relevantes para a definição de que o Nasf deveria atuar na lógica do Apoio Matricial.

Esse contexto histórico do Nasf no município estudado tem semelhanças com a experiência de apoio matricial desenvolvida em Campinas, São Paulo, que

implantou equipes de saúde mental na atenção básica, desde 1989, com objetivo de fortalecer sua capacidade de cuidado e ajudar a construir uma nova proposta de atenção em saúde mental (DOMITTI, 2006). As reflexões sobre essa experiência contribuíram para formulação da metodologia do Apoio Matricial (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016).

No cotidiano dos serviços de saúde, o apoio matricial pode ser concretizado através de diferentes ações: discussões de caso e de temas clínicos ou de organização do trabalho; atendimentos individuais e coletivos, prioritariamente compartilhados; atividades coletivas educativas e/ou terapêuticas; atendimentos domiciliares, entre outros (BRASIL, 2011, 2014).

No município estudado, o Nasf tem realizado um elenco de atividades que contemplam as dimensões pedagógica e assistencial do apoio matricial, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). No entanto, é evidente que há um predomínio de atividades na dimensão técnico-assistencial e isso é reconhecido pelas eSF e pelo próprio Nasf. Ambas as equipes reconheceram que essa realidade é consequência da pressão que recebem da comunidade para realizar ações de assistência, bem como, pelas dificuldades que enfrentam para instituir novas práticas de agir em saúde. Estas dificuldades também são relatadas em vários outros estudos sobre o Nasf (MARTINS et al., 2015; NASCIMENTO, 2014; PASQUIM; ARRUDA, 2013; SILVA et al., 2012).

A experiência estudada corrobora com os achados de outras pesquisas realizadas em diversos municípios brasileiros, no sentido de evidenciar a possibilidade de concretizar o apoio matricial em distintas realidades e comprovar as potencialidades desse arranjo para modificar o modo de cuidar em saúde (BEZERRA, 2013; CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016; GONÇALVES et al., 2015; NASCIMENTO, 2014). Essa potência para induzir mudança nas práticas de saúde deve-se ao fato desse método de organização do trabalho preconizar um agir necessariamente integrado entre equipes, que estimula a reflexão conjunta sobre os problemas de saúde (BRASIL, 2014; NASCIMENTO, 2014; MINOZZO; COSTA, 2013) e, na maioria das vezes, provoca certa “desterritorialização dos profissionais de seu núcleo de saber específico, favorecendo a busca de novas possibilidades de produção de saúde” (BARROS et al., 2015 p. 2848).

No caso estudado, os registros de produção da equipe Nasf evidenciaram um grande quantitativo de atividades assistenciais, com destaque para os atendimentos

individuais. Essa predominância de ações diretas de cuidado aos usuários precisa ser refletida com cautela porque pode representar, por um lado, uma predisposição para o agir curativista e gerar negligência com ações de suporte pedagógico que tem mais potencialidade para ampliar a resolutividade das eSF (BRASIL, 2014). Por outro lado, o grande quantitativo de atividades assistenciais pode ser interpretado como um esforço das equipes atenderem o maior número possível da demanda que chega à atenção básica.

Há estudos que revelam que muitos modelos de Nasf têm se pautado, quase que exclusivamente, na função de prestar retaguarda assistencial a atenção básica, reproduzindo um agir especializado e individual, sem impacto direto na forma como as eSF já atuavam (FERNANDES, 2012; FITIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015; MARTINS et al., 2015; MOURA; LUZIO, 2014; NASCIMENTO, 2014; OLIVEIRA, 2012; SAMPAIO et al., 2012; SILVA, 2012). Assim, em alguns municípios o Nasf funciona como um tipo de centro de especialidades, com atuação de cunho ambulatorial, em um formato biomédico bastante tradicional e oposto ao proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014; MOURA; LUZIO, 2014; NASCIMENTO, 2014).

Essa preocupação com o “agir desvirtuado” do Nasf em muitos locais é bastante pertinente para que o mesmo não caia na armadilha de tentar assumir um papel na rede de atenção que ele não pode ou não deve desenvolver. Apesar da demanda reprimida para atenção especializada, frequentemente identificada no início da implantação dos Nasf na maioria dos municípios, a equipe matricial precisa assumir papel diferenciado para não ser apenas mais um serviço a ser vencido pela crescente demanda assistencial (BEZERRA et al., 2010; CUNHA; CAMPOS, 2011; NAKAMURA; LEITE, 2016; NASCIMENTO, 2014; PASQUIM; ARRUDA, 2013; SILVA et al., 2012). No entanto, o receio de cair na armadilha assistencialista tem gerado um discurso, em muitos autores e profissionais, de polarização do apoio matricial, quando argumentam que matriciamento é quase que exclusivamente as ações técnico-pedagógicas e que o cuidado direto ao usuário só deve ocorrer em casos específicos/pontuais e de grande complexidade (BEZERRA, 2013; CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016).

Estudo recentemente realizado na cidade de Campinas (SP) encontrou um predomínio de compreensão, entre os profissionais, de que o exercício do matriciamento está limitado às ações educativas e reuniões (CASTRO; OLIVEIRA;

CAMPOS, 2016). Vários estudos alertam para o fato desse tipo de compreensão acerca da operacionalização do apoio matricial representar um risco desta metodologia para o trabalho em saúde em se resumir apenas a atividades realizadas junto às equipes apoiadas, excluindo-se o contato direto com os usuários (BEZERRA, 2013; CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016; NAKAMURA; LEITE, 2016).

O caderno de diretrizes do Nasf (BRASIL, 2014) não traz o enfoque na dimensão pedagógica do apoio matricial em detrimento da técnico-assistencial. Pelo contrário, reitera a importância da dimensão assistencial na operacionalização do matriciamento e de sua repercussão sobre a resolutividade da atenção básica como um todo. O recurso das ações assistenciais individuais e, especialmente as compartilhadas, tem caráter indispensável para aumentar a compreensão do caso e potencializar a resolutividade das eSF (BEZERRA, 2013; SILVA et al., 2012)

O Nasf têm dois principais públicos-alvo: as equipes de referência apoiadas e os usuários do SUS (BRASIL, 2014) e o seu processo de trabalho precisa ser desenvolvido de modo a atender a necessidade de cada um desses públicos, sempre em coerência com as diretrizes de integralidade do cuidado e integração das ações (BEZERRA, 2013; BEZERRA et al., 2010; BRASIL, 2014). Talvez, o desafio esteja em fazer uma construção do processo de trabalho que produza equilíbrio entre as dimensões do apoio matricial. A definição sobre o grau de abordagem da equipe matricial, seja através da dimensão pedagógica ou assistencial, deve ser pactuada entre equipes (BEZERRA, 2013; FITIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015; SARAIVA, 2012). Esse equilíbrio não é dado apenas pela distribuição quantitativa de cada uma das atividades, mas pela coerência em conduzir as ações de modo compartilhado com as eSF com base na discussão e planejamento conjunto para enfrentamento dos problemas de saúde do território acompanhado (BEZERRA, 2013; CHIAVERINI, 2011).

Na organização do trabalho do Nasf estudado, chama mais atenção o fato de não haver registro de atendimentos e/ou visitas compartilhadas com as eSF. Essa ausência foi relatada de forma crítica por vários profissionais. Esse aspecto do processo de trabalho nos parece ser mais grave por duas razões. Primeiro, por que evidencia a não realização de uma das atividades mais enfatizadas nas diretrizes nacionais para o Nasf, justamente por ter tanta possibilidade de contribuir para o ganho de resolutividade no agir das eSF (BRASIL, 2014; CHIAVERINI, 2011;

FITIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015). Em segundo lugar, essa ausência de atendimento compartilhado tem deixado de atender uma expectativa das eSF estudadas, gerando certa insatisfação e crítica ao modo de operar do Nasf.

De fato, o atendimento compartilhado é considerado como uma das principais ferramentas do matriciamento, que provoca uma profunda necessidade dos profissionais desenvolverem práticas interdisciplinares colaborativas, na perspectiva de uma educação permanente e interprofissional (BRASIL, 2014; CHIAVERINI, 2011). Vale salientar que, a educação permanente é reconhecida como um importante fundamento do apoio matricial, sem o qual o compartilhamento de saberes entre as equipes se torna incoerente e distante da necessidade dos serviços (FITIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015)

Ainda sobre as ações do Nasf, tanto os documentos normativos municipais, como os registros de produção e os discursos das equipes evidenciam que há uma ênfase da gestão e dos trabalhadores (SF e Nasf) em valorizar a importância das reuniões na consolidação do apoio matricial e no fortalecimento da integração das equipes intranível e interníveis assistencial. Esse aspecto também é relatado em outros estudos realizados sobre o apoio matricial e o Nasf que destacam as reuniões como principal ação disparadora e organizadora do processo de trabalho das equipes, além de proporcionar oportunidade para o planejamento das parcerias necessárias para a resolução dos problemas demandados pelo território onde atuam (BARROS et al., 2015; BEZERRA et al., 2010; BRASIL, 2014; NASCIMENTO, 2014).

Segundo Oliveira, Borba e Sampaio (2012), a principal ferramenta na construção do trabalho em equipe é a reunião que é reconhecida como uma tecnologia leve e simples, baseada na facilitação da comunicação, do acolhimento e criação de vínculo entre as equipes. Trata-se de técnica com grande potencialidade para organização do trabalho entre equipes, mas frequentemente, é interpretada como atividade que não faz parte do trabalho em saúde. Por isso, muitas vezes é difícil elevá-la ao status de ação prioritária.

