

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

ALINE CAVALCANTE DE LIRA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): UMA AVALIAÇÃO DA
RESOLUTIVIDADE**

RECIFE

2017

ALINE CAVALCANTE DE LIRA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): UMA AVALIAÇÃO DA
RESOLUTIVIDADE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de mestre em saúde Pública.

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

Prof^ª. Dr^ª Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Recife

2017

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

L768n Lira, Aline Cavalcante de.
Núcleo de apoio à saúde da família (Nasf): uma avaliação da
resolutividade/ Aline Cavalcante de Lira. — Recife: [s. n.], 2017.

98 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadores: Paulette Cavalcanti de Albuquerque; Fabiana de
Oliveira Silva Sousa.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Avaliação de
Processos e Resultados (cuidados de saúde). 4. Avaliação em Saúde. I.
Albuquerque, Paulette Cavalcanti de; Fabiana de Oliveira Silva, Sousa.
II. Título.

CDU 614.2

ALINE CAVALCANTE DE LIRA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): UMA AVALIAÇÃO DA
RESOLUTIVIDADE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de mestre em saúde Pública.

Aprovado em: 07/12/2017.

BANCA DE EXAMINADORA

Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dr^a Kátia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dr^a Cynthia Maria Barboza do Nascimento
Centro de Ciências da Saúde/UFPE

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Aggeu Magalhães (IAM) por ter contribuído imensamente na minha formação e ter me dado oportunidade de realizar esse sonho em me tornar mestre em Saúde Pública.

À minha querida orientadora Paulette, pela paciência, pela disponibilidade, pela força e pelas valiosas contribuições para a elaboração deste trabalho - sem você eu jamais conseguiria.

Aos profissionais dos serviços de saúde do município, que colaboraram de forma muito atenciosa no momento da coleta de dados, viabilizando a construção deste trabalho, em especial a meus grandes amigos Mateus e a Rafaela que junto comigo acreditam na potência da Atenção Básica.

Ao município de Recife, que contribuiu consideravelmente com a minha formação, principalmente minha equipe Nasf 8.3.

À minha mãe, pessoa mais importante da minha vida, pela força que tem, pela luta e cuidado - você é a minha fonte de inspiração para seguir na caminhada.

A Rudiney, meu grande amor, pela paciência, companheirismo e por vivenciar intensamente junto a mim esse momento tão importante.

A todos os meus familiares, em particular a minha irmã Isla e minha querida tia Ivanize, pelo carinho e por compartilharem comigo mais essa conquista.

À amiga Fabiana Oliveira, pelos valiosos ensinamentos e pelo carinho que sempre me acolhe e me acalma.

A todos amigos que, de alguma maneira, colaboraram e tornaram possível a realização deste trabalho, especialmente, os que encontrei no grupo AcesSUS.

Por fim, e principalmente, agradeço a Deus por me sustentar nos momentos difíceis, dando me força e perseverança para continuar o caminho. E, acima de tudo, por manter viva minha fé e esperança em acreditar num mundo melhor.

LIRA, Aline Cavalcante de. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf):** uma avaliação da resolutividade. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto de Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde representa um complexo conjunto de conhecimento e ações, que demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Pensando nisso, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que tem como objetivo apoiar a inserção da equipe de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da APS no país. O estudo tem como objetivo avaliar a contribuição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para resolutividade da Atenção Primária à Saúde em Recife - PE. Foi realizada uma pesquisa avaliativa com desenho do tipo estudo de caso com uma equipe Nasf e oito equipes de SF. Foram utilizados como fontes de dados documentos e grupos focais e como técnica foi realizada análise de conteúdo. Os resultados dos dados quantitativos permitiram a identificação da atuação do Nasf estudado. Tal atuação 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 foi revelado aspectos que influenciam na capacidade resolutiva do Nasf, tanto favoráveis como desfavoráveis e a satisfação das eSF com o trabalho multiprofissional. A partir do conteúdo das entrevistas temos as seguintes categorias: Tipos de resolutividade, Aspectos normativos do Nasf sobre resolutividade, Aspectos favoráveis para resolutividade, Aspectos desfavoráveis para resolutividade e Sugestões dos profissionais. Todos os registros analisados, bem como as falas dos profissionais comprovam a diversidade de agravos e doenças que tem sido enfrentada pelas equipes. Conclui-se que a organização do Nasf, a partir dos critérios estabelecidos, possibilita que sua atuação amplie a resolutividade da APS.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Avaliação de processos e resultados (cuidados de saúde). Avaliação em saúde.

LIRA, Aline Cavalcante de. **Family Health Support Center (Nasf): an evaluation of resolutivity.** 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto de Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

ABSTRACT

Primary Health Care represents a complex set of knowledge and actions that requires a broad intervention in several aspects so that it can have a positive effect on population's quality of life. With this in mind, the Ministry of Health created the Family Health Support Centers (Nasf), which aims to support the insertion of the Family Health team in the service network and increase the comprehensiveness and resolution of PHC actions in the country. The objective of this study is to evaluate the contribution of the Family Health Support Unit for the resolution of Primary Health Care in Recife - PE. An evaluative research with a case study design was carried out with a Nasf team and eight SF teams. Documents and focus groups were used as sources of data and content analysis was performed as analysis technique. The results of the quantitative data allowed the identification of the performance of the Nasf studied. This action consists of a list of actions ranging from prevention, to health care and rehabilitation, keeping in correspondence with the technical-pedagogical and assistance dimensions of the matrix support. It has also been revealed aspects that influence Nasf's resolving capacity, both favorable and unfavorable, and the satisfaction of FSH with multiprofessional work. From the content of the interviews, we have the following categories: Types of resolution, Nasf normative aspects about resolving, Favorable aspects for resolving, Unfavorable aspects for resolving and Suggestions of the professionals. All the analyzed records, as well as the professional's speeches, prove the diversity of diseases that have been faced by the teams. It is concluded that the Nasf organization, based on established criteria, allows its performance to increase the resolution of PHC.

Descriptors: Primary Health Care. Family Health. Process Assessment (Health Care). Health Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Modalidades de Nasf por número de equipes vinculadas e carga horária.	23
Figura 1 - Mapa de divisão de distritos em Recife.	34
Quadro 2 - Variáveis de análise de pesquisa que foram utilizadas.	37
Quadro 3 - Sujeitos participantes do grupo focal.	39
Quadro 4 - Relação das categorias dos grupos focais.	41
Quadro 5 - Relação dos objetivos com os métodos de pesquisa utilizados para triangulação.	42
Figura 2 - Organograma coordenação Nasf do Recife em 2016.	46
Quadro 6 - Ferramentas e instrumentos de trabalho Nasf em Recife, 2016.	49
Quadro 7 - Modelo lógico do Núcleo de Apoio a Saúde da Família Recife, 2017.	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos usuários/casos atendidos e referenciados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família da equipe Nasf, segundo profissional e sexo, 2014 a 2016, Recife – PE.	51
Tabela 2 - Perfil dos usuários/famílias atendidas e referenciadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família da equipe Nasf, segundo profissional e faixa etária, 2014 a 2016, Recife – PE., 2014 a 2016, Recife - PE.	52
Tabela 3 - Distribuição de usuários/casos atendidos da equipe Nasf, segundo áreas prioritárias, Recife – PE.	54
Tabela 4 - Distribuição de usuários/casos atendidos pela equipe Nasf, segundo situação de acompanhamento e ano, Recife – PE.	56
Tabela 5 - Distribuição de usuários/casos atendidos pela equipe Nasf, segundo número de profissionais, Recife – PE.	57
Tabela 6 - Caracterização das atividades coletivas realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, janeiro de 2015 a dezembro 2016, Recife – PE.	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
e - SUS AB	e-SUS Atenção Básica
eNasf	Equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família
GAB	Gerência da Atenção Básica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAISF	Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família
NAPI	Núcleo de Apoio em Prática Integrativas
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC	Programa Academia da Cidade
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RPA	Região Política Administrativa
RIS	Redes Integrais de Saúde
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar

SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
ZEPA	Zonas Especiais de Preservação Ambiental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 ASPECTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS	18
3.1 Avanços e desafios na construção do Sistema Único de Saúde (SUS)	18
3.2 Atenção Primária à Saúde e suas contribuições no fortalecimento do SUS	19
3.3 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramenta potente no cuidado na APS	22
3.4 A avaliação em saúde e sua importância para o Nasf	26
3.5 A avaliação da resolutividade na Atenção Primária à Saúde: o protagonismo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	28
4 PERCUSSO METODOLÓGICO	33
4.1 Tipo de estudo	33
4.2 Área e período de estudo	33
4.3 População de estudo	35
4.4 Fonte de dados	35
4.5 Coleta dos dados	35
4.6 Primeira etapa	36
4.6 Variáveis de análise	36
4.7 Segunda etapa	38
4.8 Terceira etapa	40
4.9 Plano de análise dos dados	40
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
6.1 Características, diretrizes e concepção que norteia a proposta Núcleo de Apoio a Saúde da Família no Recife	44
6.2 Perfil dos usuários/casos atendidos e referenciados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Recife	50
6.3 Caracterização das atividades coletivas realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família	58
6.4 Análise da resolutividade das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família junto às equipes de saúde da família	59

6.4.1 Tipos de resolutividade.....	60
6.4.2 Aspectos normativos do Nasf sobre resolutividade.....	64
6.4.3 Aspectos favoráveis para resolutividade	70
6.4.4 Aspectos desfavoráveis para resolutividade	72
6.4.5 Sugestões dos profissionais	76
6.5 Modelo lógico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife	77
7 CONCLUSÕES.....	80
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL PROFISSIONAIS ESF/ENASF ..	89
ANEXO A - PARECER DO CEP	90
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE	92
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	93
ANEXO D - INSTRUMENTO DE REGISTRO UTILIZADO NO MUNICÍPIO A	95
ANEXO E - INSTRUMENTO DE REGISTRO UTILIZADO NO MUNICÍPIO B.....	97

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimento e ações, que demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população (LIRA *et al.*, 2014; STARFIELD, 2002). Assim, ela é considerada um "arranjo assistencial importante aos países que almejam um sistema com atenção à saúde qualificada e que seja um direito de cidadania" (CAMPOS *et al.*, 2008).

Existe certo consenso em todo mundo com relação à importância da APS, no entanto, as suas formas de organização e operacionalização são bastante diferenciadas. Ela tem sido muito discutida nas últimas décadas, seja como parte integrante do sistema de proteção social, como alvo de reformas setoriais visando contenção de gastos, seja por seu enfoque, posição na rede e função desempenhada enquanto conjunto de ações no interior do sistema de serviços de saúde (COSTA, 2016).

No Brasil, em 1994, com base em experiências isoladas e bem-sucedidas em alguns municípios brasileiros, o governo federal criou o Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente, passou a figurar como estratégia para estruturar a APS e modificar o modelo assistencial em todo cenário nacional. Viana e Dal Poz (1998), concluíram que a opção pela APS constituiu uma reforma incremental do sistema de saúde no país. Eles consideram que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade de pagamento por procedimento), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local (COSTA, 2016; VIANA; DAL POZ, 1998).

Essa decisão suscitou muitas polêmicas entre gestores e pesquisadores que questionavam, dentre outros aspectos, os repasses financeiros ligados à implantação de uma estratégia com herança dos programas verticais e que deixava poucas possibilidades para adaptações nas cidades (FRANCO; MERHY, 2005). Mesmo assim, através de incentivos financeiros federais, os municípios aderiram progressivamente ao programa, chamado hoje como Estratégia Saúde da Família (ESF), garantindo a ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde.

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

deveria oferecer. Dentre os questionamentos temos principalmente o quadro de transição epidemiológica encontrado em países na América Latina, onde na medida em que persistem os padrões relacionados a doenças infectocontagiosas, elevam - se as chamadas crônico-degenerativas, além do crescimento das causas externas (MENDES, 2013; PAIM, 2011).

A ESF, arranjo brasileiro da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária do sistema de saúde. Essa estratégia vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no território nacional. Ela tem sido defendida como principal estratégia para transformação do modelo hegemônico de produção das práticas de saúde, em uma atenção centrada na família, ampliada além da doença e pautada pelo princípio da integralidade (CAMPOS *et al.*, 2008; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003; LIRA *et al.*, 2014).

Ao longo do tempo, a ESF alcançou avanços importantes no que diz respeito ao acesso à saúde. No entanto, ainda apresenta fragilidades em alguns aspectos como na organização do processo de trabalho, por exemplo, interferindo diretamente na sua capacidade de intervir de forma resolutiva nos problemas de saúde da população (SOUSA *et al.*, 2014).

Outro grande desafio é ampliar a integralidade da atenção. De acordo com Almeida *et al.* (2010), a histórica segmentação e fragmentação continua caracterizando maior parte dos sistemas de saúde latino-americanos, com oferta de Atenção Primária à Saúde seletiva, fragilizando em alguns aspectos como, por exemplo, a constituição de redes integradas, principalmente com o crescimento da prevalência de doenças crônicas.