O fato das reuniões serem priorizadas na experiência estudada assume uma relevância pela clareza de entendimento dos profissionais sobre essa atividade e pela possibilidade de tantas construções a partir desses espaços coletivos de discussão, reflexão e planejamento. Semelhantemente, Barros et al destacam que as principais reuniões são as que “aconteciam semanalmente entre os Nasf e as eSF e entre as próprias equipes de Nasf” (BARROS et al., 2015). Segundo esses

autores, nessas reuniões, eram identificadas as demandas prioritárias e os desdobramentos eram diversos e podiam ser concretizados de modo conjunto entre as equipes, ou individualmente por algum dos profissionais. “Entre as principais ações pactuadas destacavam-se o desenvolvimento de: grupos terapêuticos e educativos; oficinas com temáticas específicas; atendimentos individuais e/ou avaliação de casos; visita ou consultas domiciliares (BARROS et al., 2015).

6.2O Nasf e ampliação do escopo da atenção básica

Os tipos de ações realizadas e a análise do perfil das atividades assistenciais (seus usuários e agravos/doenças) do Nasf foi escolhida como uma das formas de verificar o resultado dessa proposta na ampliação do escopo da atenção básica. Diante do cenário de crescente complexidade dos problemas de adoecimento populacional e da cronificação da necessidade de cuidados, tem sido atribuído às equipes que atuam na atenção básica um papel importante no desenvolvimento de ações amplas que contemplem cada vez mais o espectro que vai da promoção, prevenção, atenção, manutenção e reabilitação na saúde (BRASIL, 2011, 2014; MENDES, 2010; STARFIELD, 2002).

Os resultados desse estudo evidenciam que a atuação do Nasf ampliou o escopo de ações da atenção básica. Todos os registros de produção, bem como, o discurso dos profissionais comprovam a diversidade agravos/doenças que tem sido enfrentados na atenção básica, tanto com ações preventivas como atividades de atenção e reabilitação. Sem a presença do Nasf junto às equipes de saúde da família, a maioria desses usuários seriam referenciados para atenção especializada, e enfrentariam grandes dificuldades de acesso, nos já superlotados serviços de referência (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; SOUSA et al., 2014). Com o Nasf, houve uma ampliação da capacidade da atenção básica enfrentar problemas relacionados à saúde mental, transição nutricional e as inúmeras doenças limitantes da capacidade funcional, entre outras (BRASIL, 2014; REIS et al., 2012).

Além disso, esse suporte matricial tão próximo das eSF e do território onde as pessoas vivem e adoecem, possibilita o reconhecimento precoce dos problemas e aumenta a possibilidade de um cuidado mais oportuno, viabilizando melhor recuperação da funcionalidade das pessoas adoecidas (BEZERRA et al., 2010; BRASIL, 2014; MARTINS et al., 2015).

Quanto ao perfil dos usuários atendidos nas USF pelos profissionais do Nasf, a maioria foi de mulheres. Esse achado também tem sido muito comum em outros estudos que analisaram a atuação do Nasf (REIS et al., 2012) e a utilização de outros serviços de saúde (MENEGAZZO; PEREIRA; VILLALBA, 2010; PIMENTEL et al., 2011; SANTOS et al., 2007). Geralmente, as mulheres possuem maior interesse por sua saúde e utilizam o mesmo serviço com maior regularidade (PINHEIRO et al., 2002). É mais comum entre as mulheres a percepção de um estado de saúde como regular ou ruim e relato de morbidades crônicas ou limitação de atividade por motivo de saúde (REIS et al., 2012).

Por outro lado, o menor percentual de homens que utilizam os serviços de saúde pode estar relacionado à aspectos culturais tais como: percepção sobre a vida, o adoecimento e a saúde; e às questões referentes à organização e oferta dos serviços de saúde, como a limitação do horário de atendimento (GOMES et al., 2011). Nesse caso, vale ressaltar a observação feita por Reis et al. (2012) de que se faz necessário a realização de ações “públicas de comunicação em massa que sensibilizem os homens a utilizarem os serviços de APS de forma adequada, sempre que necessário” (pag. 669). Assim, também caberia ao Nasf o desafio de um planejamento de ações que não reproduzisse esse cenário de iniquidades no acesso dos homens aos serviços de atenção básica (GOMES et al., 2011; REIS et al., 2012).

Em relação a faixa etária e motivo do atendimento houve variação no perfil predominante entre os usuários em relação às categorias profissionais que prestaram assistência. Na fisioterapia, o predomínio de usuários com idade acima de 40 até 69 anos é um achado coerente com o tipo de agravo/situação que tem gerado maior demanda que são as doenças osteomusculares, como osteoartrose, tendinites/bursites e algias da coluna, que afetam principalmente as mulheres (PICOLOTO; SILVEIRA, 2008; REIS et al., 2012).

No estudo de Reis et al. (2012, p. 670) identificou-se uma proporção de 30,7% dentre a demanda por cuidado na atenção básica que estava relacionado a “problemas osteomusculares, com predomínio das fraturas, osteoartrose e processos degenerativos crônicos da coluna”. Situação semelhante aos achados de Vieira (2010) que realizou estudo na zona rural de Minas Gerais e observou ser esse o principal motivo de procura por atendimento na atenção básica daquela região. O envelhecimento da população e o crescimento das violências geram uma maior

demanda por serviços especializados e cuidados de saúde prolongada, que impõe à atenção básica, novos desafios para sua atuação (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011; NEWALD; ALVARENGA, 2005; VIEIRA, 2010).

Na área de nutrição predominaram os adultos, seguidos da faixa etária infantil (< 4 anos) e adolescentes. Essas faixas etárias são comumente encontradas em outros estudos que analisaram perfil da demanda para nutricionista na atenção básica. Quanto a motivação dos atendimentos, prevaleceram os quadros de obesidade e sobrepeso. A transição nutricional que o Brasil também atravessa é identificada através da redução dos casos de desnutrição e no aumento da prevalência pessoas com sobrepeso e obesidade na população adulta, e de forma crescente entre crianças e adolescentes (CERVATO-MANCUSO et al., 2012; GEUS et al., 2011; WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002).

Essa prevalência de sobrepeso parece estar relacionada as mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares (KAZAPI et al., 2001; SUÑÉ et al., 2007). Nos últimos anos, estudos que analisam o aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade, em diversos países, elencam como uma das várias causas desta epidemia aspectos comportamentais como a diminuição do consumo energético e crescimento da inatividade física (FRUTUOSO; BISMARCK-NASR; GAMBARDELLA, 2003; GEUS et al., 2011; GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001; REIS et al., 2012).

Em relação aos atendimentos da fonoaudiologia, prevaleceram crianças com idade inferior a 10 anos. Geralmente, a maior demanda nessa área, por essa faixa etária, pode ser compreendida pela inserção das crianças na escola que requer das mesmas habilidades para novas interações sociais e bom desempenho na aprendizagem, situação que revela dificuldades antes não percebidas por algumas famílias (BARROS; OLIVEIRA, 2010; GONÇALVES et al., 2000; HAGE; FAIAD, 2005; PINHEIRO et al., 2002;).

Entre as causas que motivaram os atendimentos em fonoaudiologia, prevaleceram as alterações de fala, seguidas das alterações de voz e linguagem. Esse elenco de causas mais prevalentes também foram identificados em outros estudos (BARROS; OLIVEIRA, 2010; CÉSAR; MAKSUD, 2007; DINIZ; BORDIN, 2011; GONÇALVES et al., 2000). Na faixa etária de 5 a 7 anos há maior prevalência de alterações fonológicas e, frequentemente, considerada um problema linguístico severo após os 6 anos de idade (ANDRADE, 1997). As queixas de alteração de fala

aparece com maior evidência, provavelmente, devido a sua importância para efetivação da comunicação. Além disso, há grande expectativa dos familiares em relação à aquisição e desenvolvimento da mesma (DINIZ; BORDIN, 2011).

Assim, como outras pesquisas relatam a demanda por atendimento específico da psicologia no Nasf também foi mais expressiva para o público infantil e adolescente (ANSELMÍ, 2010; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2015; DUARTE et al., 2015). Um estudo de revisão da literatura que contemplou pesquisas realizados em mais de vinte países, relata que foi encontrada uma taxa média de 15,8% de prevalência de transtornos mentais em crianças (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Segundo Cabral e Sawaya (2001), no Brasil a demanda para atendimento psicológico nessa faixa etária, na atenção básica, está relacionada aos problemas de aprendizagem ou problemas de comportamento. Embora seja necessário um aprofundamento maior, para compreensão sobre as várias causas de uma demanda tão expressiva nessa idade e sobre a efetividade de intervenção nesse nível assistencial, o acolhimento e direcionamento adequado dessa demanda pode ajudar na resolução de muitos desses casos (JIMENEZ, 2011).

No caso da psiquiatria, a maior demanda do Nasf foi representada por usuários com idade entre 30 e 59 anos. Esses achados também foram encontrados nos estudos realizados por Silva (2013) e Dimenstein et al. (2005).

Quanto aos motivos de atendimento para psicologia e psiquiatria, as causas mais prevalentes foram a depressão e a ansiedade. Esses resultados estão condizentes com o quadro nacional e internacional de prevalência de transtornos mentais na população em geral (BROMET et al., 2011; MOLINA et al., 2012). Gonçalves et al. (2014) realizaram uma pesquisa multicêntrica onde investigaram a taxa de transtornos mentais comuns (como depressão e ansiedade) apresentadas na atenção primária de quatro capitais brasileiras. Os resultados revelaram taxas de 51,9% no Rio de Janeiro, 53,3% em São Paulo, 64,3% em Fortaleza e 57,7% em Porto Alegre.

Várias pesquisas apontam a depressão como um importante problema de saúde mundial que acarreta impactos negativos na vida na vida dos indivíduos e seus familiares e, conseqüentemente, gera muita demanda aos serviços de saúde (FLECK et al., 2002; LOPEZ, et al., 2011; MOLINA et al., 2012). No Brasil, a prevalência geral de depressão é de aproximadamente 17% (ANDRADE et al.,

2002). No caso dos serviços de atenção básica, a demanda pode chegar a prevalência média de 29,5% (VALENTINI et al., 2004).