Diante desse cenário, em 2008, o governo brasileiro, através do Ministério da Saúde (MS), criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Os mesmos têm como objetivo apoiar a inserção da eSF na rede de serviços e ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da APS no Brasil (BRASIL, 2008).

Para isso, diversas categorias profissionais foram incorporadas nos cuidados primários buscando o fortalecimento das Equipes de Saúde da Família (eSF), através da ampliação da sua clínica e apoio na articulação da rede de cuidado para atender a população. Essa proposta traz, em sua essência, a necessidade de alcançar a integralidade da atenção e a busca pela superação de um modelo hegemônico centrado em práticas curativas e assistenciais.

Esse cuidado mais integral na própria unidade básica de saúde (UBS) e no domicílio dos comunitários se dá através do apoio matricial que é a principal diretriz do processo de trabalho das equipes multiprofissionais na APS. A partir de suas dimensões clínico assistencial e técnica pedagógica, existem várias possibilidades de ações, como por exemplo, reuniões de

matriciamento, atendimento individual e domiciliar compartilhado, atividades coletivas e outras ações de educação permanente desenvolvida entre essas equipes (BRASIL, 2014).

Atualmente, a implantação dos Nasf nos municípios tem impulsionado alguns movimentos de mudança no trabalho das equipes de referência, gerando a discussão que essa alteração tem provocado resultados positivos no cuidado ofertado a população (SOUSA, 2016). Estudos de Barbosa *et al.* (2010); Bezerra *et al.* (2010); Fernandes; Nascimento; Sousa (2013); Martiniano *et al.* (2013); Nascimento; Oliveira (2010); Nascimento (2014); Nakamura e Leite (2016); Souza (2013); Sousa *et al.* (2017), foram publicados sobre a proposta do Nasf no Brasil. Entretanto, a maioria desses trabalhos foca ainda na descrição e análise do processo de implantação e organização do trabalho multidisciplinar, na inserção e atuação de categorias profissionais específicas e na análise de competências profissionais para trabalhar nesse núcleo de apoio.

Apesar de grande parte desses autores sinalizarem para a potencialidade do Nasf de contribuir efetivamente para fortalecer a APS, através da ampliação da resolutividade das eSF, faz-se necessário a realização de estudos avaliativos que comprovem a influência desse arranjo organizacional na qualidade da atenção à saúde. Exatamente por isso, é o momento de dedicar maior atenção à análise dessas experiências e o resultado de sua atuação na resolutividade (SOUSA, 2016).

Em alguns estudos, realizados sobre o Nasf, constatou-se sua capacidade, quando desenvolvida dentro perspectiva do apoio matricial, na ampliação de cuidado na APS. Contudo, é importante reconhecer que se trata de uma proposta cuja operacionalização é permeada por contestações e incertezas (NAKAMURA; LEITE, 2016; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; NASCIMENTO, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A avaliação do processo de trabalho do Nasf com enfoque na sua resolutividade é tema atual, carente de investigação e com grande repercussão na rede de atenção primária de todos os municípios que tem esses núcleos. Os resultados dessa pesquisa também poderão auxiliar a reorientação da forma trabalho dos profissionais da saúde que já atuam nas equipes de apoio na APS.

Nesse contexto, propõe-se um estudo avaliativo que toma como questão norteadora: **Como a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família contribui para resolutividade da Atenção Primária à Saúde no município de Recife - PE?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para resolutividade da Atenção Primária à Saúde no município de Recife - PE.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever as características, as diretrizes e a concepção que norteia a proposta Núcleo de Apoio a Saúde da Família no município de Recife - PE;
- b) Caracterizar o perfil dos usuários/casos atendidos e referenciados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
- c) Identificar as atividades realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família de acordo com as diretrizes do apoio matricial;
- d) Analisar a resolutividade das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família junto às equipes de saúde da família a partir dos aspectos normativos, satisfação da população alvo e melhoria na qualidade de vida da população atendida;
- e) Desenhar um modelo lógico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família que contemple as dimensões para avaliação da resolutividade na APS.

3 ASPECTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS

3.1 Avanços e desafios na construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) constituiu a maior política de inclusão social da história de nosso país. Antes do SUS os serviços de saúde separavam as pessoas de duas formas: quem portava a carteira do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que tinha acesso a uma assistência curativa previdenciária; e as demais pessoas, que eram a grande maioria, tinham uma oferta inadequada de serviços, composta por atendimento público, filantrópico ou serviços privados pagos diretamente (PAIM, 2011).

O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1977 devido ao desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social e tinha a finalidade de prestar atendimento médico apenas aos que contribuía com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O SUS rompeu essa divisão injusta e fez da saúde um direito de todos e um dever do Estado, garantido constitucionalmente (MENDES, 2013; PAIM, 2011).

A reforma sanitária brasileira, uma das grandes conquistas no país, foi incentivada pela sociedade civil, e não pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais. O SUS foi instituído pela Constituição de 1988, baseado no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, criando 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 (PAIM, 2011).

Com a criação da Lei Orgânica da Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde (MS), conhecidas como as Normas Operacionais Básicas (NOB), a efetivação do SUS, nos anos 90, foi impulsionada. A descentralização da saúde foi à lógica subjacente da implementação do sistema universal, com as novas regras e uma reforma administrativa em todos os níveis do governo, foram redefinidas responsabilidades e estabelecidos mecanismos de repasse financeiro, como por exemplo, o Piso da Atenção Básica (PAB).

Segundo Mendes (2013), o sistema de saúde brasileiro apresenta números importantes e programas que são referência no mundo todo, mesmo considerando sistemas de saúde em países desenvolvidos. Como principais modelos, pode-se citar o Sistema Nacional de Imunizações; o Programa de Controle de HIV/Aids; o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos, o qual tem a maior produção mundial de transplantes realizados em sistemas públicos

de saúde do mundo; e o programa brasileiro de APS que tem sido considerado, por sua expansão de cobertura, um padrão a ser seguido por outros países. Com esses processos, o SUS tem contribuído significativamente para a melhoria nas condições de vida dos brasileiros (MENDES, 2013).

No entanto, desde o início da implantação do sistema único de saúde, vários problemas se colocaram para sua operacionalização, se destacando o financiamento das ações de saúde, as formas de articulação público/privado no novo modo de organização dos serviços e a resistência do antigo modelo assistencial curativista a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais (MENDES, 2013; PAIM, 2011; VIANA; DAL POZ, 1998).

Com base em experiências bem-sucedidas em alguns municípios, onde puderam ser constatados avanço de indicadores e com redução de desigualdades socioeconômicas, a APS/eSF passou a figurar como estratégia para estruturar as práticas de cuidado em saúde da população e modificar o modelo assistencial apontado anteriormente (FAUSTO *et al.*, 2014; VIANA; DAL POZ, 1998).

3.2 Atenção Primária à Saúde e suas contribuições no fortalecimento do SUS

Em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi formulada a Declaração de Alma-Ata que se destaca pela importância da Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo Alfradique *et al.* (2009), a APS é uma aposta importante para reorientação da atenção à saúde e superação do cuidado fragmentado.

Para Starfield (2002), a APS tem características que os outros níveis assistenciais não possuem. Segundo a autora, os quatro atributos principais são: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade no cuidado, coordenação do cuidado; e três atributos secundários: focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Como esse nível assistencial é composto por serviços de primeiro contato, também chamados de porta de entrada, eles devem ser de fácil acesso, sendo aspecto essencial em modelos organizados por nível de atenção, como é o caso no território brasileiro (STARFIELD, 2002).

Outro atributo é a longitudinalidade, que é a existência de atenção à saúde e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos ou do tipo de problema. "Na literatura internacional, o termo continuidade do cuidado é utilizado com sentido semelhante à palavra longitudinalidade, embora esses termos possuam especificidades conceituais" (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Como um terceiro atributo principal temos a integralidade do cuidado, que é um conceito polissêmico e diversos autores enfatizam diferentes aspectos. Segundo Albuquerque (2003), é uma das colunas do SUS, consagrado pela Constituição Federal de 1988 e que compreende 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 (ALBUQUERQUE, 2003, p. 35).

A coordenação do cuidado pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam interligados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A boa organização dos serviços contribui para melhora da atenção com impactos positivos na saúde da população e na resposta do sistema. Os serviços de cuidados primários devem ser capazes de resolver várias necessidades de saúde que excedem a esfera da intervenção curativa e individual (FAUSTO *et al.*, 2014; MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; STARFIELD, 2002). Mas, quando esse nível de complexidade não está organizado para manejar adequadamente os problemas, a assistência necessária e adequada é procrastinada (SOUSA *et al.*, 2014).

No ano de 1990, o Sistema Único de Saúde foi regulamentado com a lei 8.080, com isso houve uma ampliação da concepção de APS no Brasil (VIANA; DAL POZ, 1998). A partir de experiências locais, os cuidados primários começaram a adquirir características através do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, sendo recomendado após o bom desempenho do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A ampliação da nova proposta foi incentivada com o repasse do financiamento direto da união para os municípios a partir da criação do Piso de Atenção Básica (PAB), pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB- SUS /96) (VIANA; DAL POZ, 1998).

No final da década de 90, o MS define o Programa de Saúde da Família como estratégia para reorganização do sistema de saúde, com a perspectiva de delinear uma atenção primária abrangente e com característica de ordenadora de cuidado em redes integrais a saúde

(ALFRADIQUE *et al.*, 2009). A implantação do PSF foi acelerada nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada. Todavia, nos grandes centros urbanos, a implementação tem sido lenta, pois esbarra com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica e o financiamento repassado pelo executivo federal (COSTA, 2016).

Dentro da Política Nacional de Atenção Básica¹ (PNAB) no Brasil, em 2006, foi apresentada uma forma ampliada de APS (BRASIL, 2006). Ela expandiu o seu escopo, sua compreensão e incluiu os atributos da atenção primária em saúde para caracterizar uma atenção abrangente, em consonância com os pressupostos indicados por autores clássicos em cuidados primários (STARFIELD, 2002).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi reconhecida pela Política Nacional da Atenção Básica (AB) como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica. Tem sido operacionalizado através da implantação de equipes multiprofissionais compostas por um enfermeiro, um médico generalista, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006).

As equipes de saúde da família (eSF) são responsáveis pelo acompanhamento em média de 3000 habitantes (em torno de 1000 famílias) de uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais prevalentes, e na manutenção da saúde (BRASIL, 2006; LIRA *et al.*, 2014).

Essa forma de arranjo se propõe a cuidar dos problemas mais corriqueiros e frequentes das pessoas, atingindo melhores resultados no controle das doenças e de suas complicações, atuando na prevenção de incapacidades, assim como na organização dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção, diminuindo a procura direta aos atendimentos em hospitais (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Com esse entendimento da ampliação da APS apresentada anteriormente, esse modelo garantiria um nível de resolutividade das necessidades de saúde da população brasileira. Porém, ainda existem alguns problemas como a inadequação dos perfis profissionais da área de saúde, a dificuldade de fixação de profissionais na atenção básica e a fragmentação do processo de trabalho. Tais situações configuram a complexa realidade dos serviços de saúde e mostram-se como grandes desafios que precisam ser superados para que a eSF assume seu papel de ator principal na ordenação da rede (CAMPOS *et al.*, 2008).

¹Nos documentos oficiais do MS, os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são utilizados como sinônimos assim serão utilizados nessa pesquisa.

Com a perspectiva de superar partes dessas dificuldades, o executivo federal aposta na implantação de equipes multiprofissionais as quais desenvolvem um trabalho pautado nas ações interdisciplinares que, associadas às ferramentas tecnológicas, conseguem superar os desafios e ampliam seus alcances de atuação. Por isso, é necessário apostar em mudanças no processo de trabalho, provocando transformações no cuidado, para além da doença (BRASIL, 2010).

3.3 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramenta potente no cuidado na APS

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) tem como embrião institucional o Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família (Naisf), apresentado através da portaria ministerial nº1065 de quatro de julho de 2005, no entanto revogada rapidamente. Sua divulgação movimentou alguns municípios a desenvolverem projetos parecidos. Em Sobral, por exemplo, município do Ceará, foram realizadas experiências com profissionais não previstos na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF); em Recife, capital do estado Pernambuco, ocorreram duas propostas semelhantes: a equipe de retaguarda e as equipes de Ação Avançadas e em Campinas, foi instituído o programa Paidéia Saúde da Família, baseado no método Paidéia. E dessa última experiência, foram incorporados os conceitos chave como o apoio matricial e a equipe de referência (SOUZA, 2015).

Estabelecidos por meio da publicação da portaria ministerial nº 154/2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) surgem com o intuito de apoiar as Equipes de Saúde da Família (eSF). Os núcleos são equipes multiprofissionais compostas por diferentes especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiar os profissionais das eSF e das equipes de atenção primária para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). "O Nasf constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da atenção primária, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes e amplia também a capacidade de resolução clínica das equipes" (BRASIL, 2014).

O documento do MS citado anteriormente, de 2008, prevê para os municípios a implantação dos Nasf, que se diferem quanto à sua composição, abrangência e financiamento (BRASIL, 2008). O mesmo estabelece as orientações gerais do que se deve contemplar no projeto de implantação dos Nasf nos municípios, mas a gestão municipal de saúde assume o papel organizativo e, por conseguinte, define como se dará o processo de funcionamento das suas eNasf (BRASIL, 2008).

Pela portaria de criação, 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).

O Ministério da Saúde instituiu que a composição de cada eNasf deva ser definida seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes profissões. Ele ainda adverte que cada equipe tenha no mínimo um profissional com habilidades e conhecimentos técnicos em saúde mental, tendo em vista o contexto histórico dessa linha de cuidado e a proporção epidemiológica dos transtornos mentais (BRASIL, 2008).

Com a publicação ministerial nº 2.488/2011 foram incluídas novas categorias que podem compor essas equipes, sugerindo a inserção de profissionais como: 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 sanitaria (BRASIL, 2011).

As modalidades de conformação de equipe do Nasf criadas abrem a possibilidade de qualquer município do Brasil fazer implantação de eNasf, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família. As modalidades hoje estão definidas em Nasf tipo 1, tipo 2 e tipo 3 como mostra o quadro a seguir:

Quadro 1 - Modalidades de Nasf por número de equipes vinculadas e carga horária.

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas	Mínimo 200 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas	Mínimo 120 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações	Mínimo 80 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

O MS publicou os Cadernos da Atenção Básica, com os seus princípios e diretrizes, onde esses orientam as ações que devem ser desenvolvidas pelas eNasf. Nessas diretrizes foi

abordado o processo de trabalho entre os profissionais, o qual aborda as atribuições comuns aos membros das equipes e as ações por área estratégica; além das ferramentas tecnológicas para o Nasf, que podem ser elencadas como de apoio à gestão (pactuação de apoio) e de apoio à atenção (clínica ampliada, apoio matricial, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território - PST) (NAKAMURA; LEITE, 2016).

A criação desse serviço representa conquistas importantes no processo de inclusão de novas categorias profissionais na APS. Mas a falta de orientações mais detalhadas sobre o funcionamento do Nasf deu espaço para que os municípios implantassem as equipes de acordo com seus próprios entendimentos do que seria realizar o apoio matricial às eSF. Atualmente, há grande diversidade no modo de organização do trabalho dessas equipes nos municípios, apesar da existência dos textos normativos e portarias ministeriais publicadas (NAKAMURA; LEITE, 2016; NASCIMENTO, 2014).

O processo de trabalho das equipes do Nasf deve ser totalmente integrado com as equipes de saúde da família e seu território de abrangência. A proposta do governo federal é que os núcleos devem se organizar na perspectiva do Apoio Matricial. Nesse arranjo, as equipes dos Nasf trabalham junto às equipes de referência, fornecendo-lhes suporte técnico pedagógico e clínico - assistencial (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Cunha e Campos (2011, p. 961) apontam que:

O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação.

Nascimento (2014, p. 42) também aborda o conceito:

O apoio matricial e a equipe de referência são metodologias que visam organizar o processo de trabalho no intuito de apresentar possibilidades de realizar um cuidado à saúde mais ampliado, através da garantia de espaços de diálogos e trocas entre vários profissionais.

O matriciamento é uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração da eSF na atenção às situações do território com equipes com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de referência. Essa estratégia "possibilita a troca de saberes e a ampliação do olhar de todos os envolvidos sobre os problemas de saúde e as possibilidades de intervenção" (SOUSA, 2017).

Fausto *et al.* (2014) evidenciam que a oferta de cuidados na APS tende a ser restrita e com menor capacidade resolutiva se comparada à condição das eSF que contam com apoio de

outros profissionais em contextos municipais. Segundo Bezerra *et al.* (2010) por meio do apoio matricial, procurar-se a “reordenação do trabalho em saúde, a partir da diretriz do vínculo terapêutico entre equipes (SF e Nasf) e usuários e da interdisciplinaridade das práticas e dos saberes”.

É fato que a atuação integrada entre a equipe de referência e a equipe de apoio deve ter como suporte a atenção especializada, de forma que o Nasf seja fomentador da rede de atenção à saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica e suas diretrizes (BRASIL, 2011).

Os núcleos de apoio consolidam o compartilhamento de responsabilidades com as eSF através da proposta de realizar a prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência. Desta forma, fortalecem e ampliam as possibilidades de comunicação entre os profissionais, de modo a priorizar os atendimentos interdisciplinares e compartilhados, por meio de estudos, discussões de caso e consultas compartilhadas (FERNANDES; NASCIMENTO; SOUSA, 2013).

Assim, o acesso e a probabilidade das eSF responderem às necessidades de saúde da população foi ampliada e a possibilidade de "modificar o perfil da demanda, em dimensões que transcendem a organização e estrutura do serviço, desafiando o estabelecido, inclusive a prática do profissional tradicional” (SOUSA, 2016).

Ficou evidente que o executivo federal investiu em mudanças importantes para APS, como por exemplo redução do número de eSF vinculadas a cada Nasf com o acréscimo dos incentivos financeiros repassados aos municípios, com a inclusão do Nasf no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (Pmaq) e com o lançamento do Curso de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial na Atenção Básica como aposta no processo de educação permanente de trabalhadores e gestores (BRASIL, 2014). Espera-se que, com estas ações à Saúde da Família, sejam fortalecidas as ações integradas e a contribuição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família possa favorecer para resolutividade da Atenção Primária à Saúde.

Estudo realizado por Nascimento (2014), analisou o processo de trabalho das eNasf em municípios do estado de Pernambuco e revela, a partir das atividades realizadas e da integração com as eSF, três configurações de Nasf: Matricial, Semi - matricial e Assistencial - curativista (NASCIMENTO, 2014). Diante do achado, a autora propôs em suas recomendações a realização de avaliações sistemáticas no processo de trabalho do Nasf com a finalidade de conhecer sua capacidade resolutiva e ajudar a enfrentar os desafios existentes para aprimorar a APS.

3.4 A avaliação em saúde e sua importância para o Nasf

A avaliação de políticas em saúde no país apresenta-se num contexto em que os processos ainda são elementares e pouco incorporados às práticas. Além disso, os instrumentos existentes ainda nem se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas. Essa discussão sobre a importância dos processos avaliativos e suas potencialidades democráticas e participativas pode ser um caminho para a melhoria da APS (FURTADO, 2015).

Considerando a importância da qualificação dos processos decisórios, no âmbito da gestão dos serviços e do cuidado à saúde, com vistas à integralidade e resolutividade das ações, autores apontam que existe a necessidade de discutir a avaliação no Nasf e a sua sustentabilidade (NASCIMENTO, 2014).

Tal avaliação possui diversas possibilidades de conceituação, sendo fundamental, para qualquer processo avaliativo, a explicitação do marco teórico utilizado. Autores como Guba e Lincoln (2011) identificaram quatro gerações na história da avaliação. A passagem de uma geração para outra se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos.

Os autores citam que a *primeira geração* é baseada na medida dos resultados escolares, da inteligência e da produtividade dos trabalhadores. Nessa fase, o avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. Esse modelo de avaliação ainda pode ser encontrado nas organizações públicas e privadas, principalmente no setor da educação (GUBA; LINCOLN, 2011).

A *segunda geração* é marcada pela publicação de estudos de Ralph Tyler em 1942 e trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. A geração anterior apresentava deficiências sentidas nos currículos escolares, insuficientes para atender as crescentes expectativas sociais. Com isso, a primeira geração foi revista e o objeto de avaliação mudou de foco. Nessa fase o avaliador passa ter o papel de descritor. Em 1967, os limites da abordagem descritiva orientada por objetivos foram apontados por Stake, o qual identificou que avaliadores estavam negligenciando outra face da avaliação importante: o julgamento (GUBA; LINCOLN, 2011).

A *terceira geração* é fundamentada no julgamento. Nessa geração a avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção e o avaliador assume o papel de juiz. Este julgador retém ainda os papéis anteriores com suas funções e técnicas descritivas (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

E a *quarta geração* é a fase emergente da avaliação, a qual é feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção que será avaliada nesse estágio. A partir dessa análise, foi proposta a *quarta geração* de avaliadores, constituída de processos avaliativos mais inclusivos e participativos (GUBA; LINCOLN, 2011).

Diante das gerações, hoje podemos falar que avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de uma metodologia científica (pesquisa avaliativa) (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

A avaliação normativa consiste em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes comparando recursos empregados e sua organização. Ela busca apreciar cada um dos seus componentes em função de critérios e normas. A pesquisa avaliativa, por sua vez, depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

A avaliação também pode ser classificada, segundo as funções que deve cumprir, em *formativa* ou *somativa* (FURTADO, 2015). A avaliação formativa fornece informações para melhorar a intervenção no curso da atividade, enquanto a avaliação do tipo somativa fornece julgamentos que servem para determinar os efeitos de uma intervenção e para decidir se deve ser mantida, transformada de modo importante ou interrompida.

As avaliações com abordagens voltadas para o desenvolvimento de intervenções, como a avaliação formativa, têm se multiplicado nas últimas duas décadas. São abordagens que favorecem a avaliação feita a partir do interior da intervenção e centradas na perspectiva dos públicos potenciais. Essa avaliação é interessante para produzir informações práticas e úteis para os membros do programa ou serviço de saúde (FURTADO, 2015).

No contexto da APS os problemas enfrentados englobam uma complexidade de fenômenos, que vão além das alterações biológicas no funcionamento corporal, como também envolve um amplo elenco de processos sociais e psicológicos entrelaçados, onde o sofrimento individual torna-se singular, assim como seu enfrentamento. Deste modo, avaliar programas e serviços voltados para o enfrentamento dessa realidade deve incorporar uma perspectiva participativa, de construção coletiva e de aprendizado baseada na problematização das situações encontradas no cotidiano dos serviços (SARTI *et al.*, 2008; FURTADO, 2001).

Diante disso, a avaliação em saúde pode ser uma estratégia para auxiliar no conhecimento e na funcionalidade do Nasf, para compreender os fatores que influenciam a

experiência, avaliar seus resultados e contribuir para que essa proposta seja de fato resolutive e sustentável na APS.

3.5 A avaliação da resolutividade na Atenção Primária à Saúde: o protagonismo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Apesar da dificuldade para conceituação precisa do termo na língua portuguesa, é possível encontrar várias referências para resolutividade e a discussão sobre a maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos nos sistemas de saúde (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011). Na literatura encontramos sinônimos para resolutividade como: resolubilidade, capacidade resolutiva e poder resolutivo (CLÈRIES COSTA; SOLDEVILA; VICENTE, 2007; COSTA, 2014).

Para definir a resolutividade, é importante entender vários conceitos que nela estão implícitos, tais como: acessibilidade, eficiência, eficácia, efetividade, entre outros (D'AGUIAR, 2001). Alguns autores como Rosa, Pelegrini e Lima (2011), apontam que "a análise da resolutividade depende de quem avalia e do que é avaliado nos serviços de saúde".

Nos anos 80, Siméant (1984) apontava a necessidade de estudos para avaliar a capacidade resolutiva em serviços na zona rural do Chile. Para o autor, essa capacidade deveria ser aferida sob dois aspectos: um deles quantitativo, considerando que a demanda varia no tempo e no espaço, e outro qualitativo, que se altera em função da etiologia das necessidades que motivam a demanda e da complexidade destas necessidades.

Um dos primeiros estudos que utilizou o termo resolutividade no Brasil foi publicado na década de oitenta e o empregou como sinônimo de resolução final dos problemas trazidos aos serviços de saúde, mas indicava a inclusão da satisfação dos usuários e de profissionais médicos. Essa pesquisa analisou as características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo (TURRINI *et al.*, 2008).

Para Sousa (2016), é preciso entender o poder de resolução da APS sob o conjunto de cuidados de saúde, no âmbito do qual deve ser garantida a continuidade da assistência para a população a partir da prevenção, diagnóstico ou tratamento de um problema de saúde. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família alcançou avanços importantes em relação ao cuidado, mas ainda apresenta algumas fragilidades.

Com isso, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) têm como intuito ampliar a capacidade resolutiva das ações da APS no território brasileiro (BRASIL, 2008). Alguns autores apontam para essa força que a lógica do apoio matricial tem e quanto impacta no poder

de resolução na atenção à saúde da população nesse nível de complexidade (FERNANDES; NASCIMENTO; SOUSA, 2013). Apesar dessa potencialidade, um desafio importante no campo de estudo da resolutividade é a avaliação da mesma com relação ao Nasf.