Estudo realizado por Molina et al (2012) identificou entre usuários da atenção básica, prevalência de depressão de 23,9%, 27,9% de transtornos de ansiedade e, destes, 14,9% apresentaram risco de suicídio. Outro estudo que avaliou os transtornos mentais em usuários de unidades de saúde da família, a depressão foi o problema mais frequente, com uma prevalência de 17,6% (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). Esse cenário é tão preocupante que a portaria do Ministério da Saúde nº154/2008 que criou o Nasf determinou a inserção de, pelo menos, um profissional de saúde mental em cada equipe devido à “magnitude epidemiológica dos transtornos mentais” (BRASIL, 2008).

Em relação aos atendimentos domiciliares, a população idosa (> 60 anos) foi a que mais demandou esse tipo de ação assistencial do Nasf. Esse resultado guarda coerência com a normativa do município estudado de que esse tipo de atividade deve ser realizado apenas nas situações em que o usuário apresente limitação de mobilidade ou quando a avaliação do domicílio seja parte integrante do diagnóstico do paciente/família (CAMARAGIBE, 2014).

Quando se analisou as principais causas que motivaram o conjunto de atendimentos domiciliares realizados pelo Nasf, independente da categoria profissional, o acidente vascular encefálico apareceu como primeiro ou segundo problema mais prevalente. Em estudo recentemente realizado, Reis et al. (2012) identificaram o AVE como uma das principais causas de demanda para o Nasf. Estudo realizado por Santos et al. (2007) no mesmo município, há 10 anos, identificou uma prevalência de 30,4% de AVE entre os pacientes atendidos pelo Programa de Promoção a Saúde e Reabilitação na Família (PPSRF), uma das experiências nacionais pioneiras na inserção de equipes multiprofissionais de retaguarda para atenção básica.

O atendimento domiciliar é uma das possibilidades de atuação mais comum na atenção básica, e um das atividades prioritárias do Nasf (BRASIL, 2011, 2014). É um modo de organizar o cuidado em saúde ampliando a compreensão e a participação da família na atenção do usuário (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2010).

No caso dos pacientes que sofreram AVE ou que apresentam limitações funcionais decorrentes de agravos que também demandam cuidado continuado, o

atendimento no domicílio possibilita a equipe de AB uma melhor compreensão do contexto familiar, higiene e das condições de habitabilidade. Desse modo, a elaboração de um projeto terapêutico agrega mais potencialidade pelo fato de propor ações mais viáveis e adequadas às condições observadas no domicílio (REIS et al., 2012).

Esse estudo encontrou evidências de que o Nasf tem de fato colaborado para ampliar o elenco de problemas resolvidos na atenção básica, antes restrita a um elenco menor de ofertas e foco de atuação, pela capacidade de intervenção de sua equipe de saúde.

A inclusão de novos núcleos profissionais na atenção básica, aliada a uma proposta de atuação pautada no apoio matricial que preconiza a interdisciplinaridade e colaboração interprofissional, provoca uma ampliação da capacidade de intervenção de cada trabalhador e equipe e, amplia a capacidade criativa para implementação de novas ações (BARROS et al., 2015; BEZERRA et al., 2010; BRASIL, 2014; CAMPOS; DOMITTI, 2007; MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

Outro conjunto de evidências da ampliação do escopo está baseado no fato de que o Nasf estudado além de realizar apoio assistencial, realiza uma série de atividades na dimensão técnico-pedagógica. Os temas dos grupos educativos que são realizados pelo Nasf em conjunto com as eSF abrangem uma diversidade de tema e grupos populacionais. Além disso, a implementação de grupos terapêuticos como os de terapia comunitária, orientação nutricional e coluna são exemplos de propostas de enfrentamento de agravos comuns na AB, realizadas a partir de uma perspectiva mais interdisciplinar e focada na necessidade de cada território (BEZERRA et al., 2010; BRASIL, 2014; NASCIMENTO, 2014).

A semelhança de outros estudos que já utilizaram a análise sobre o elenco de atividades realizadas para avaliarem a abrangência de um serviço/programa de saúde (CONILL, 2002, 2004; LARIZGOITIA; STARFIELD, 1997; STARFIELD, 2002), esse conjunto de evidências do resultado da atuação do Nasf sobre o escopo de ações realizadas, junto às eSF no município estudado, nos confere embasamento para afirmar que o Nasf tem colaborado no fortalecimento da integralidade da atenção básica. Mas, cabe enfatizar que a abrangência é apenas uma das dimensões da integralidade (CONNIL, 2004).

6.3A atuação do Nasf e a Resolutividade da atenção básica

Outra importante dimensão avaliativa, deste estudo, diz respeito ao desempenho do Nasf quanto a ampliação da capacidade resolutiva da atenção básica. Como já relatado anteriormente, eleger condições verificadoras como critérios de avaliação dessa dimensão foi o caminho encontrado para realizar a avaliação quanto ao alcance dos resultados intermediários. Nesse sentido, acreditamos que a atuação do Nasf pode colaborar tanto no componente pedagógico, quando sua intervenção incide sobre as eSF e amplia seu potencial de resolução; como no componente assistencial, quando sua intervenção está ligada diretamente aos usuários e possibilita a solução adequada do problema ainda na atenção básica (BRASIL, 2014).

O conjunto de evidências apresentadas, nesse estudo, revelam que o Nasf tem possibilitado o alcance de resultados como a ampliação da clínica dos profissionais através da troca de experiências e de conhecimentos teórico-práticos, acarretando aumento na capacidade de compreensão e de intervenção sobre os problemas (BARROS et al., 2015; BEZERRA, 2013; BRASIL, 2014).

A priorização de atividades como reuniões entre equipes (diversas modalidades) e o uso de outros mecanismos de integração tais como: a diversidade de possibilidades para acionar o apoio, o registro compartilhado de ações e pactuação de agenda são reconhecidos, por vários autores, como potentes estratégias para ampliar a comunicação entre profissionais, favorecer trocas interdisciplinares e, conseqüentemente, o enfrentamento das demandas e necessidades sob novas perspectivas viabilizando a construção de um novo agir entre equipes. (BARROS et al., 2015; BEZERRA, 2013; BRASIL, 2014; CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS; SAMPAIO et al., 2012; CUNHA, 2011; NASCIMENTO, 2014; SILVA et al., 2012).

Ante a evidência do compartilhamento de ações entre as equipes de referência e o Nasf, sentiu-se necessidade de incluir o conceito de cooperação interprofissional nessa discussão. Embora o termo não seja utilizado de forma tão explícita no marco normativo do Nasf, as diretrizes organizacionais de interdisciplinaridade, integração entre equipes, pactuação de apoio e a própria lógica do matriciamento estão totalmente relacionadas a discussão sobre cooperação interprofissional.

Há um consenso entre vários autores sobre a relevância da cooperação interprofissional para efetivação de um cuidado mais integral e resolutivo. Segundo Starfield (2003), a grande complexidade dos desafios na assistência à saúde de pessoas com doenças/condições crônicas, por exemplo, tem exigido a organização de novos modelos de organização do trabalho em saúde. A ampliação das formas de interação e atuação entre níveis assistenciais tem gerado nos usuários maior satisfação com o atendimento prestado. Pois, o agir compartilhado entre diferentes profissionais/equipes tem produzido diminuição do número de exames e procedimentos (CAMPOS, 2012; OLIVEIRA; CAMPOS, 2015; STARFIELD, 2003).

A cooperação interprofissional pode ser compreendida como “um conjunto de relações e interações que acontecem entre profissionais que trabalham juntos, no âmbito de equipes de saúde” (D’AMOUR et al., 2005). Trata-se de um processo bastante complexo, que possui uma grande diversidade de determinantes (políticos, de gestão, aspectos interpessoais, etc) e que implica em constante abertura para diálogo e negociação (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; D’AMOUR et al., 2005; MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013). A colaboração interprofissional é um potente recurso para elevar a efetividade dos sistemas de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010). Vários trabalhos relatam que o trabalho de cooperação entre equipes pode resultar em uma melhor resolubilidade das ações, incluindo a ampliação do elenco de ofertas e fortalecimento da comunicação e integração entre profissionais (D’AMOUR et al., 2005; GABOURY et al., 2009; OANDASAN et al., 2004).

Segundo Barros et al (2015); Cunha (2011) e Campos e Domitti (2007), a inserção de vários núcleos profissionais na composição do Nasf e a definição de uma agenda de trabalho compartilhada com as equipes de referência favorece a cooperação entre profissionais, a reflexão e o entendimento acerca da complexidade crescente dos problemas enfrentados na atenção básica e, conseqüentemente, melhora a efetividade e resolutividade dos mesmos. Além disso, após algum tempo de atuação em conjunto, as eSF tendem a acumular saberes que lhe conferem mais autonomia para o manejo de alguns casos mais complexos (BARROS et al., 2015; BEZERRA, 2013; BRASIL, 2014).

Outra condição verificadora definida para análise da resolutividade foi a capacidade de absorver as demandas do território e resolver de modo adequado. Os resultados descritos revelam que as equipes percebem grande disponibilidade da

equipe Nasf para acolher as demandas apresentadas pelas equipes de referência, bem como, relatam um consolidado processo de integração entre essas equipes que tem favorecido um melhor conhecimento do território e o planejamento conjunto de intervenções. Esse conjunto de aspectos percebidos e relatados pelos trabalhadores também são evidenciados pela “harmonia de discurso” entre as distintas equipes SF e Nasf no que se refere integração e disposição para cooperar.

A diversidade de atividades pedagógicas e assistenciais, bem como a inovação de algumas práticas de cuidado (grupos terapêuticos e reuniões para articulação de rede) também corroboram com constatação de que as equipes tem trabalhado em cooperação e na perspectiva de elaborar e implementar novas ações para enfrentar os problemas identificados, ampliando assim a possibilidade de resolução dessas demandas (BEZERRA 2013; BRASIL, 2014).