Assim, algumas perspectivas serão utilizadas nesse estudo para investigar a influência das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na resolutividade da Atenção Primária à Saúde. Sousa (2016) sugere analisá-la sob diversos ângulos, e a partir destes, classifica os principais aspectos utilizados: *normativo, satisfação da população alvo e melhoria sobre a qualidade de vida da população atendida*. Autores como Correia, Goulart e Furtado (2017) afirmam mais do que em outros programas, eventuais avaliações do Nasf devem considerar seus próprios pressupostos, utilizando análises estratégicas e lógicas.

Dentro da *perspectiva normativa*, a autora, aponta que a avaliação de resolutividade do Nasf se dá a partir da definição dos seus objetivos e competências atribuídos como programa de saúde. Campos (1988) sinaliza que refletir sobre resolutividade implica em considerar a “efetiva correlação entre os serviços e os objetivos aos quais estão institucionalmente destinados”.

De tal modo, segundo MS, a equipe de apoio matricial vinculada à eSF deve contribuir para o aumento da resolutividade de forma que acrescente possibilidades de intervenção na APS. Esse é um pressuposto fundamental. Assim, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço de cuidados primários precisa estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (FAUSTO *et al.*, 2014).

Sousa (2016, p.42), também corrobora que:

Algumas vezes, se incorre em um erro conceitual e metodológico ao tentar aferir níveis de resolutividade de serviços, da atenção básica, por exemplo, pelo prisma quantitativo de redução de encaminhamentos para outros níveis assistenciais. [...] na verdade, 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.

Dentro dessa complexidade, está a APS como reconhecida porta de entrada do usuário ao sistema, uma vez que, ao funcionar adequadamente possibilita a resolução da maioria dos problemas de saúde com apoio de outros profissionais (FAUSTO *et al.*, 2014). Assim, os serviços especializados e hospitais podem exercer suas verdadeiras finalidades, resultando em maior satisfação dos usuários e utilização racional dos recursos existentes.

Turrini *et al.* (2008, p. 663) também evidencia que a resolutividade dos serviços no modelo hierarquizado por níveis de atenção pode ser avaliada por dois aspectos:

[...] o primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado e, o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde.

Para Vannucchi e Carneiro Júnior (2012), o apoio matricial deve ser concretizado por profissionais com conhecimento e perfil distinto daquele dos profissionais de referência. Desta forma, será possível acrescentar recursos de saber e até mesmo contribuir com intervenções que aumentam o poder resolutivo das equipes de referência.

A satisfação da população alvo, segundo Sousa (2016), é a segunda perspectiva importante na avaliação da resolutividade do Nasf. Principalmente porque a capacidade resolutiva corresponde à resposta satisfatória do serviço de saúde à demanda do usuário, seja para manutenção de saúde da população, cura de doenças, ou até, diminuição do sofrimento. Para Turrini *et al.* (2008, p. 663) resolutividade é a:

[...] resolução final dos problemas trazidos pelos usuários ao serviço e à satisfação desses e dos profissionais. Onde a resolutividade é a resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Essa resposta não compreende, exclusivamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde.

Autores como Rosa, Pelegrini e Lima (2011, p. 346) trazem que:

A relação entre resolutividade e satisfação do usuário é uma importante ferramenta para avaliar a qualidade e o desempenho da atenção à saúde, pois possibilita analisar os resultados do trabalho desenvolvido, contribuindo para reorganização dos serviços de saúde.

Estudos realizados na Catalunia e em Barcelona, em 2006, ratificam que a satisfação de usuários de sistemas de saúde é um importante indicador de ser estudado para se obter um conjunto de itens úteis no intuito de avaliar alguns atributos essenciais da APS na perspectiva da população (PASARÍN *et al.*, 2007). Essa avaliação de serviços de saúde é uma área que permite proporcionar diretrizes e escolhas para o processo de planejamento, podendo favorecer o controle técnico e social dos serviços prestados à sociedade (MISHIMA, 2010).

Campos, em seu estudo, afirma que a satisfação dos usuários, concomitante à utilização de outros parâmetros para aferição da resolutividade, é uma estratégia importante. E essa avaliação é apontada como uma das melhores maneiras de analisar a qualidade dos serviços de saúde (CAMPOS, 1998).

Como o apoio matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico, o Nasf tem dois públicos alvos, um na dimensão assistencial a qual produz ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica que produz ação de apoio educativo com as equipes de referência (BRASIL, 2014). Isso leva a pensar que a avaliação de resolutividade desse núcleo pode ser realizada com os dois grupos.

E na *terceira perspectiva*, Sousa (2016) aponta que a avaliação da resolutividade do Nasf pode se apresentar a partir da mensuração dos resultados de determinadas ações no nível de adoecimento, diminuição de mortes e ganho de funcionalidade da população. Mendonça *et al.* (2016) corroboram que os serviços de saúde contribuem significativamente para a redução da desigualdade na saúde e impactam na vida de seus usuários (MENDONÇA; DIERCKS; KOPITTKE, 2016).

Considerando que as condições sensíveis à atenção primária são problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção, a falta de atenção oportuna e efetiva pode evoluir e exigir hospitalizações. Entende-se que elas servem como um importante instrumento para a avaliação e monitoramento da efetividade desse nível do sistema de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A utilização das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária como indicador do acesso e qualidade da assistência iniciou na América do Norte, com os Estados Unidos e se difundiu para outros países. Esse estudo analisa o impacto potencial das diferenças socioeconômicas sobre as taxas de hospitalização, com base em padrões de uso hospitalar em Nova York em 1988. O mesmo sugere que a falta de atendimento ambulatorial antecipada e efetiva pode elevar tais taxas nas populações de baixa renda (BILLINGS *et al.*, 1993).

Campos *et al.* (2008) corrobora estudos realizados por diversos autores que apresentam taxas de indicadores de saúde, obtidos por métodos comparáveis e de uma única fonte de dados, tem um efeito positivo importante da atenção primária e nos custos em saúde. Esses autores reconhecem que o resgate da definição ampliada de APS depende, principalmente, de políticas públicas que fortaleçam as práticas da atenção básica orientadas para a sua finalidade de fato.

Dessa forma, entendendo que o conjunto de ações em saúde, desempenhadas pelas eSF, constitui algo complexo e que demanda intervenções ampliadas da realidade, é demonstrado em diversos lugares que a utilização de saberes de variados núcleos torna as equipes mais efetivas (D'AMOUR *et al.*, 2008; ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

Vários estudos relatam que o trabalho de cooperação entre equipes pode resultar em uma melhor resolutividade das ações. Alguns autores mostram que a colaboração interprofissional é um potente recurso para elevar a capacidade resolutiva dos sistemas de

saúde. Além dessa colaboração, a responsabilização compartilhada pelos casos aumenta o poder resolutivo das eSF e estimula a interdisciplinaridade com a aquisição de novas competências dentro desse nível de atenção (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; D'AMOUR *et al.*, 2008; ROCHA, BARRETO; MOREIRA, 2016).

4 PERCUSSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo formativa com o desenho do tipo estudo de caso (GUBA; LINCOLN, 2011). Na pesquisa avaliativa, segundo Furtado (2015), buscamos subsídios para a solução de problemas práticos a partir de um investigador preocupado e desafiado por alguma situação problema. “Essa não deve perder seu compromisso com efetiva utilidade prática de seus produtos” (FURTADO, 2015).

O estudo de caso se caracteriza como um tipo de pesquisa cujo objetivo é analisar profundamente um dado objeto de estudo, buscando abrangê-lo na maior amplitude possível de suas ações (HARTZ, 1997; YIN, 2010). Objetiva encontrar a maior quantidade possível de dados sobre o caso, objetivando informações de maior especificidade e profundidade (YIN, 2010). Segundo Yin (2010, p. 39): “[...] o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”.

Diante da necessidade de se obter diversas informações para embasar o estudo, este foi realizado em duas fases: quantitativa e qualitativa. Na primeira, foram descritas as características do objeto do estudo, e a segunda buscou aprofundar na compreensão do fenômeno estudado.

4.2 Área e período de estudo

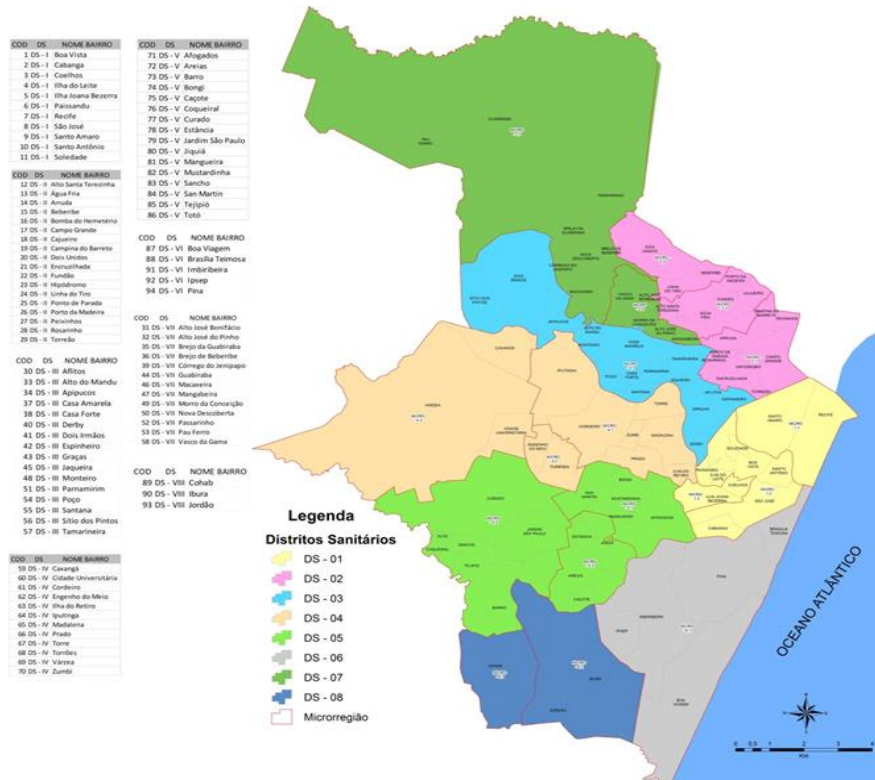
O presente estudo foi realizado no Distrito Sanitário VI, localizado no município de Recife, capital do estado de Pernambuco (PE), no período de novembro de 2016 a outubro de 2017.

A cidade do Recife ocupa uma posição central no litoral nordestino e localiza-se a 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. Apresenta uma superfície territorial de 218,4 km² e uma população residente, estimada pelo Censo de 2010 do IBGE para 2014 de 1.608.488 habitantes. Limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico. Com uma composição territorial diversificada (morros - 67,43%; planícies - 23,26%; áreas aquáticas - 9,31%; Zonas Especiais de Preservação

Ambiental (ZEPA): 5,58%), a cidade está dividida em 94 bairros, aglutinados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA).

Em 2014, o município passou a contar com oito Distritos Sanitários (DS), distribuídos pelas seis RPA. Com a reorganização que ampliou o número de DS de seis para oito, foi realizada uma redistribuição dos bairros, por localidade, com vistas à reestruturação dos processos gerenciais. Cada um destes territórios está subdividido em microrregiões, que agregam bairros com semelhança territorial. Dentro de seu território foi escolhido para realização desse estudo o DS VI (RECIFE, 2016).

Figura 1 - Mapa de divisão de distritos em Recife.



Fonte: Recife, 2016.

O DS VI se localiza na RPA VI que possui uma população de 354 mil habitantes. É composta por cinco bairros – Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina, tendo sua sede localizada no bairro do Ipsep (RECIFE, 2015).

A rede básica desse território de saúde é composta por 27 Equipes de Saúde da Família (eSF), 15 Equipes de Saúde Bucal (eSB), 04 Unidades Básicas Tradicionais de Saúde e por vários outros serviços que apoiam as atividades da eSF ampliando o escopo de atuação da atenção básica como: 2 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), 01 Farmácia da Família

e 05 polos do Programa Academia da Cidade (PAC) (RECIFE, 2015). Elegeu-se esse local do estudo considerando os seguintes aspectos:

- a) Nesse território foram implantados os primeiros Núcleos de Apoio a Saúde da Família implantados no município no ano de 2010;
- b) Essa equipe do Nasf tem menor rotatividade depois da recomposição do DS VI e carga horária mínima preconizada pelo MS.

4.3 População de estudo

Constituem a população do estudo os profissionais que trabalham em 1 equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e os profissionais das 8 equipes de Saúde da Família que trabalham com Nasf há pelo menos dois anos.

4.4 Fonte de dados

Foram utilizados dados primários obtidos através de grupos focais por meio de um roteiro (Apêndice A); e dados secundários a partir das fichas de registros das atividades (Anexo D), Relatórios de Acompanhamento dos Casos Clínicos (trimestrais e semestrais) e manuais de organização do Nasf do município estudado.

4.5 Coleta dos dados

A coleta foi realizada em três etapas, de forma consecutiva e integrada. Realizando uma triangulação de estratégias para coletar os dados que subsidiam uma análise mais aprofundada da resolutividade da atuação do Nasf.

Segundo Minayo (2014), essa estratégia propicia meios para que, no desenvolvimento do processo de investigação, os que praticam as ações se apropriem da compreensão dos dados quantitativos e qualitativos gerados pelo trabalho e adquiram subsídios para as mudanças necessárias. E ainda afirma que essa estratégia é recomendada para estudos de avaliação.

4.6 Primeira etapa

Nesta etapa foi realizado um estudo descritivo, esse tem por intenção determinar a distribuição das condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos, com facilidade de execução e baixo custo relativo (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Os dados sobre as atividades realizadas pelo Nasf foram coletados através das "Fichas de registros de Atividades Coletivas e de Reuniões" que aconteceram no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016 e o perfil dos atendimentos a partir dos casos/famílias acompanhadas pela eNasf foram coletados através dos "Relatório de Acompanhamento dos Casos Clínicos trimestrais da Nasf e das eSF", que aconteceram período de março de 2014 a dezembro de 2016 (Anexo D e E).

Esse relatório utilizado é um instrumento consolidado de registro dos casos acompanhados pela eNasf, permitindo uma visão geral daqueles casos que ainda permanecem em acompanhamento e daquela cuja intervenção já foi concluída. O objetivo desse instrumento é registrar, de maneira simples e uniforme, todos os casos matriciados pela eNasf, conforme orientações do município.

Esses períodos foram escolhidos devido a implantação das fichas de registros do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) no Nasf no município. No momento da coleta de dados não foi possível realizar a coleta de dados quantitativos do sistema de informação utilizado no município devido à impossibilidade do sistema SISAB (e-SUS) emitir relatórios com informações de produção da equipe estudada (RECIFE, 2016).

4.6.1 Variáveis de análise

As informações foram divididas em variáveis, onde posteriormente foi construído um modelo lógico com dimensões do trabalho do Nasf de acordo com o apoio matricial.

a) Características dos usuários:

- **Sexo** – feminino e masculino;

- **Idade** – registrada em anos completos e dividida em quatro faixas: menores de 18 anos, 18 a 29 anos (jovens), 30 a 59 anos (adultos) e maiores de 60 anos (idosos).

b) Características das ações realizadas pela eNasf:

- **Atividade:** ação realizada pelo profissional do Nasf que pode ser: atendimento específico, atendimento compartilhado, atendimento domiciliar, reunião, grupo;
- **Áreas prioritárias:** variável requerida para os casos/famílias acompanhadas pela eNasf: Atenção Materno Infantil; Atenção às pessoas com condições/doenças crônicas; Atenção Psicossocial; e Atenção em Reabilitação. Essa variável foi escolhida porque o município adota quatro áreas prioritárias de acordo com o documento analisado do município com a finalidade de ampliar o acesso e melhorar a qualidade e a resolutividade das ações na APS.
- **Local do atendimento:** na unidade básica de saúde e visita domiciliar;
- **Profissionais participantes:** categorias profissionais que compartilharam a atividade;
- **Desfecho do caso acompanhado de acordo com o relatório:** em acompanhamento, concluído e óbito;
- **Tipo de grupo:** educativo (quando o foco é orientação preventiva para população, exemplo: adolescentes, gestantes, homens, mulheres); ou terapêutico (quando o foco é de tratamento para grupo específico de usuários que possuam necessidades comuns, exemplo: hiperdia, de idosos etc.);
- **Tipo de reunião:** reunião entre eSF e Nasf (matriciamento, discussão de casos, planejamento), entre Nasf e coordenação, reunião da equipe Nasf.

Quadro 2 - Variáveis de análise de pesquisa que foram utilizadas.

(continua)

Sexo	Feminino
	Masculino
Idade	0 a 10 anos
	11 a 19 anos
	20 a 29 anos
	30 a 39 anos
	40 a 49 anos
	50 a 59 anos
	Maiores 60 anos

Quadro 2 - Variáveis de análise de pesquisa que foram utilizadas
(conclusão)

Profissional	Assistente social
	Farmacêutico
	Fonoaudiólogo
	Fisioterapeuta
	Nutricionista
	Psicólogo
	Terapeuta ocupacional
Áreas prioritárias	Atenção Psicossocial
	Atenção às pessoas com condições/doenças crônicas
	Atenção em Reabilitação
	Atenção Materno Infantil
Local do atendimento	Unidade básica de saúde
	Visita domiciliar
Desfecho do caso	Em acompanhamento
	Concluído
	Óbito
Tipo de atividade coletiva	Atividade Educativa
	Grupo Terapêutico e/ou Educativo
Tipo de reunião	Reunião entre eSF e Nasf
	Entre Nasf e coordenação
	Reunião da equipe Nasf
	Reunião intersetorial

Fonte: a autora

4.7 Segunda etapa

Essa etapa foi utilizada para analisar a resolutividade a partir da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família junto às equipes de saúde da família a partir da metodologia qualitativa.

Foram realizados 2 (dois) grupos focais seguindo o roteiro anexado (Apêndice A). Onde um grupo foi com os profissionais representantes de todas as categorias profissionais das 8 equipes de saúde da família que o Nasf estudado dar cobertura e um outro grupo focal com profissionais da equipe do Nasf estudada. O número de participantes nos grupos focais variou entre 7 e 10 pessoas e o tempo de duração das sessões variou entre 77 e 93 minutos.

O objetivo nessa etapa foi analisar a resolutividade sob os Aspecto Normativo, Satisfação da População Alvo e o Melhoria sobre a Qualidade de Vida da População Atendida a partir dos profissionais estudados, segundo o referencial proposto por Sousa (2016).

Para a autora à avaliação da resolutividade na Atenção Primária à Saúde deve ser realizada considerando diversos aspectos, principalmente ligados a capacidade de identificar e encaminhar adequadamente os usuários para os diversos pontos de atenção da rede de saúde e a capacidade de alterar o estado de saúde dos usuários no espectro de sua competência (SOUSA, 2016).

Para apresentação dos resultados nos recortes das falas que se referiam aos participantes dos grupos, foram utilizados codinomes.

Quadro 3 - Sujeitos participantes do grupo focal.

Sujeitos participantes do grupo focal		Números participantes do grupo focal
Grupo focal 1 - profissionais do Nasf	Assistente social	1
	Farmacêutico	1
	Fonoaudiólogo	1
	Fisioterapeuta	1
	Nutricionista	1
	Psicólogo	1
	Terapeuta ocupacional	1
Grupo focal 2 - profissionais das equipes Saúde da Família	Agentes comunitários de saúde	6
	Enfermeiros	2
	Médico	1
	Técnico de enfermagem	1

Fonte: a autora

A escolha dos participantes foi intencional a partir dos seguintes critérios de inclusão: equipes de SF com menor rotatividade na sua composição; e profissionais que trabalhem no/com Nasf há pelo menos, dois anos.

No intuito de garantir fidedignidade na coleta dos dados, a discussão realizada no grupo foi gravada e, ainda, realizou-se registro no diário de campo, tudo ocorreu com conhecimento e consentimento dos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C).

4.8 Terceira etapa

Também foi realizada uma pesquisa documental para coleta de informações qualitativas dos documentos oficiais dos Nasf em Recife. Esses instrumentos são utilizados pelas equipes do Nasf para o planejamento, desenvolvimento, acompanhamento e avaliação das ações, desde o trabalho com as equipes no território à coordenação municipal (RECIFE, 2016).

Essa técnica de coleta é considerada por Tobar e Yalour (2001) um tipo de pesquisa feita a partir de documentos pertencentes a órgãos públicos e/ou privados de qualquer natureza. Esses documentos foram coletados no período de março a setembro de 2017.

Os documentos utilizados foram: o manual de organização da eNasf do município estudado, chamado de “Referências Básicas para a Atuação do Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Cidade do Recife; os Relatórios de Acompanhamento dos Casos Clínicos Trimestrais referentes ao período de março/2014 a dezembro/2016; e as fichas de atividades coletivas e fichas de registro de reuniões do período de janeiro/2015 a dezembro/2016.

4.9 Plano de análise dos dados

Para análise dos dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva e de porcentagem no Microsoft Office Excel 2007, sendo os resultados expressos em tabelas. As variáveis foram descritas através de distribuições de frequências e tabelas. A análise descritiva dos dados coletados no programa estatístico está apresentada por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) com respeito às variáveis pesquisadas.

Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo que consiste num conjunto de técnicas das comunicações que objetiva a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2004).

Todos os dados discursivos (documentos e grupos focais) foram analisados seguindo uma sequência cronológica de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação (BARDIN, 2004). Após a leitura do material coletado, as respostas foram analisadas segundo pontos convergentes e agrupadas de acordo com categorias e subcategorias pós - estabelecidas conforme mostra o Quadro 4. Para ilustrar as categorias e respectivas subcategorias foram selecionados os fragmentos das falas mais relevantes das declarações dos entrevistados.

Quadro 4 - Relação das categorias dos grupos focais.

CATEGORIAS*	SUBCATEGORIAS
Tipos de resolutividade	Diminuição do número de encaminhamentos desnecessários para outros níveis assistenciais
	Ampliação da resolutividade das eSF
	Melhoria sobre a qualidade de vida da população atendida.
	Satisfação dos profissionais das eSF apoiadas pelo Nasf
Aspectos normativos do Nasf sobre resolutividade	Adequação do processo de trabalho aos objetivos propostos
	Apoio a articulação entre as eSF e os serviços especializados
	Capacidade de acolhimento e resolução dos problemas de saúde na APS
	Manutenção do vínculo do usuário atendido em serviços especializados com a eSF
Aspectos favoráveis para resolutividade	Qualificação dos encaminhamentos /Adequação do perfil dos encaminhamentos para atenção especializada
	Integração da equipe
	Relação com a equipe de saúde da família
	Comunicação entre os serviços
Aspectos desfavoráveis para resolutividade	Atenção à saúde voltada para o assistencial
	Ausência de contrarreferência do serviço especializado
	Dificuldade de atendimentos no serviço especializado
	Cobertura das equipes de saúde da família
	Precárias condições de trabalho
Sugestões	Avaliação da resolutividade do Nasf de forma ampliada
	Melhoria de condições de trabalho
	Melhores salários
	Utilização da educação permanente

Fonte: a autora a partir de Sousa (2016).

As técnicas de coleta foram de acordo com os objetivos propostos na pesquisa. O Quadro 5 a seguir contém a correlação entre os objetivos do estudo, a fonte de coleta de informações e os métodos de análise dos dados utilizados.

Quadro 5 - Relação dos objetivos com os métodos de pesquisa utilizados para triangulação.

OBJETIVO	MÉTODO E TÉCNICA DE PESQUISA	FONTE DE INFORMAÇÃO
Descrever as características, as diretrizes e a concepção que norteia a proposta Núcleo de Apoio a Saúde da Família no município de Recife - PE;	Método qualitativo – descrição a partir da pesquisa documental	Pesquisa documental, através de relatórios de atividades e manuais de diretrizes da SESAU – Recife.
Caracterizar o perfil dos usuários/casos atendidos e referenciados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família;	Método quantitativo e qualitativo - descrição dos dados e pesquisa documental	Relatório de Acompanhamento dos Casos Clínicos trimestrais do Nasf e as fichas de atividades coletivas e fichas de registro de reuniões de SF e Nasf.
Identificar as atividades realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família de acordo com as diretrizes do apoio matricial;	Método quantitativo e qualitativo - descrição dos dados e pesquisa documental	Relatório de Acompanhamento dos Casos Clínicos trimestrais do Nasf e as fichas de atividades coletivas e fichas de registro de reuniões de SF e Nasf.
Analisar a resolutividade das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família junto às equipes de saúde da família a partir dos aspectos normativos, satisfação da população alvo e melhoria na qualidade de vida da população atendida;	Método qualitativo - descrição dos dados e grupo focal	Grupo focal com os profissionais que compõe as eSF e um grupo focal com profissionais do Nasf.
Desenhar um modelo lógico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família que contemple as dimensões para avaliação da resolutividade na APS.	Método qualitativo - grupo focal e pesquisa documental	Pesquisa documental, através de relatórios de atividades e manuais de diretrizes do MS e da SESAU – Recife e grupo focal com os profissionais que compõe as eSF e um grupo focal com profissionais do Nasf.

Fonte: a autora

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi realizada segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/ CNS número 466/12, a qual estabelece diretriz e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo seres humanos.