A análise da produção do Nasf também evidenciou dados importantes do ponto de vista da resolução das intervenções assistenciais. Em todas as categorias que compõe o Nasf, a proporção de resolução dos casos atendidos (na UBS ou em domicílio) foi superior a 70%, com exceção da psicologia, que alcançou percentual de 60% de resolução dos usuários atendidos. Isso significa que a maioria dos casos demandados para o Nasf através das eSF tiveram sua demanda atendida em pelo menos um atendimento (orientação) ou foram acompanhados por um curto período de tempo (3 a 4 atendimentos, definidos como retorno) e receberam alta.

Não se encontrou muitas pesquisas semelhantes com descrição dos desfechos dos atendimentos realizados pelo Nasf, para a realização de análise comparativa. Apenas um estudo realizado por Reis et al (2012) que analisaram a produção do Nasf na área de reabilitação e identificaram que em 34,4% dos casos alcançou-se os objetivos propostos na assistência e que 45,8% dos casos houve necessidade de encaminhamento para o serviço de referência municipal de reabilitação. Apesar da escassez de referências para comparação, consideramos que o percentual de resolução intranível do Nasf estudado é bem satisfatório.

Outro aspecto a enfatizar é que os casos atendidos pelo Nasf são apresentados pelas eSF nas reuniões de equipe e, a maioria deles, tem algum grau de discussão para definição de sua necessidade de intervenção direta do Nasf, principalmente dos casos mais complexos que resultam na construção de Projetos Terapêuticos Singulares. Assim, deduz-se que mesmo nas ações assistenciais, há, com frequência, um processo (anterior e/ou posterior a intervenção) de discussão

entre equipes, que promove maior capacidade de compreensão sobre cada os problemas e suas possibilidades de solução. Isso só é oportunizado, porque as reuniões são colocadas como atividade necessária e obrigatória para solicitação de apoio e pactuação de ações entre equipe matricial e de referências (CAMARAGIBE, 2014).

Outra condição verificadora, que elegemos para análise da resolutividade, foi a adequação dos encaminhamentos realizados para outros níveis assistenciais. As duas categorias profissionais que mais produziram encaminhamentos para atenção especializada foram a fisioterapia e psicologia.

No caso da fisioterapia, as causas estavam frequentemente ligadas a agravos traumáticos (fraturas e pós-cirúrgico) ou a agudização de doenças reumáticas e produtoras de limitação funcionalidade (lombalgia e cervicalgia). Esses são agravos que, precisam de uma intervenção sistemática e, muitas vezes, manejo terapêutico especializado, daí serem frequentemente referenciados para atenção especializada. Estudo realizado em João Pessoa (PB) identificou que do total de usuários referenciados para setor especializado de fisioterapia no município, 40% era de ortopedia e 30% de reumatologia, as duas áreas mais demandantes no presente estudo (SOUSA; RIBEIRO, 2011). Outro estudo realizado por Reis et al (2012) identificou que dos atendimentos realizados por um Nasf na área de reabilitação, 45,8% gerou encaminhamento para serviços especializados e os principais motivos foram osteomusculares e neurológicos.

No caso da psicologia, as duas principais causas de referenciamento (ansiedade e depressão) apresentaram um padrão de frequência muito próximo de encaminhamento para ambulatório especializado de psicologia e psiquiatra do Nasf. Enquanto os usuários atendidos por causa de conflitos familiares, quando necessário, foram encaminhados para suporte psicoterapêutico ambulatorial. Não identificou-se estudos de demanda em saúde mental da atenção básica para atenção especializada. Diante dos resultados desta pesquisa de que também há o registro de muitos casos de ansiedade e depressão acompanhados pelo Nasf na atenção básica, pressupõe-se que os usuários referenciados para atenção especializada eram os que apresentavam adoecimento mais severo e, conseqüentemente, necessitavam de cuidado mais sistemático e especializado.

A satisfação das eSF em relação ao Nasf também foi elencada nessa pesquisa como uma condição verificadora para avaliar a resolutividade. Ficou

evidente, no discurso das equipes de saúde da família, que há bom nível de satisfação com atuação do Nasf. Foram apontados como aspectos positivos: a disponibilidade e o compromisso da equipe matricial em apoiar as eSF e atender a população; a oportunidade de contar com equipe de especialistas no território onde as demandas surgem e o fato dessa proximidade viabilizar contato frequente e troca de saberes entre as equipes.

As eSF lembraram e relataram várias histórias de usuários que alcançaram boa resolução de seus problemas a partir da atuação do Nasf. Um desses casos, teve sua narrativa bem detalhada nesta pesquisa e evidenciou, mais uma vez, a percepção positiva das equipes em relação ao apoio ofertado pelo Nasf. Também identificou-se poucos estudos de análise da satisfação das eSF com o Nasf. Um dos poucos, foi realizado por Nóbrega (2013), no município de Macaíba (RN) e identificou dentre os profissionais da atenção básica, um percentual de 72% de satisfação com o Nasf. Os aspectos que mais colaboraram nesse nível de satisfação foram a retaguarda especializada e a resolutividade da equipe matricial.

Em contrapartida, os resultados desse estudo também revelaram diversas fragilidades do Nasf que colaboram para algum grau de insatisfação das equipes em relação ao apoio recebido. Como aspectos frágeis foram: excesso de número de famílias, falta de materiais e estrutura adequada das unidades para realização do trabalho, oferta insuficiente de exames e consultas especializadas que prejudica a continuidade do cuidado das pessoas atendidas pelo Nasf; vínculo precário dos profissionais que compõe a equipe matricial que gera rotatividade e dá margem a contratação de trabalhadores sem perfil adequado para atuar na atenção básica. Esse conjunto de aspectos considerados negativos está totalmente atrelado ao processo de gestão do trabalho da atenção básica e do Nasf e tem sido frequentemente evidenciados em muitos estudos pela sua capacidade de prejudicar a efetividade do Nasf (ARAUJO; GALIMBERTTI, 2013; BONALDI; RIBEIRO, 2014; CERVATO-MANCUSO et al., 2012; FORMIGA; RIBEIRO, 2012; LANCMAN; BARROS, 2011; MENDES; AMATO, 2010; PASQUIM; ARRUDA, 2013; SILVA et al., 2012; SOUZA; AYRES; MARCONDES, 2012; SOUZA; LOCH, 2011).

Duas questões referentes a organização do processo de trabalho do Nasf foram apontadas como sugestão para melhora de sua resolutividade, a saber: a realização de atendimentos compartilhados com a eSF e a inclusão de novas categorias profissionais no Nasf. A ausência de ações clínicas compartilhadas foi

justificada pelo Nasf como consequência da resistência das equipes apoiadas em desenvolver essa atividade. Enquanto que as eSF correlacionam esse problema ao excesso de demanda populacional e a cobrança excessiva que as equipes sofrem para o cumprimento de metas pré-estabelecidas, o que dificulta disponibilidade para produção de novas ações. Esse problema e justificativa também foram identificados em outros estudos sobre Nasf (BARROS et al., 2015; BONALDI; RIBEIRO, 2014; FITIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015).

6.4 A colaboração do Nasf para coordenação do cuidado na atenção básica

Na dimensão avaliativa da coordenação do cuidado, as condições verificadoras, desta pesquisa, foram sistematizadas de acordo com os tipos de coordenação relatados na literatura científica. Os resultados evidenciaram que a atuação do Nasf produziu efeito positivo no exercício da coordenação do cuidado pela atenção básica, principalmente, na coordenação da informação e da gestão clínica. Além disso, identificou-se algumas características peculiares do processo de trabalho dessa equipe que são fundamentais para compreender 'o *quê*' as suas ações podem produzir na rede de cuidado do território estudado e o '*como*' isso acontece.

Considerando os limites da AB, para o pleno exercício da função de coordenação, um grupo de autores formularam um conceito que compreende a coordenação do cuidado como um atributo organizacional dos serviços de saúde, ou seja do sistema como um todo, tendo a AB papel importante na garantia desse atributo, mas não exclusivo (ALMEIDA et al., 2010; MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014). Essa compreensão nos parece bastante adequada para explicar os resultados encontrados nessa pesquisa, onde foi possível identificar evidências de que a AB pode exercer coordenação de atenção, quando apoiado por outras equipes que também atuam nesse mesmo nível de atenção e operam com um processo de trabalho com possibilidade de integração com outros níveis assistenciais.

Em relação a coordenação da informação, os resultados demonstram que as equipes utilizam alguns mecanismos para transferência de informação intranível (SF e Nasf) e interníveis (AB e AE). As reuniões entre eSF e Nasf para discussão de casos, o registro em prontuário único foram como estratégias formais de

transferência de informação já bem consolidadas no cotidiano das equipes que atuam na atenção básica.

Quando se analisou a transferência de informações interníveis, as reuniões de articulação de redes com equipes de serviços especializados (Núcleo de Reabilitação e CAPS) e a utilização da ficha de encaminhamento ao especialista foram citados como os instrumentos formais de uso mais consolidado. Nesse caso, as reuniões ajudaram no conhecimento interpessoal dos profissionais das diferentes equipes e foram utilizadas para discutir gestão da fila de espera, critérios de prioridade e de alta, entre outros.

Segundo Chueiri (2013), para que a AB exerça a coordenação da atenção é fundamental que exista troca de informação entre serviços/profissionais. Franco (2006) argumenta que para atuação (dos serviços e equipes) em rede é necessário o fortalecimento dos dispositivos que favoreçam os encontros, a comunicação e a criação de vínculo entre os trabalhadores tanto quanto a implantação de serviços e sistemas logísticos.