Este projeto foi avaliado pela Secretaria de Saúde de Recife 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 N° 53408516.1.0000.5190 conforme número do parecer 1.615.740 (Anexo A). E os dados foram coletados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que dará ciência aos participantes sobre o objetivo da pesquisa, o método que foi 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/desconforto dos sujeitos, devido ao fato de se discutir o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais. E os benefícios estimados estão 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.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Características, diretrizes e concepção que norteia a proposta Núcleo de Apoio a Saúde da Família no Recife

Na realização desse estudo, a autora objetivou descrever as características do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Recife a partir do manual chamado “Referências Básicas para a Atuação do Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Cidade do Recife”, que é uma iniciativa da Coordenação ligada à Gerência de Atenção Básica da Secretaria de Saúde no ano de 2016. Esse material tem como objetivo disparar a compreensão do processo de trabalho do Nasf pelos profissionais que compõem as equipes do programa nesse município.

A observação e análise desse documento demonstrou algumas características peculiares do processo de trabalho da equipe do Nasf que são fundamentais para compreender aspectos favoráveis e desfavoráveis para resolutividade.

De acordo com as informações contidas no manual, observou-se que a gestão municipal vem se estruturando gradualmente dentro do arcabouço normativo. Ainda conforme esse documento, a implantação dos Nasf em Recife teve início em 2010 com apenas 5 eNasf no DS VI, obedecendo a primeira portaria de implantação do governo federal em 2008. A expansão aconteceu entre os anos de 2011 e 2012, até atingir o total de 20 eNasf na modalidade tipo 1, vinculados a, no mínimo, 05 (cinco) e no máximo 09 (nove) equipes de Saúde da Família.

O documento analisado evidenciou que, atualmente, a cidade do Recife possui 20 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, vinculados a 168 equipes de Saúde da Família. Estas eNasf estão distribuídas em oito Distritos Sanitários, sendo duas equipes no DS I, três equipes no DS II, uma equipe no DS III, três equipes no DS IV, três equipes no DS V, duas equipes no DS VI, três equipes no DS VII e três equipes no DS VIII. No entanto, a cobertura ainda não é de 100% das eSF (RECIFE, 2016).

Moretti e Fedosse (2016) afirmam que a cobertura de equipes do Nasf ainda precisa avançar mais, ampliando-a e garantindo que as ações desenvolvidas tenham impacto positivo na saúde da população. Entretanto, eles alertam que a escassez de serviços especializados pode acarretar funcionamento equivocado do Nasf que tende a realizar a “substituição do serviço que falta”, na tentativa de responder à demanda da população (MORETTI; FEDOSSE, 2016).

As equipes dos Nasf em Recife são compostas pelas seguintes categorias profissionais: Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia

Ocupacional. Essa composição de categorias profissionais varia em cada distrito sanitário (RECIFE, 2016).

No documento ainda consta a estrutura da Coordenação do Nasf em Recife, composta por uma coordenação da política no município, vinculada à Gerência da Atenção Básica (GAB), dois apoios técnicos desta coordenação e oito coordenações distritais, vinculadas aos respectivos distritos sanitários (Figura 2) (RECIFE, 2016). O manual aborda as atribuições da Coordenação do Nasf da GAB e Coordenação do Nasf dos DS, que estão descritas abaixo:

Atribuições da Coordenação do NASF/GAB:

Elaborar e discutir as diretrizes para a implantação, implementação e consolidação do Nasf; Definir diretrizes clínicas e sanitárias para organização do processo de trabalho do NASF; Elaborar o Plano de Ação para o Nasf alinhado ao Plano Municipal de Saúde; Promover ações de Educação Permanente relacionadas ao processo de trabalho do Nasf e por categoria profissional; Definir formas de registro da produção dos profissionais do Nasf; Definir mecanismos de monitoramento e avaliação das ações do Nasf; Promover a intersetorialidade a partir da integração com as demais políticas do município; Garantir uniformidade das ações por meio da articulação/integração com os coordenadores Nasf Distritais (RECIFE, 2016).

Atribuições da Coordenação do NASF/DS:

Promover a integração do Nasf com às eSF de acordo com a lógica de apoio preconizado; Mediar a elaboração de um cronograma de atividades (agenda padrão) entre NASF e eSF; Mediar a elaboração de uma escala para utilização de consultórios e outros espaços da UBS, englobando os profissionais do NASF; Garantir a participação dos profissionais do Nasf em reuniões de discussão de casos e/ou temas junto às eSF; Desenvolver mecanismos de comunicação e troca de informações entre os profissionais do Nasf e eSF; Articular as condições para o deslocamento dos profissionais do Nasf entre as UBS adscritas; Realizar monitoramento e avaliação das ações do Nasf através da participação mensal nas reuniões eNasf, na construção e discussão dos relatórios e instrumentos de trabalho; Estabelecer mecanismos que garantam que os profissionais do Nasf cumpram a carga horária semanal. (RECIFE, 2016).

Além do descrito anteriormente, foi observado também no documento elaborado para os profissionais dos Nasf de Recife, que só foi publicado no município em 2016, mesmo as equipes sendo implantadas em 2010. Assim, esses dados corroboram com Nascimento (2014), Nakamura e Leite (2016) que sinalizam sobre as dificuldades no processo de implantação e organização do trabalho desses atuais arranjos assistenciais nos municípios.

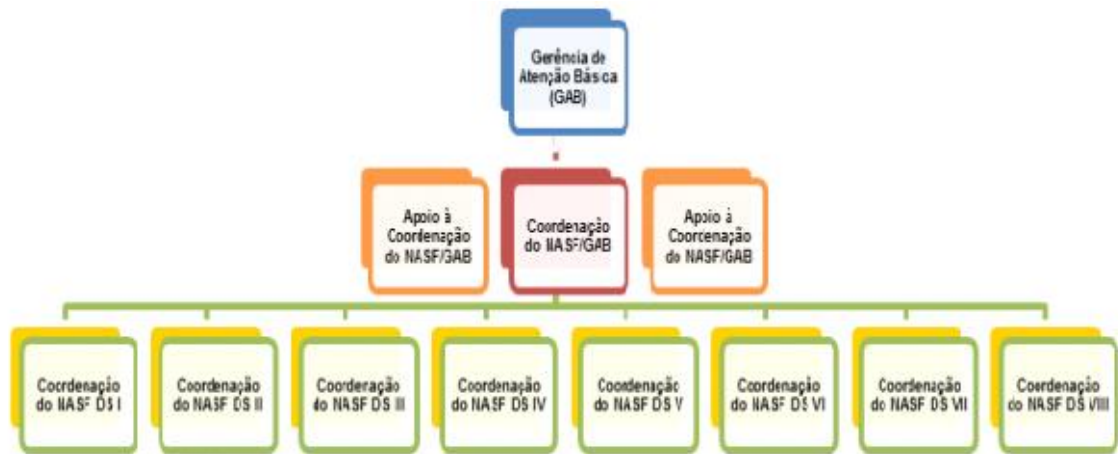
Nakamura e Leite (2016), Oliveira *et al.* (2017) também apontam que a formação dos profissionais no Brasil não se voltou para a APS, junto com o fato do desconhecimento dos gestores, trabalhadores e usuários sobre a forma de atuação da eNasf, o que dificulta sua implementação.

Tentando diminuir essa dificuldade, nos primeiros anos de implantação, conforme os resultados descritos acima, o município estudado criou esse manual com o objetivo de mostrar as formas de organização do Nasf e sua atuação junto à saúde da família. No entanto,

Nascimento (2014) chama a atenção que isso não pode se constituir apenas como uma ação pontual e afirma que é necessária a reorientação da formação dos profissionais de saúde em coerência com as necessidades da população, o que implica em transformar o processo tanto de graduação quanto de pós-graduação.

É fato que os profissionais carecem da articulação das instituições formadoras e de construção de processos de educação permanente, que ofereçam espaços de qualificação e reflexão crítica, diante dos problemas e desafios dos serviços de saúde nos municípios (NASCIMENTO, 2014).

Figura 2 - Organograma coordenação Nasf do Recife em 2016.



Fonte: Recife (2016).

Outras características importantes encontradas no documento foram os princípios e diretrizes norteadores do trabalho das equipes de apoio em Recife, onde é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial (BRASIL, 2014). O manual aponta que o Nasf deve se constituir em retaguarda especializada a partir das equipes de referência, ou seja, as equipes de Saúde da Família, atuando nos lócus da própria APS. Tal documento aponta que:

O apoio e a atuação do Nasf podem se dar por meio de ações que envolvem o indivíduo e os coletivos, tais como ações sobre os riscos e vulnerabilidades populacionais ou mesmo em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe. Onde é desenvolvido um trabalho compartilhado e colaborativo em duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica; com dois principais públicos-alvo: as equipes apoiadas e diretamente os usuários do SUS (RECIFE, 2016).

De acordo com as diretrizes encontradas no manual do município, as ações ligadas à dimensão clínico-assistencial consistem em ações clínicas com os usuários. Tais ações são: atendimentos individuais; atendimento compartilhado com os profissionais das equipes de saúde da família e de outras equipes de saúde (Serviço de Atenção Domiciliar - SAD,

Consultório na Rua, Academia da Cidade, Núcleo de Apoio em Prática Integrativas - NAPI); visita domiciliar; atendimento em grupo.

As ações ligadas à dimensão técnico-pedagógica descritas no documento do município como: apoio educativo com e para as equipes; reunião de equipe (discussão de caso clínico, Educação Permanente); apoio às eSF nas atividades coletivas (sala de espera, ações do Programa Saúde na Escola, grupos de promoção à saúde; grupos terapêuticos); e preceptoria em serviço (graduação e residência).

Segundo alguns autores, o matriciamento deve ser consolidado através de distintas atuações, a saber: discussões de casos 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, 2014; FERNANDES; NASCIMENTO; SOUSA, 2013).

Assumir esse lugar de apoio a um conjunto de equipes de saúde que já possuem um modo de atuar e estabelecer um processo de trabalho baseado na clínica ampliada, torna-se de fato um grande desafio para os trabalhadores que atuam no cuidado primário em saúde (SOUSA, 2016).

Segundo informações coletadas nos documentos do município estudado, Recife adota quatro áreas prioritárias no intuito de ampliar o acesso e melhorar a qualidade e a resolutividade das ações na APS, são elas: Atenção Materno Infantil; Atenção às pessoas com condições/doenças crônicas; Atenção Psicossocial; e Atenção em Reabilitação. E também foi observado que:

No contexto municipal, áreas complementares foram instituídas com o objetivo de articular as ações Nasf com os seguintes dispositivos municipais: SANAR – Recife, Programa Saúde na Escola (PSE), Área Técnica Alimentação e Nutrição (ATAN), Assistência Farmacêutica, Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) e Saúde do Trabalhador (RECIFE, 2016).

Estudos sobre Nasf também destacam a importância de priorizar algumas linhas de cuidado na APS para organização do processo de trabalho e garantir algumas ações para grupos prioritários ampliando a resolutividade de cada eSF (BARBOSA *et al.*, 2010; MARTINIANO *et al.*, 2013).

Sobre Educação Permanente foram encontradas algumas informações, como a instituição de espaços para realização de encontros de formação e o trabalho, citados a seguir:

As reuniões distritais - estratégia sistemática de EPS voltada para a problematização do fazer cotidiano e qualificação dos processos de trabalho dos profissionais das equipes Nasf.

As reuniões de núcleo - espaços de EPS, criados pela Coordenação Nasf Recife, a partir da identificação de demandas apresentadas pelos profissionais das equipes, relativas à necessidade de compartilhamento de experiências e de conhecimentos específicos no âmbito das categorias profissionais.

As reuniões de equipe - espaços do cotidiano de trabalho das equipes Nasf, que comumente ocorrem com periodicidade semanal (RECIFE, 2016).

A partir do manual analisado, podemos destacar a forma de organização da agenda das eNasf, onde um padrão foi estabelecido como forma de organização do processo de trabalho. Essa agenda considera três tipos de carga horária do profissional (20 horas semanais, 30 horas semanais e 40 horas semanais) e estabelece parâmetros para as atividades de atendimento (RECIFE, 2016).

Segundo o documento municipal, o processo de trabalho dos Nasf em Recife é guiado por instrumentos para viabilizar o planejamento, desenvolvimento, acompanhamento e avaliação das ações, desde o trabalho com as equipes no território à coordenação. No quadro a seguir foram apresentados esses instrumentos. Esses instrumentos são importantes fontes de registros de informações que contribuem no monitoramento, na avaliação das atividades executadas e no fortalecimento do processo de trabalho das eNasf junto com as eSF (REIS *et al.*, 2016).

Reis *et al.* (2016) apontam a necessidade de instituir uma cultura de avaliação contínua nas equipes do Nasf, objetivando o desenvolvimento de recursos humanos e a busca pela qualidade na assistência. Esses autores ratificam que promover a discussão e reflexão sobre pontos nevrálgicos a serem melhorados no processo de trabalho é uma possibilidade para atingir os objetivos propostos pelo MS para o Nasf, conseqüentemente a resolutividade.

Estudo realizado por Sarti *et al.*, (2008) aponta que problemas enfrentados no contexto da APS envolvem além do corpo físico também um amplo conjunto de processos sociais e psicológicos, onde o sofrimento de cada indivíduo é particular, igualmente como seu enfrentamento. Portanto, utilizar instrumentos que ajudem na avaliação dos processos contribuem para o enfrentamento dessa realidade.