Nesse sentido, as reuniões entre as equipes de SF e Nasf são fundamentais para a educação permanente e para construção de planos de intervenção conjuntos entre Nasf e as equipes vinculadas (BRASIL, 2014; NASCIMENTO, 2014). Para maior efetividade deve ter periodicidade regular e contar com a participação ativa dos profissionais do Nasf e das equipes SF. Quando assim acontece, é uma das ações que mais impacta na coordenação assistencial.

As condições e a possibilidade de gestão da informação são questões importantes para organização e gestão do cuidado. Muitas pesquisas sobre coordenação recomendam a informatização dos prontuários como potente mecanismo para viabilizar a troca de informações assistenciais (ALMEIDA et al., 2010). No Brasil, essa recomendação está distante de sua concretização na rede de serviços da atenção básica. Os resultados da avaliação realizada pelo Programa de Melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (PMAQ) em 2012 revelam que apenas 14% das equipes de AB utilizam prontuário eletrônico (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

Diante desse desafio, municípios com pouco recurso financeiro pode implementar práticas menos onerosas que viabilizem múltiplas formas de diálogo entre profissionais, de diferentes serviços, que podem possibilitar algum nível de coordenação de cuidado (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014). Os resultados

desse estudo evidenciam como isso é possível. Além dos mecanismos formais, os profissionais também relatam a “liberdade de comunicação” que possuem e como utilizam outros meios (ditos informais) para troca de informações, tais como: telefone, mensagens eletrônicas e diálogos curtos nos intervalos entre atividades clínicas.

Segundo Henao et al (2009), os mecanismos de coordenação que favorecem o contato pessoal dos profissionais, como as reuniões, parecem ser mais efetivo para melhorar a integração entre profissionais de diferentes níveis de atenção criando espaços para a comunicação e favorecendo a troca de informações, e o ajuste e compartilhamento de estratégias terapêuticas. Além disso, esse tipo de iniciativa tem sido considerada mais exitosa para fortalecer a integração entre níveis e criar uma cultura de colaboração (ALMEIDA et al., 2013).

Apesar de esses resultados serem limitados às áreas de reabilitação e saúde mental, eles representam uma evidência importante de que é possível exercer coordenação assistencial. Principalmente, no contexto nacional em que os resultados do PMAQ demonstraram que apenas 15% das equipes de AB responderam manter contato frequente com outros serviços de saúde para troca de informações, relacionadas ao cuidado assistencial. Dos mecanismos utilizados para viabilizar a troca de informações, os instrumentos de referência e contrarreferência e discussão de casos foram os mais citados na PMAQ (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

Na busca por garantir uma boa coordenação, e, conseqüentemente, compartilhar informações e projetos, o matriciamento se destaca como uma das inovações implantadas para reduzir o distanciamento e aproximar especialistas e profissionais de AB, além de trabalhar as dificuldades encontradas pelas equipes de saúde da família em seu próprio espaço de atuação (ALMEIDA et al., 2013).

A integração da rede de serviços de atenção básica aos outros níveis assistenciais é condição importante para se contrapor a uma concepção seletiva de atenção básica, compreendida como um pacote restrito de serviços de baixa qualidade e dirigido a pobres, conforme preconiza a OMS e o Banco Mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

A construção de uma rede de serviços é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho das equipes Nasf, por isso, a criação de espaços internos e externos de discussão é tão importante. Nessas ações, o Nasf deve

buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma co-responsabilizada com as equipes de SF e os outros equipamentos/serviços (saúde, educação, esporte, cultura, etc.) presentes no território (BRASIL, 2014).

No que se refere a coordenação de Gestão da Clínica, identificou-se que a atuação do Nasf junto às equipes de SF tem colaborado no fortalecimento da coordenação de gestão clínica dos usuários referenciados para atenção especializada. Os achados corroboram com estudos como o de Vargas et al. (2011) quando afirmam que a implementação de instrumentos de referência e contrarreferência, reuniões clínicas compartilhadas e consultas de seguimento são boas estratégias para fortalecer a gestão clínica na rede de atenção à saúde (VARGAS et al., 2011).

No Brasil, de modo geral, os resultados do PMAQ evidenciaram que há muita deficiência na gestão clínica de pacientes que necessitam de cuidado continuado. Embora, essa questão seja alvo de constantes intervenções dos gestores de saúde, seja em processos formativos e/ou na formulação de protocolos, o que se percebe é uma importante lacuna entre o que é preconizado e a realidade dos serviços de saúde (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

Para alcançar resultados satisfatórios na coordenação da gestão, além de compartilhar saberes entre diferentes profissionais e serviços, faz-se necessário a construção compartilhada de diagnósticos e projetos terapêuticos, criando assim, as condições necessárias para gestão compartilhada do cuidado (BRASIL, 2010, 2014).

Essa pesquisa também evidenciou que as equipes de saúde referem que houve uma diminuição no número de encaminhamentos para outros níveis assistenciais. O Nasf pode ajudar as eSF a se empoderarem das situações do cotidiano, diminuindo assim os encaminhamentos desnecessários e a possibilidade de descontinuidade de acompanhamento (MARTINS et al., 2015).

Quando o Nasf realiza uma atividade assistencial, não deve assumir a responsabilidade sobre os casos, antes deve buscar o compartilhamento das decisões terapêuticas e pelo monitoramento da situação com as eSF. O vínculo do usuário com a equipe de referência deve ser cultivado, porque ela é responsável (bem como é quem tem mais condição) de ofertar um cuidado longitudinal (FITIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015, OLIVEIRA, 2012).

A ausência de definição sobre o responsável técnico pelo seguimento clínico do paciente foi identificado como uma fragilidade da experiência estudada. Nesse caso, a adoção de uma função como o “Técnico de Referência” (TR) poderia consolidar ainda mais o seguimento clínico e fortalecer, mais especificamente, a coordenação da gestão clínica. Segundo Furtado e Miranda (2006), o TR é uma possibilidade de arranjo assistencial onde cada profissional aproxima-se de maneira especial de certo número de pacientes e passa monitorar os seus projetos terapêuticos, assumindo a responsabilidade pelo acompanhamento de cada uma de suas etapas e articulando as discussões para ajustes sempre que necessário.

No componente da coordenação administrativa, os resultados evidenciaram uma pequena capacidade de contribuição do Nasf. Uma vez que os mecanismos, tradicionalmente utilizados, para garantir esse tipo de coordenação dependem muito da iniciativa e esforço de gestão para sua implementação.

Vargas et al (2015) apontam alguns dos mecanismos mais utilizados para exercício da coordenação administrativa, dentre esses, o município estudado conta com uma central de marcação de consultas e exames especializados, mas que é pouco utilizada pelo Nasf. A única evidência de colaboração do Nasf nessa dimensão da coordenação do cuidado foi a citação da participação dos profissionais na elaboração de critérios definidos para referenciamento de pacientes aos serviços especializados.

Apesar das limitações do estudo, as evidências dos efeitos produzidos pelo Nasf na coordenação da atenção pela atenção básica corroboram com os achados de outros estudos que demonstram que a existência de cooperação entre equipes as tornam mais aptas e capacitadas para coordenar o cuidado (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013; OANDASAN et al., 2004). Essas evidências desafiam os trabalhadores e gestores do SUS a perseverarem no uso de métodos que provoquem a reflexão constante sobre os problemas e interroguem o modo de agir em saúde, facilitando o reconhecimento da necessidade de buscar mudanças e fortalecendo a disposição em lutar por elas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento dessa pesquisa foi recheado de muitas vozes, muita gente e muito afeto. A sua concepção teve início no mundo do trabalho, com atores do mundo real que despertavam o desejo e provocavam inquietações com o modo como lidavam com o desafio do cuidado a partir do lugar onde o Nasf estava colocado.

A transformação da inquietação em projeto de pesquisa contou com muitas outras contribuições que insistiram em duvidar do que essa nova proposta era realmente capaz de fazer. E do questionamento e MUITO apoio, a questão se formou e o método foi encontrado.

Todo o período de coleta dos dados contou com ajuda, parcerias na garimpagem do empírico em busca daquelas que podiam vir a ser as evidências de novas descobertas ou simplesmente, a constatação de algo novo está acontecendo todo dia... um pouco de cada vez.

A reflexão, discussão e finalização do trabalho também foi processada com muitas colaborações e sob ritmo mais intenso...sim, porque as instituições tem prazo e precisa cumprir seus ciclos temporais.

E nesse início de fim, pode-se afirmar que o estudo conseguiu alcançar os objetivos para o qual foi proposto. Foi realizada uma aproximação avaliativa dos resultados do Nasf, pelo menos na sua dimensão intermediária de efeitos, e constatou-se “em quê” e “como” esse novo arranjo assistencial tem impactado na atenção básica.

O conjunto de resultados dessa pesquisa é capaz de evidenciar, na realidade do município estudado:

- a) O Nasf tem atuado na perspectiva do apoio matricial e um dos fatores facilitadores dessa realidade foram as experiências pregressas do município com a atuação de equipes multiprofissionais na área de saúde mental e reabilitação (SAMECO e PPSRF) dando retaguarda assistencial às eSF.
- b) O Nasf tem realizado um elenco de atividades que contemplam as dimensões pedagógica e assistencial do apoio matricial. No entanto, é muito evidente

que há um predomínio de atividades na dimensão técnico-assistencial e isso é reconhecido pelas eSF e pelo próprio Nasf.