Quadro 6 - Ferramentas e instrumentos de trabalho Nasf em Recife, 2016.

Instrumento	Definição
1. Ficha de acompanhamento	
1.1 Relatório de Acompanhamento dos Casos Clínicos	Instrumento consolidado de registro dos casos acompanhados pela eNasf, permitindo uma visão geral daqueles casos que ainda permanecem em acompanhamento e daquela cuja intervenção já foi concluída. O objetivo desse instrumento é registrar, de maneira simples e uniforme, todos os casos matriciados pela eNasf.
1.2 Relatório Semestral NASF	Instrumento de registro quantitativo e qualitativo das atividades desenvolvidas pelas equipes Nasf em um período definido (semestre). Corresponde a três eixos de atuação do Nasf, tais como: tipos de atendimento, ações de matriciamento e atividades em grupo. Através deste instrumento, a eNasf visualiza como o apoio as eSF está sendo realizado, quais os pontos atendidos, que necessitam melhorar e os que precisam ser realizados.
1.3 Projeto Terapêutico Singular	O Projeto Terapêutico Singular é instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No PTS, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas.
2. Fichas de registro	
2.1 Prontuário do usuário/família da USF	Instrumento para registro dos cuidados das pessoas de uma família na área adscrita por uma equipe de saúde da família. O prontuário objetiva também facilitar a comunicação entre os profissionais, contribuindo para a coordenação do cuidado.
2.2 Atividade Coletiva	Instrumento para registro das ações realizadas pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Recife, conforme as necessidades do território e capacidade das equipes de planejar e realizar essas ações. O resgate das atividades realizadas, temas trabalhados e eSF envolvidas nas atividades é feito através desta ficha. O campo da relação dos participantes poderá ser preenchido pelos profissionais.
2.3 Ficha de reunião	Instrumento para registro das reuniões ocorridas com a participação da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, podendo constituir-se enquanto espaços que envolvam desde questões administrativas até discussões de caso. O objetivo desse instrumento é registrar, de maneira uniforme e sistematizada, o conteúdo desses espaços de reunião. Através desta ficha recuperamos as discussões, pactuações feitas em reuniões com a participação do Nasf.

Fonte: Recife (2016).

6.2 Perfil dos usuários/casos atendidos e referenciados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Recife

Buscou-se caracterizar o perfil dos atendimentos desenvolvidos no Nasf, com ênfase no processo de trabalho e nos objetivos propostos pelo Ministério da Saúde e pela organização no município estudado. Inicialmente, foram identificados 337 usuários/casos atendidos pela a equipe do Nasf estudada entre o ano de 2014 a 2016, todos encontrados nos Relatório de Acompanhamento dos Casos Clínicos Trimestrais. Não foi possível realizar a análise da produção do Nasf estudados nos sistemas de informação, ficando impossibilitado o quantitativo de atendimentos que cada profissional realizou por usuários/casos devido à falta de registro da produção no e-SUS AB.

O diagnóstico do conjunto dos dados quantitativos dos relatórios permitiu a identificação da atuação do Nasf estudado é constituída por um elenco de ações que vão desde a prevenção, até assistência e reabilitação em saúde, correspondendo com as dimensões técnico-pedagógica e assistencial do apoio matricial. Mas autores apontam que "o atendimento clínico realizado por profissionais do Nasf, embora deva acontecer em modo excepcional, constitui uma ferramenta essencial para a ampliação e garantia de um adequado processo terapêutico na APS" (REIS *et al.*, 2012).

Os registros quantitativos podem ser explicados como um empenho do Nasf em atender o maior número possível da demanda que chega à APS. Estudo realizado por Fernandes, Nascimento e Sousa (2013) confirma a importância do trabalho das equipes na elaboração de projeto terapêutico singular. Esse trabalho deve objetivar uma assistência ampliada, pautada em produção de cuidado e melhoria de qualidade de vida, não focada apenas no atendimento clínico individual.

A nutrição foi a categoria profissional com o maior percentual de atendimentos (41,2%), seguida do serviço social (34,1%), da fisioterapia (28,8%), em seguida psicologia (22,0%) e da fonoaudiologia (21,1%). Por outro lado, as categorias da área de farmácia (7,7%) e da terapia ocupacional (9,5%) que integram o Nasf tiveram percentuais de utilização, no atendimento individual em consultório ou domiciliar, abaixo de 10,0% (tabela 1). Isso pode se dar pela pouca compreensão dos profissionais das equipes de saúde da família do trabalho desses profissionais na APS.

Diante das demandas e dos eventos que acontecem na APS que podem causar ou agravar deficiências, o Nasf tem papel essencial na proposição e no incremento de ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de ações junto às equipes de Saúde da Família, principalmente

em grupos mais vulneráveis como idosos, crianças, pessoas com alguma incapacidade funcional ou deficiência e pelo crescimento indiscriminado dos transtornos depressivos e de ansiedade (REIS *et al.*, 2012). Isso confirma, diante do cenário epidemiológico atual, a importância da inserção das equipes multiprofissionais e o quanto tem colaborado para ampliação do escopo de atuação e também resolutividade da APS (SOUSA, 2016).

Dos casos analisados, 61,1% (206 usuários) pertencem ao sexo feminino e 38,9% (131 usuários) ao sexo masculino. Na Tabela 1, podemos analisar o perfil dos usuários atendidos por cada profissional segundo sexo. Há uma predominância do sexo feminino nos registros de atendimento de todos os profissionais do Nasf, com exceção do fonoaudiólogo, que apresenta maior proporção de atendimentos para o sexo masculino (53,5%) (tabela 1).

Tabela 1 - Perfil dos usuários/casos atendidos e referenciados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família da equipe Nasf, segundo profissional e sexo, 2014 a 2016, Recife – PE*.

Variável	Assistente Social		Farmacêutico		Fisioterapeuta		Fonoaudiólogo		Nutricionista		Psicólogo		Terapeuta ocupacional	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Casos por profissional**	115	34,1	26	7,7	97	28,8	71	21,1	139	41,2	76	22,6	32
Masculino	39	33,9	10	38,5	24	24,7	38	53,5	57	41,0	34	44,7	15	46,9
Feminino	76	66,1	16	61,5	73	75,3	33	46,5	82	59,0	42	55,3	17	53,1
Total por profissional*	115	100	26	100	97	100	71	100	139	100	76	100	32	100

Fonte: a autora a partir de Recife, (2014, 2015, 2016)

Nota: *Relatório de Acompanhamento dos Casos Clínicos trimestrais, 2014 a 2016. ** Existem casos que foram atendidos por mais de um profissional, por isso a soma total da variável “Usuários por profissional” na tabela não totaliza 337 usuários/casos.

Isso também tem sido muito comum em outros estudos que analisaram a atuação do Nasf e a utilização de diversos serviços de saúde (LIRA *et al.*, 2014; REIS *et al.*, 2012). O sexo feminino apresenta o maior comparecimento às unidades de saúde. Existem de fato a relação com as desigualdades sociais entre os sexos, produzindo características físicas, posturas, doenças e hábitos de vida. As mulheres têm maior interesse por sua saúde e utilizam os serviços de saúde com maior regularidade (LIRA *et al.*, 2014; SOUSA, 2016).

Segundo Reis *et al.* (2012), a menor utilização dos serviços oferecidos pela eNasf investigada entre os homens pode estar relacionada aos aspectos culturais, como as formas de entender e de enfrentar o adoecimento mesmo diante da percepção de problemas de saúde.

Em relação à faixa etária, há uma variação no perfil de acordo com a categoria profissional que realizou o acompanhamento. Nos Relatórios de Acompanhamento dos Casos

Clínicos, para o assistente social a faixa etária predominante foi de atendimentos à pacientes adultos acima de 50 anos e idosos (65,2%). Nos atendimentos realizados pelo farmacêutico, são mais frequentes os pacientes com faixa etária acima de 50 anos (92,3%). Para o fisioterapeuta, predominam os atendimentos para pacientes com idade acima de 50 anos (74,2%). Para o fonoaudiólogo, também houve predominância de pacientes adultos com idade maiores de 50 anos e idosos (39,4%), mas tem um percentual significativo de crianças com idade até 9 anos (36,6%). Para o nutricionista, foi encontrado percentual em todas faixas etárias, mas a predominância é de pacientes adultos com idade maior de 50 anos e idosos (52,5%), enquanto na psicologia, a maior demanda é de usuários adultos (57,9%) com idade entre 20 a 59 anos. Para os atendimentos com o terapeuta ocupacional, há predominância de pacientes com idade acima de 50 anos (53,1%), mas tem um percentual significativo de crianças com idade até 9 anos (25,0%) (tabela 2).

Tabela 2 - Perfil dos usuários/famílias atendidas e referenciadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família da equipe Nasf, segundo profissional e faixa etária, 2014 a 2016, Recife – PE., 2014 a 2016, Recife - PE.*

Variável	Assistente Social		Farmacêutico		Fisioterapeuta		Fonoaudiólogo		Nutricionista		Psicólogo		Terapeuta ocupacional	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade														
0 a 9	8	7,0	0	0,0	10	10,3	26	36,6	33	23,7	9	11,8	8	25,0
10 a 19	2	1,7	0	0,0	1	1,0	5	7,0	7	5,0	6	7,9	0	0,0
20 a 49	30	26,1	2	7,7	14	14,4	12	16,9	26	18,7	33	43,4	7	21,9
50 a 59	14	12,2	9	34,6	9	9,3	7	9,9	12	8,6	11	14,5	4	12,5
60 a 69	38	33,0	9	34,6	30	30,9	12	16,9	27	19,4	9	11,8	3	9,4
70 a 79	17	14,8	5	19,2	23	23,7	7	9,9	18	12,9	7	9,2	5	15,6
≥ 80	6	5,2	1	3,8	10	10,3	2	2,8	16	11,5	1	1,3	5	15,6
Total por profissional**	115	100,0	26	100,0	97	100,0	71	100,0	139	100,0	76	100,0	32	100,0

Fonte: a autora a partir Recife, (2014, 2015, 2016*)

Nota: *Relatório de Acompanhamento dos Casos Clínicos trimestrais, 2014 a 2016. ** Existem casos que foram atendidos por mais de um profissional, por isso a soma total da variável “Usuários por profissional” na tabela não totaliza 337 usuários/casos.

Em relação a faixa etária houve variação no perfil dos usuários em relação às categorias profissionais que prestaram assistência aos mesmos. Mas dentre os atendimentos realizados por esses profissionais da eNasf, aqueles que pacientes com faixa etária acima de 50 anos são mais

frequentes. Estudos confirmam que o envelhecimento da população e o crescimento da violência geram uma maior demanda por cuidados de saúde delongado que atribui à atenção básica novos desafios para sua atuação (REIS *et al.*, 2012; SOUSA, 2016).

Isso implica estabelecer intervenções que envolvem tecnologias e conhecimentos de diversos núcleos profissionais, confirmando a necessidade de ampliar a atuação interdisciplinar na APS. Geralmente, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas e o Nasf contribui para o olhar atento às necessidades que batem às portas da rede básica. Dessa forma, é possível evitar complicações à saúde, adoecimento e hospitalização desse público (AVEIRO *et al.*, 2011; DIBAI FILHO; AVEIRO, 2012).

Um aspecto interessante em relação a faixa etária foram os atendimentos da fonoaudiologia e da terapia ocupacional, nos quais prevaleceram crianças com idade inferior a 9 anos. Geralmente a maior demanda por esses profissionais, nessa faixa, pode ser compreendida pela questão do desenvolvimento infantil e inserção das crianças em ambiente escolar. Esta inserção demanda dos profissionais e a capacidade para identificar problemas relacionados ao comportamento, situações que revela dificuldades antes não percebidas pelas eSF e pelas famílias (TSZESNIOSKI *et al.*, 2015).

O Nasf, por ser um serviço mais próximo à comunidade, pode auxiliar na articulação com os diversos dispositivos da rede, a fim de prevenir doenças e promover saúde. Ele tem "o potencial de detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada para a problemática, oferecendo tratamento no território ou encaminhando para serviços especializados" (TSZESNIOSKI *et al.*, 2015).

Os principais motivos que demandaram atendimentos pela equipe do Nasf foram categorizados seguindo as quatro (4) áreas prioritárias adotadas pelo município estudado, são elas: Atenção Materno Infantil; Atenção às pessoas com condições/doenças crônicas; Atenção Psicossocial; e Atenção em Reabilitação (tabela 3). A principal área demandada foi a Atenção Psicossocial com 36,2% (122 casos), em seguida da Atenção às Pessoas com Condições Crônicas com 24,0% (81 casos), a Atenção em Reabilitação com 20,5% (69 casos) e Atenção Materno Infantil com 19,3% (65 casos).