- c) Há uma evidente valorização das reuniões ente equipes na organização do processo de trabalho do Nasf, demonstrado clareza de entendimento dos profissionais sobre essa atividade e a sua potencialidade para integração de equipes compartilhamento de ações.
- d) A atuação do Nasf ampliou o escopo de ações da atenção básica. Houve uma ampliação da capacidade desse nível assistencial enfrentar problemas como transtornos mentais, obesidade e sobrepeso, alterações de voz e linguagem, AVE, doenças osteomusculares e inúmeras doenças limitantes da capacidade funcional.
- e) Há uma diversidade de ações preventivas, de atenção e reabilitação que aliada ao fato do Nasf atuar tão próximo das eSF e do território onde as pessoas vivem e adoecem, tem viabilizado o reconhecimento precoce dos problemas e aumentado a possibilidade de um cuidado mais oportuno, facilitando a recuperação da funcionalidade.
- f) O Nasf tem colaborado com a ampliação da clínica dos profissionais das eSF e essa realidade é evidenciada no reconhecimento dos mesmos de que a troca de experiências e de conhecimentos teórico-práticos, possibilitam um aumento na capacidade de compreensão e de intervenção sobre os problemas.
- g) Há uma grande disponibilidade da equipe Nasf para acolher as demandas apresentadas pelas eSF, bem como um consolidado processo de integração entre essas equipes.
- h) O Nasf tem um bom desempenho nas demandas assistenciais chegando a uma de resolução dos casos atendidos superior a 70% em todas as categorias profissionais, com exceção da psicologia, que alcançou percentual de 60%.

- i) O Nasf colaborou na qualificação dos encaminhamentos para atenção especializada, diminuindo assim a demanda para outros níveis assistenciais e evitando a peregrinação de usuários em busca de acesso.
- j) As eSF estão satisfeitas com a atuação do Nasf, principalmente nos aspectos relacionados à disponibilidade e ao compromisso da equipe matricial em apoiar as eSF e atender a população; a oportunidade de contar com equipe de especialistas no território onde as demandas surgem e o fato dessa proximidade viabilizar contato frequente e troca de saberes entre as equipes.
- k) Os aspectos mais frágeis do processo de trabalho do Nasf que tem gerado alguma insatisfação nas eSF estão relacionados ao processo de gestão do trabalho da atenção básica, tais como: excesso de número de famílias cadastradas, ausência de atendimentos compartilhados entre equipes Nasf e SF, falta de matérias e estrutura adequada das unidades para realização do trabalho, oferta insuficiente de exames e consultas especializadas que prejudica a continuidade do cuidado, vínculo precário dos profissionais que compõe o Nasf e a contratação de trabalhadores sem perfil adequado para atuar na atenção básica.
- l) O Nasf pode e tem contribuído com o objetivo de fortalecer a atenção básica no seu tão importante papel de coordenação assistencial, principalmente nas dimensões de coordenação da informação e da gestão clínica. A priorização de reuniões entre equipes e o registro em prontuário único mostraram-se como mecanismos bastante relevantes na transferência de informação e coordenação da gestão clínica ainda no âmbito da atenção básica.
- m) Na coordenação do acesso interníveis, as reuniões entre equipes Nasf e profissionais de serviços especializados também foram evidenciados como importante mecanismo de compartilhamento de estratégias terapêuticas, revisão de condutas e gestão da fila da espera, encurtando, em muitos casos, o tempo de espera pelo acesso em outro nível assistencial.

- n) A utilização das fichas de encaminhamento e o seu adequado registro, além do uso de mecanismos informais como telefone e mensagens também foram identificados como mecanismo de transferência de informação e gestão clínica por profissionais do Nasf e serviços especializados.

De modo geral, o Nasf é uma proposta em pleno processo de construção e tem operado com muita diversidade de organização nos municípios onde as equipes estão atuando. Em cada município onde é implantado o NASF, enfrenta-se o desafio de adaptar as diretrizes normativas ao seu contexto político, às especificidades de sua rede de serviços e às possibilidades existentes em cada território.

Nesse cenário, evidencia-se a importância de estudos como esse que ao analisar experiências vivenciadas no cotidiano do SUS podem ajudar a compreender o modo como as equipes Nasf tem atuado, quais os aspectos organizacionais que influenciam seus modelos de atuação bem como os seus resultados.

Apesar dos limites metodológicos desse estudo, ele pode contribuir com o aperfeiçoamento de modelos de atenção mais integrados, tão necessários, principalmente, quando se trata de pessoas que necessitam de cuidados contínuos, como é o caso da reabilitação, saúde mental e outras condições crônicas. No entanto, ainda é necessário outros estudos com estratégias metodológicas diversas, para avaliar em profundidade os resultados da atuação do Nasf na integralidade, resolutividade e articulação de redes de cuidado, a partir da atenção básica.

Essa pesquisa evidenciou que há possibilidades sim do Nasf cumprir os objetivos para os quais foi criado, fortalecendo assim a atenção básica. Há muitos desafios a serem superados para o alcance pleno do sistema de saúde desejado. Esses desafios não são exclusivos do Nasf, antes fazem parte de uma conjuntura maior de lutas pela mudança do modelo assistencial vigente, onde o Nasf pode ser mais uma estratégia... aliás, uma boa e instigante estratégia.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.

ALBUQUERQUE, P. C. **A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em Busca da Integralidade**, 2003. 157p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Recife, 2003.

ALLER, M. B. et al. **Indicadores de coordinación asistencial entre niveles**: documento de trabajo. Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya, 2012.

ALFRADIQUE, M.E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil) **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 25, p.1337- 1349, 2009.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 8, p.1727–1742, 2008.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde(SUS) em nível local**. Brasília: OPAS: Ministério da Saúde, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 29, n.2, p.84-95, 2011.

ALVARES, A. et al. As oficinas como espaço de protagonismo dos sujeitos no processo de avaliação. In: CAMPOS, R. O. et al. (Org): **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 300-329.

ANDRADE, L. M. B. et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde e transformação social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1471>>. Acesso: 18 fev. 2014.

ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 37, n.7, p. 316-325, 2002.

ANDRADE, C. R. F. Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p.495-501, 1997.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Revista Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p.461-468, 2013.

ANDREAZZA, R. et al. Do Centro de Saúde à Unidade de Saúde Familiar: narrativas de ausência e intermitências. Anais do 12º Congresso Paulista de Saúde Pública. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, supl., p.200-201, 2011.

ANSELMINI, L. et al. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11- year-olds. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v.45, p.135-142, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Cerca de 5 milhões de crianças demonstram problemas mentais**. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/imprensa/pesquisa-abp/>. Acesso: 27 jul. 2015.

BANFIELD, M. et al. Information for coordination of care in Australia: a qualitative study of information continuity in four primary health care models. **BMC Family Practice**, Londres, v.14, n.34, p.1-11, 2013.

BARBOSA, E. G. et al. 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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502010000200015&script=sci_arttext Acesso: 12 fev. 2014

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARON-EPEL, O.; DUSHENAT, M.; FRIEDMAN, N. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. **International Journal Quality in Health Care**, Oxford, v. 13, n. 4, p. 317-323, 2001.

BARROS, J. O. et al. 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 e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p.2847-856, 2015.

BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: IMS: Abrasco, 2008. p. 167-185.

BEZERRA, P. A. **Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife**: desafios e possibilidades. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2013.

BEZERRA, R. S. S. et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do Nasf em Camaragibe/PE. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 51-59, 2010.

BOERMA, W. G. W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (Org.). **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2006.

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

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>> Acesso: 20 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e diretrizes operacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27); (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, 2008. Disponível em: www.fadep.rs.gov.br/uploads/1286298438PORTARIAx154xNASF.doc. Acesso: 17 jan 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pmaq>> Acesso: 17 jan 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. **Cobertura de equipes de saúde da família em 2013**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso: 22 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013**. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, Londres, v.3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, Londres, v. 9, p.90-105, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90>> Acesso: 25 Maio 2016.

CAMARAGIBE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: 2013-2015**. Camaragibe, 2013.

CAMARAGIBE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão: 2015**. Camaragibe, 2015.

CAMINAL, J. et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **European Journal of Public Health**, Oxford, v.14, p.246-251, 2004.

CAMPBELL, D. T. "Degrees of freedom" and the case study. **Comparative Political Studies**, Thousand Oaks, v.8, n. 2, p. 178-193, 1975. Disponível em: <http://cps.sagepub.com/content/8/2/178.extract> Acesso: 22 jan 2016.

CAMPOS, F. E. **Resolutividade**: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. 1988. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1988.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 229-266

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 19-41.

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

CARAPINHEIRO, G. Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais. **Etnográfica**, Lisboa, v. 2, p.335-358, 2001.

CARVALHO, M. R. **Modelos assistenciais de unidades básicas e integralidade. Estudo de caso:** a área de planejamento 3.1 (RJ/RJ), contribuição para sua distritalização. 1991. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

CASÉ, V. et al. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: JATENE, A. D.; LANCETTI, A.(Org). **SaudeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 2002. v. 7.

CASTRO, C. P.; OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1625-1636, 2016. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501625&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 10 mar. 2016.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.113-126.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde ea construção das redes temáticas: qual pode ser o seu papel. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2893-2902, 2012.

CERVATO-MANCUSO, A. M. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, 2012.

CHIAVERINI, D. H, (Org.). **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.191-202, 2002.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1417-1423, 2004.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela

atenção primária na América Latina. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, supl.1, p.14-27, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **La régulation d'un système de soins sans murs**. Montreal: Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, 1998.

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

DEMO, P. **Avaliação Qualitativa**. 8. ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

DESROSIERS, H. et al. **Cadre pratique pour l'évaluation des programmes**. Montreal: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1998.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v.3, n.5, p.23-41, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 2 jun. 2016.

DINIZ, R. D.; BORDIN, R. Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.16, n.2, p.126-131, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342011000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 14 abr. 2016.

DOMITTI, A. C. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde**. 2006. (Tese) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

DONABEDIAN A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DUARTE, C. P. et al. Perfil epidemiológico das crianças atendidas no ambulatório de saúde mental de uma cidade do litoral norte do RS. **Revista de Iniciação Científica da ULBRA**, Canoas, v.1, n.13, p.71-79, 2015.

ESCOPO. In: MICHAELIS. Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/>> Acesso: 11 mar. 2016.

ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1267-1276, 2006.

FEO, J. J. O.; CAMPO, J. M. F.; CAMACHO, J. G. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada? Reforma Del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. **Revista de Administración Sanitaria**. Barcelona, v. 4, n.2, p. 357-382, 2006.

FERNANDES, F. D. **(In)ventando multiplicidades**: a função apoio enquanto dispositivo de produção de saúde no SUS (trabalho de conclusão de curso) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FERNANDES, T. L.; NASCIMENTO, C. M. B.; SOUSA, F. O. S. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.153-159, 2013.

FEUERSTEIN, M.T. **Avaliação**: como avaliar programas de desenvolvimento com a participação da comunidade. São Paulo: Paulinas, 1990.

FITTIPALDI, A. L. M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.104, p.76-87, 2015.

FLECK, M. P. A, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p.431-438, 2002.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2005. p.181-193.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 165-181, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 15 fev. 2014.

FRUTUOSO, M. F. P.; BISMARCK-NASR, E. M.; GAMBARDELLA, A. M. D. Redução do dispêndio energético e excesso de peso corporal em adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 257-263, 2003.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p.2449-2463, 2006.

GEUS, L. M. M. et al . A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 797-804, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 12 Maio 2016.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.951-963, 2006.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, 2003.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.783-794. 2009.

GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p.969-976, 2001.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.983-992, 2011.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.

GONCALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.3, p.623-632, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 12 maio 2016.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2043-2053, 2008.

GONÇALVES, M.S.; TOCHETTO, T.M.; PRIMO, M.T. Fonoaudiologia e saúde coletiva: prioridades detectadas pelos usuários de unidades básicas de saúde. **Revista Fonoaudiologia Brasil**, Brasília, v. 3, n. 2, p.1-3, 2005.

GONÇALVES, C.G.O. et al. Demanda pelos serviços de fonoaudiologia no município de Piracicaba: estudo comparativo entra a clínica escola e o atendimento na prefeitura municipal. **Revista Pró-fono**, São Paulo, v.12, p. 61-66, 2000.

GUSSO, G.; POLI NETO, P. Gestão da Clínica. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed. 2012. cap. 19, p. 159-166.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Unicamp, 2011.

GUIMARÃES, Z. B.; RODRIGUES, G. R. S.; MENEZES, I. G. Indicadores como instrumento de qualidade para a prática da enfermagem: relato de experiência. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 1, p. 93-97, 2013.

HAGE, S.R.V.; FAIAD, L.N.V. Perfil de pacientes com alteração de linguagem atendidos na clínica de diagnóstico dos distúrbios da comunicação – Universidade de São Paulo - Campus Bauru. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 7, n. 4, p.433-439, 2005.

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

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e Qualificar a Avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, p. 419-421, 2002.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 4, n.2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. A. CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004.

HENAO, D. et al. Opinión de directivos y profesionales sobre los mecanismos de coordinación de las organizaciones sanitarias integradas de Cataluña. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v.21, n. 2, p. 34, 2009.

IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010sp.asp>>. Acesso: 23 dez. 2013.

JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 137-160, 2014.

JEE, S.H.; CABANA, M. D. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. **Medical Care Research and Review**, Thousand Oaks, v. 63, n. 2, p. 158-188, 2006.

JESUS, W. L A.; ASSIS, M. M. A.; Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.161-170, 2010.

KAZAPI, I. M. et al. Consumo de energia e macronutrientes por adolescentes de escolas públicas e privadas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.14, p. 27-33, 2001.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J., Assessing Health Quality – the Case for Tracers. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 288, n. 4, p.189-194, 1973.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de Saúde da Família (ESF), núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011.

LARIZGOITIA, J.; STARFIELD, B. Reform of primary care: the case of Spain. **Health Policy**, Londres, v. 41, p.355-365, 1997.

LOPEZ, M. et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos, Pelotas-RS. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 33, n.2, p. 103-108, 2011.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, Londres, v.60, p.13-19, 2006.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and development (OECD) Countries, 1970-1998. **HSR: Health Services Research**, Chicago, v.38, n.3, p.831-865, 2003.

MAGALHÃES, F. C. **Avaliação do processo de implantação dos núcleos de apoio à saúde da família em Campina Grande-PB**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/784/1/PDF%20-%20Fernanda%20Carla%20Magalh%C3%A3es.pdf>> Acesso: 14 maio 2016.

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. Cadernos FUNDAP/Fundação do Desenvolvimento Administrativo. **Qualidade em Saúde**, São Paulo, n. 19, p.7-24, 1996.

MARTINIANO, C. S. et al. Avaliação do processo de implantação das equipes dos núcleos de apoio à saúde da família. **Revista de enfermagem da UFPE (Online)**, Recife, v.7, n.1, p. 53-61, 2013.

MARTINS, A. K. L. et al. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1905-1914, 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3463/pdf_1427> Acesso: 20 maio 2016.

MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, 2001.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZAO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.173-186, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 13 maio 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MINAYO, M.C.; CARLOS, D.J.; SVITONE, E. **Programa de agentes de saúde do Ceará: estudo de caso**. Fortaleza: Unicef, 1990.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.239-262, 1993.

MINAYO M. C. S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOLINA, M. R. A. L. et al . Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 39, n. 6, p.194-197, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000600003 &lng=en&nrm=iso>. Acesso: 2 Maio 2016.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, 2011.

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, s.1, p. 957-970, 2014.

NASCIMENTO, C. M. B. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife, 2014.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1565-1572, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501565&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 12 maio 2016.

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. **Mundo saúde**, São Paulo, v.12, n.34, supl.1, p.92- 96, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf > Acesso: 20 jan. 2014.

NEDEL, F. B. et al. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p.1034-1040, 2008.

NERY, A. A. **Necessidades de Saúde na Estratégia Saúde da Família, no município de Jequié – BA**: em busca de uma tradução. 2006. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

NEUWALD, M. F.; ALVARENGA, L. F. Fisioterapia e educação em saúde: investigando um serviço ambulatorial do SUS. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p.73-82, 2005.

NÓBREGA, J. S. M. **Avaliação das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Macaíba/RN**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

NOVAKOSKI, L. E. **As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde**. 1999. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1999.

OLIVEIRA, A. A. P. **Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100229&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 15 abr 2016.

OLIVEIRA, R.S.; BORBA, P.C.; SAMPAIO, Y.P.C.C. Organização de serviços e integração com os núcleos de apoio a saúde da família. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C (Org.). **Tratado de Medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.307-314.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L. Servqual: A multiple-item for scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, New York, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988.

PASQUIM, H. M.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de apoio à saúde da família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 34-44, 2014.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Org.). **Pistas do Método da Cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009.

PICOLOTO, D.; SILVEIRA, E. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas - RS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 507-516, 2008.

PINHEIRO, S. R. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 687-707, 2002.

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. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ: Abrasco, 2001.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ:Abrasco, 2004.

PONTES, C. A. A.; MENEZES FILHO, A.; COSTA, A. M. O processo criativo e a tessitura de projetos acadêmicos de pesquisa. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.17, p. 439-450, 2005. Disponível:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 29 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011

REIS, D. C. et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 663-674, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400016&lng=pt&nrm=iso> Acesso: 15 mar. 2016.

RESOLUTIVIDADE. In: **DICIONÁRIO** informal. Disponível em: <www.dicionarioinformal.com.br/secundarista/>. Acesso: 4 jun. 2015.

RESOLUBILIDADE. In: MICHAELIS. Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/> Acesso: 11 mar. 2016.

RIBEIRO, M. et al. Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira em Prooção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 224-231. 2014 Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2426/pdf>> Acesso: 21 maio 2016.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Acesso à reabilitação no pós-AVC na cidade de João Pessoa, Paraíba. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.36, n.3, p.699-712, 2012.

RIGGE, M. What are patients looking for? In: VAN ZWANENBERG, T.; HARRISON, J. (Orgs.) **Clinical Governance in Primary Care**. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2009. p.55-62.

RODRIGUES, L. B. B. et al . A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

RODRIGUES, C. R. F. **Participação e atenção primária em saúde**: o Programa de Saúde da Família em Camaragibe, PE (1994-1997). 1998. Dissertação. (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1998.

ROSA, R. B. **A doença não marca hora, não marca dia**: acolhimento e resolutividade em uma equipe de saúde da família. 2006. Dissertação. (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 25 Feb. 2015.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E.; LIPSEY, M. W. **Evaluation**: a systematic approach. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999.

SAMPAIO, J. et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.16, n.3, p.317-324, 2012.

SAMPAIO, J.; MARTINIANO, C. S.; ROCHA, A. M. L. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as Acepções Emergentes da Prática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.17, n.1, p.47-54, 2013.

SANTOS, F. A. S. et al. Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 14, n.3, p.50-54, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. **Avaliação e humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Ijuí, 2009.

SARAIVA, A. S.; ZEPEDA, J. Princípios do Apoio Matricial. In: GUSSO, G.; LOPES J. M. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 298-306.

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 Sciences Institute**, São Paulo, v.30, n.4, p.411- 418, 2012.

SECLLEN-PALACIN, J.; DARRAS, C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. **Anales de la Facultad de Medicina**, Lima, v. 66, n. 2, p. 127-141, 2005.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.187-192, 2000. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 30 jan. 2016.

SHEERING, I.; ALLEN, G.; HENARE, M.; CRAIG, K. Avoidable hospitalizations: potential for primary and public health initiatives in Canterbury, New Zealand. **New Zealand Medical Journal**, Wellington, v. 119, p.2029, 2006.

SIMONATO, L.; BALLARD, T.; BELLINI, P.; WINKELMANN, R. Avoidable mortality in Europe 1955-1994: a plea for prevention. **Journal of Epidemiology and Community Health**, Londres, v. 52, n. 10, p.624-630, 1998.

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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, J. S. Perfil dos usuários em procedimento assistidos em um CAPS II do Piauí. **Revista Piauiense de Saúde**, Teresina, v. 2, n.1, p.1-11, 2013.

SILVA, P.H.G.S. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): análise dos indicadores do 2º ciclo da avaliação externa.** 2014. Monografia. (Especialização em Saúde Coletiva e Educação na saúde) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, 1994.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.48-56, 2008.

SILVA, M. A.; SANTOS, M. L. M.; BONILHA, L. A. S. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 75-86, 2014.

SIMÉANT, S. Capacidad resolutiva de la demanda de atención de morbilidad a nivel primario, Chile, 1981. **Boletim da Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 97, p.125-141, 1984.

SIMÉANT, S. Estudio de la capacidad resolutiva de la demanda en atención de morbilidad a nivel primario (área urbana). **Cuadernos Medico Sociales**, Santiago, v. 24, p.156-169,1983.

SOUSA, F. O. S. **O processo de trabalho em saúde e a demanda por assistência especializada na rede básica de saúde do Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8232014000401283&lng=en&nrm=iso . Acesso: 14 Maio 2016.

SOUSA, A. R. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. A rede assistencial em fisioterapia no município de João Pessoa: uma análise a partir das demandas da atenção básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 357-368, 2011.

SOUZA, F. R. **Processo de construção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na atenção básica do estado do Ceará**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, 2011.

STARFIELD, B. et al. R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. **Journal of Family Practice**, Oxford, v.46, p.216-225, 1998.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. William Pickles Lecture. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. **British Journal of General Practice**, Londres, v.53, n. 494, p.723-729, 2003.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. **Health Policy**, Londres, v. 60, p.201-218, 2002.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 777-796, 2009.

SUÑÉ, F. R. et al. Prevalência e fatores associados para sobrepeso e obesidade em escolares de uma cidade no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1361-1371, 2007.

TERRAZA-NÚÑEZ, R.; VARGAS, I.; VÁZQUEZ, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v.20, n. 6, p.485-495, 2006.

- TORRES, Lilian Machado et al . Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Revista de brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 822-828, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 26 Sept. 2016.
- TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p.581-589, 2002.
- TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 663-674, 2008.
- VARGAS, I. et al. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of health personnel in Colombia and Brazil. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 15, n.213, 2015. Disponível em: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0882-4/open-peer-review>>. Acesso: 4 maio 2016.
- VÁZQUEZ, M. L. et al. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 26, n. 4, p. 360-367, 2009.
- VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.921-934, 2012.
- VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000300011&script=sci_arttext&lng=ES> Acesso: 19 jan 2014.
- VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde em área rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. 2010. Dissertação. (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- VIEIRA, L M. S; FORMIGLI, V. L. A. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. 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**. Salvador: EdUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and under weight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. **American Journal of Clinical Nutrition**, Rockville, v.75, n. 6, p. 971-977, 2002.
- WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços de saúde mental** : a construção de um processo participativo. 2005. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: AGENCIA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANADÁ. **Health Equity Through Intersectoral Action** : An Analysis of 18 Country Case Studies. Geneva, 2008a. Disponível em: < <http://www.phacaspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-eng.pdf> >. Acesso: 4 dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Primary Health Care**. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva, 2008b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva, 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/. Acesso: 12 fev. 2016

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APENDICE A - Roteiro para grupo focal com profissionais eSF/Nasf/NRC

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS ESF/NASF/NRC

1. Quais os problemas/agravos que a eSF tem dificuldade p resolver?
2. Tem algum grupo populacional específico que a eSF precise de ajuda?
3. Tem alguma ação que a eSF não consegue fazer (promoção, reabilitação, articulação de rede)?
4. As necessidades da eSF tem sido atendidas?
5. Quais as situações que geram mais encaminhamentos para outros níveis assistenciais?
6. O Nasf diminuiu o número de encaminhamentos desnecessários para outros níveis assistenciais? O Nasf ampliou a resolutividade das eSF?
7. O Nasf apoia a articulação entre as eSF e os serviços especializados? O Nasf realiza apoio para gestão da fila de espera nos serviços especializados?
8. O usuário atendido em serviços especializados mantém vínculo com a eSF?
9. Os serviços de referência comunicam a eSF/Nasf a alta/abandono do tratamento dos usuários?
10. Lembra de algum usuário/família que foi atendido (a) pelo Nasf e teve seu problema resolvido na atenção primária? Relate.
11. Lembra de algum usuário/família que foi atendido (a) pelo Nasf e precisou ser referenciado para algum serviço especializado? Relate como foi a resolução desse caso.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Ministério da Saúde

FIUCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Profissional da saúde,

Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada **“Núcleo de apoio à saúde da família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado”** de autoria de Fabiana de Oliveira Silva Sousa, sob orientação da professora Paulette Cavalcanti de Albuquerque, vinculada ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM).

A pesquisa tem como objetivo avaliar a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, segundo seus objetivos de integralidade, ampliação da resolutividade e fortalecimento da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde. Você foi selecionado(a), pois representa um sujeito fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o Serviço ao qual representa.

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar participar de grupo focal onde buscaremos discutir e refletir sobre a atuação do NASF. O risco da sua participação é o de constrangimento, devido ao fato de se discutir o desenvolvimento do seu processo de trabalho e de outros profissionais que atuam com você. Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre como vem se dando a implementação da proposta do NASF e a sua avaliação, além da contribuição acadêmica.

A discussão do grupo será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pela equipe da pesquisa.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo no apoio a gestão e aos profissionais da saúde no que refere a organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF na rede de atenção a saúde do Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, Uma cópia deste termo de consentimento será fornecida ao Sr(a) e a outra ficará em posse da pesquisadora. Caso sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com pesquisadora doutoranda Fabiana Sousa ou com a sua orientadora Paulette Cavalcanti pelo telefone (81) 2101-2500, e-mail: oliveirasilva.fabi@gmail.com ou no endereço do CPqAM.

Eu, _____, declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento, que tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, que estou ciente dos meus direitos relacionados e que aceito participar desse estudo.

Assinatura do

Participante _____

Nome e Assinatura do **Entrevistador** _____

Data

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____

Av. Professor Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Campus da UFPE

Recife - PE - CEP: 50.670-420

Telefone: (81) 2101-2500/2101-2600 Fax: (81) 3453-1911

www.cpqam.fiocruz.br

ANEXO A – Aprovação pelo CEP da pesquisa “Núcleo de Apoio a Saúde da Família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado”.



The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' interface. At the top, there is a green header with the logo and navigation buttons for 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados'. The user's name 'Fabiana de Oliveira Si' is visible in the top right. Below the header, a grey bar contains the text 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA'. A blue bar below that indicates the section 'DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA'. The main content area lists the following information:

- Título da Pesquisa:** NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE, RESOLUTIVIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO
- Pesquisador Responsável:** Fabiana de Oliveira Silva Sousa
- Área Temática:**
- Versão:** 2
- CAAE:** 37036814.9.0000.5190
- Submetido em:** 24/11/2014
- Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ
- Situação da Versão do Projeto:** Aprovado
- Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

In the bottom right corner, there is a link for 'Comprovante de Recepção' with a PDF icon and the filename 'PB_COMPROVANTE'.

ANEXO B – Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe (PE) para realização da pesquisa



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DO NASF *

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro que estou ciente e de acordo que Fabiana de Oliveira Silva Sousa realize a pesquisa: Núcleo de Apoio à Saúde da Família : Uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado, junto aos profissionais da Equipe de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o usuários atendidos por essas equipes no município Camaragibe.

Estarei ciente que me serão resguardados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum sujeito participante da pesquisa será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;

Atenciosamente,

Camaragibe, 18 de março de 2014.


 Alexandre Ricardo de Moura Costa
 Secretário de Saúde

Alexandre Ricardo de Moura Costa
 Secretário de Saúde
 Portaria 002/2014

ANEXO C – Comprovante de submissão de artigo científico à Revista Saúde em Debate

saúde
EM DEBATE
40 anos
1976-2016
REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Meus Artigos

Artigos Aprovados
Você não possui artigos aprovados aguardando publicação.
Verifique, na tabela abaixo, os artigos que você possui aguardando avaliação.
Caso você não tenha enviado artigos para avaliação, utilize a opção "Novo Artigo", à direita, para preencher o formulário adequado.

Se você possui um artigo e deseja publicar na Revista Saúde em Debate, veja as instruções clicando no link a seguir

Envie seu Artigo para Avaliação >>>

Consulte artigos online no Scielo
Pesquisar:
no campo:

Pesquisar >>>

Artigos Aguardando Avaliação

- e-0256/2016 - O PAPEL DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO BÁSICA: LIMITES E POSSIBILIDADES

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Av. Brasil, 4.036 – Sala 802
Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141
Fax.: (21) 2260-3782

UMA PUBLICAÇÃO
cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Saúde em Debate - Confirmação de recebimento de artigo

Entrada x

Revista Saúde em Debate <revista@saudeemdebate.org.br> 21 de abr

para mim

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - ISSN 0103-1104

saúde
EM DEBATE
REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

UMA PUBLICAÇÃO
cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Seu trabalho **O PAPEL DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO BÁSICA: LIMITES E POSSIBILIDADES** foi recebido com sucesso.

Ele será encaminhado à Comissão Científica para análise e seleção.
Você poderá acompanhar o status da avaliação de seu trabalho através de sua área restrita, informando o login e a senha de acesso, que você cadastrou no momento de seu registro.

Atenciosamente,
Revista Saúde em Debate

Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - ISSN 0103-1104
Av. Brasil, 4036 - Sala 802 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: [21] 3882-9140 e [21] 3882-9141 - FAX.: [21] 2260-3782 - revista@saudeemdebate.org.br

© Todos os direitos reservados para CEBES - [Desenvolvido por Zanda Multimídias da Informação](#)