Tabela 3 - Distribuição de usuários/casos atendidos da equipe Nasf, segundo áreas prioritárias, Recife – PE.*

Áreas prioritárias	Atendimentos	
	N	%
Atenção Psicossocial	122	36,2
Atenção às pessoas com condições/doenças crônicas	81	24,0
Atenção em Reabilitação	69	20,5
Atenção Materno Infantil	65	19,3
Total de casos acompanhados	337	100,00

Fonte: a autora a partir de Recife, (2014, 2015, 2016)

Nota: *Relatório de Acompanhamento dos Casos Clínicos trimestrais, 2014 a 2016.

A tabela 3 configura uma ampliação do cuidado dessas linhas da APS, principalmente a linha da saúde mental em função da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais e da sua histórica negligência (OLIVEIRA *et al.*, 2017). É importante que as eSF tenham consciência que a mudança do modelo de atenção em saúde mental tem como principal alvo a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais no território, visto que a saúde mental é deixada de lado no cuidado das famílias.

Gonçalves e Kapczinski (2008) também apontam que a depressão e a ansiedade são prevalentes na APS e quando não tratados podem acarretar sérios problemas preveníveis como suicídios, auto e heteroagressões e aumento de mortalidade. "A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça que o manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da APS são passos fundamentais para possibilitar a um maior número de pessoas o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em saúde mental" (BRASIL, 2010).

Estudo realizado por Lira *et al.* (2014) ainda aponta o aumento do uso irracional de medicamentos, principalmente os psicotrópicos, pois esses ocupam um lugar fundamental e imprescindível na vida dos indivíduos. Contudo, seu uso muitas vezes, poderia ser diminuído com uma maior oferta de ações não medicamentosas de forma interprofissional na APS. Corroborando a importância da inserção dos profissionais de saúde mental em cada eNasf (BRASIL, 2008).

A literatura também destaca a importância da atenção às pessoas com condições crônicas. Ela evidencia medidas de promoção da segurança alimentar e nutricional que é essencial para a resolução de problemas como a desnutrição e deficiências de micronutrientes,

além da prevenção da obesidade e doenças crônicas não transmissíveis na APS (COUTINHO, 2008).

As ações de alimentação e nutrição a serem desenvolvidas pelas eSF, em parcerias com os Nasf, devem pautar-se em segurança alimentar e nutricional, uma vez que é um local privilegiado de atuação na promoção de saúde e no enfretamento dos agravos nutricionais que acomete os usuários, as famílias e a população (BRASIL, 2010). A transição nutricional impacta diretamente na morbimortalidade da população resultando em aumento na utilização dos serviços de saúde e na demanda por novas práticas de atuação interprofissional (REIS *et al.*, 2012).

Os nutricionistas, enquanto profissionais no Nasf, exercem ações de promoção de uma alimentação saudável e de prevenção das doenças com vistas a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, que vão desde os primeiros anos de vida e a qualificação da educação continuada em saúde e nutrição para os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família (MAIS *et al.*, 2015). Sousa (2016) destaca que o Nasf com a presença de determinados profissionais, permite a ampliação da capacidade de enfrentar problemas relacionados à transição nutricional e a reabilitação no nível primário de cuidado à saúde.

A reabilitação também aparece como um importante resultado de cuidado do Nasf. Em estudo realizado por Reis *et al.* (2012), identificou-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE) como uma das principais causas de demanda para os profissionais de reabilitação. Ele aponta que o "Nasf representa uma importante iniciativa em resposta à problemática da oferta e da continuidade do cuidado na área de reabilitação".

Outro achado que se destaca são os acompanhamentos dos usuários não ocorrerem apenas nas unidades de saúde, onde 60% foram realizados como visita domiciliar, pelos profissionais do Nasf. Este cuidado confere um olhar integral ao comunitário que não consegue se deslocar ao serviço de saúde, através do qual são proporcionadas orientações sobre os cuidados de pessoas restritas ao leito ou ao lar ou, ainda, com mobilidade prejudicada, e também como apoio ao cuidador.

O atendimento domiciliar é uma das possibilidades de ação mais trivial na Estratégia de Saúde da Família e uma das atividades prioritárias do Nasf para usuários com dificuldades de locomoção. Esse dado mostra que essas equipes possibilitam ampliação de cuidado mais próximos aos comunitários e de alguma forma garantem a ampliação de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Segundo Bezerra, Lima e Lima (2015), "a visita domiciliar busca ampliar a visão das condições reais de vida da família e possibilita a interação em ambientes familiares e sociais,

por meio do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes e das crenças", proporcionando momentos enriquecedores para todos os envolvidos no processo de cuidado.

Estudos confirmam que ações importantes na residência são realizadas pelos profissionais do Nasf, como orientações para prevenção de escaras e posicionamento, exercícios de mobilização, cuidados com a higiene pessoal, deglutição e mastigação, guia nutricional, adaptações necessárias nos ambientes domiciliares entre outras. O momento de ida ao domicílio não é uma assistência pontual a atenção à saúde de pessoas e famílias, configura-se como a busca à integralidade do cuidado, à multidisciplinaridade e ao acompanhamento longitudinal, com ações pedagógicas, assistenciais e sociais (REIS *et al.*, 2012; BEZERRA; LIMA; LIMA, 2015).

Tabela 4 - Distribuição de usuários/casos atendidos pela equipe Nasf, segundo situação de acompanhamento e ano, Recife – PE*.

Situação de acompanhamento	2014	2015	2016	N	%
Concluído	11	95	20	126	37,4
Em acompanhamento	7	122	64	193	57,3
Óbito	1	13	4	18	5,3
Total	19	230	88	337	100,0

Fonte: a autora a partir de Recife (2014, 2015, 2016)

Nota: *Relatório de Acompanhamento dos Casos Clínicos trimestrais, 2014 a 2016.

Os resultados também mostraram que, do total dos 337 casos referenciados ao Nasf pelas eSF, em 37,4% dos casos alcançou-se situação de "Concluído", sendo que desses 1,5% abandonou o tratamento e 1,5% houve mudança de território. Dos casos com situação de "Em acompanhamento" pelos profissionais do Nasf temos 57,3%, sendo que desses 1% também estão em acompanhamento nos serviços de referências (CAPS transtorno e CAPS AD). De acordo com a pesquisa do total de casos acompanhados, 5,3% tiveram óbito no período de acompanhamento com o Nasf (tabela 4).

Os resultados sobre a condição de conclusão dos atendimentos pesquisados mostraram que 34,4% deles foram alcançados. Considerando-se o perfil de agravos investigados, esse resultado parece indicar uma boa capacidade resolutiva desses atendimentos (REIS *et al.*, 2012). Mas ainda chama a atenção o percentual de casos em acompanhamento no território que ficou em torno de 56,4%, podendo representar um cuidado que por causa da complexidade dos casos que chegam para o Nasf, justifica a necessidade desse acompanhamento de forma

continua, como também por aspectos específicos da organização do processo de trabalho junto às equipes de SF.

Starfield (2002) corrobora que a longitudinalidade é um dos atributos da atenção primária sendo considerada como uma característica essencial e peculiar deste nível de atenção. Estudo realizado recentemente por Santos (2014), no Rio de Janeiro, destaca que o vínculo do usuário se desdobra além de episódios específicos de doença, principalmente quando se trata de agravos crônicos e com isso o Nasf pode contribuir de forma contínua.

Em relação aos casos acompanhados pelos profissionais do Nasf podemos perceber que dos 337 casos, 45% deles (151 casos) são acompanhados por mais de 1 profissional da eNasf (tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição de usuários/casos atendidos pela equipe Nasf, segundo número de profissionais, Recife – PE.

Casos acompanhados entre profissionais do Nasf*		
1 categoria	151	45%
Multiprofissional	186	55%
Total	337	100%

Fonte: a autora a partir de Recife (2014, 2015, 2016).

Nota*: Relatório de Acompanhamento dos Casos Clínicos trimestrais, 2014 a 2016.

É importante destacar que o atendimento multiprofissional com o envolvimento de mais de uma categoria nos casos acompanhados pode ter influência na redução da necessidade de encaminhamentos entre as áreas de conhecimento do núcleo. No entanto, chama a atenção o fato de não haver registro nos documentos analisados de visitas compartilhadas com algumas categorias profissionais das equipes de saúde da família, como médico e enfermeiro, apenas com Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Segundo Mélo *et al.* (2016), "a consulta compartilhada consiste na avaliação interdisciplinar do usuário visando uma compreensão integral do seu processo de saúde e/ou doença, ampliando e estruturando a abordagem e a construção de projetos terapêuticos". As consultas compartilhadas possibilitam intervenções em casos que, sem a presença dos profissionais das eNasf, seriam encaminhados diretamente à atenção especializada, contribuindo para resolutividade no âmbito da Atenção Primária (MÉLO *et al.*, 2016).

Alguns autores confirmam que a colaboração interprofissional é um potente recurso para elevar a capacidade resolutiva dos sistemas de saúde. Além dessa colaboração, a responsabilização compartilhada pelos casos aumenta o poder resolutivo das eSF e estimula a interdisciplinaridade com a aquisição de novas competências dentro desse nível de atenção

(ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; D'AMOUR *et al.*, 2008; ROCHA, BARRETO; MOREIRA, 2016).

O matriciamento é o caminho para ampliação de conhecimento e possibilidades de cuidado. Os profissionais começam a enxergar caminhos que ainda não tinham sido percorridos através da aquisição de novas competências com objetivo de realizar uma assistência de qualidade no acompanhamento adequado dos usuários e a solução dos seus problemas (MÉLO *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2017).

6.3 Caracterização das atividades coletivas realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Os dados coletados a partir das fichas de registro de atividades do Nasf evidenciam que a equipe estudada desenvolve atividades coletivas dentro da dimensão técnico-pedagógica. Essas atividades se caracterizam pelo apoio educativo com e para as equipes. O apoio é composto por atividades como: reunião entre equipes (discussão de caso clínico, matriciamento); apoio às eSF nas atividades de educação e saúde (sala de espera, ações do Programa Saúde na Escola - PSE, grupos de promoção à saúde, grupos terapêuticos); reuniões de educação permanente/preceptoria em serviço; e reuniões de articulação intersetorial. Tais atividades estão descritas de acordo com o manual do município (tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização das atividades coletivas realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, janeiro de 2015 a dezembro 2016, Recife – PE.

Variáveis	Reuniões eSF e eNasf	Reuniões eNasf	Atividades de educação e saúde	Reuniões intersetorial	Reuniões educação permanente	Total de atividades
N	109	50	91	26	10	286
%	38,1	17,5	31,8	9,1	3,5	100,0

Fonte: a autora a partir da Ficha de registro de atividades coletivas e de reuniões, 2015 a 2016.

Nas 109 reuniões realizadas entre os profissionais do Nasf e das eSF, identificou-se que há presença de todos os profissionais da equipe de apoio: assistente social (26,6%), farmacêutico (16,5%), fisioterapeuta (15,6%), fonoaudiólogo (20,2%), nutricionista (56,9%), psicólogo (27,5%) e terapeuta ocupacional (37,6 %). As reuniões citadas acima constituem espaços de educação permanente para as equipes, tanto através das discussões de casos/PTS (48,6%), como pelos temas eleitos para discussão (4,6%). Houve registro também de reuniões com as eSF sobre planejamento e monitoramento (31,4%); discussão de processo de trabalho

(3,4%); articulação com outros serviços de saúde, a saber Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Transtorno e CAPS Álcool e outras Drogas (12,0%).

Os registros de reuniões ratificaram que a equipe estudada desenvolveu atividades dentro da dimensão técnico-pedagógica. Essa troca de informações entre diversas categorias profissionais possibilita um aumento na capacidade clínica dos profissionais para compreensão e intervenção sobre os problemas.

Outro importante apontamento que surgiu sobre a eNasf foi a participação dos profissionais do Nasf em reuniões com outros setores, acerca dos seguintes objetivos: integração ensino-serviço (29,4%); de planejamento (23,5%); de discussão de casos com outros setores (17,6%); de articulação com outros serviços da rede sócio assistencial (17,6%) e de matriciamento (11,8%).

A construção de um novo atuar entre equipes através da priorização de atividades como reuniões entre profissionais (Nasf e Saúde da Família) e a utilização de distintos mecanismos de integração, como o registro compartilhado de ações e pactuação de agenda, são reconhecidos por vários autores como potentes estratégias para ampliar comunicação e favorecer trocas interdisciplinares. Esta diversidade de ações ajuda no enfrentamento das demandas e necessidades sob novas perspectivas (NASCIMENTO, 2014; SOUSA, 2016).

Vale salientar que o desenvolvimento de ações multidisciplinares e intersetoriais também são relevantes para ampliar o conhecimento da população (FERNANDES; NASCIMENTO; SOUSA, 2013).

6.4 Análise da resolutividade das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família junto às equipes de saúde da família

A Resolutividade é um pressuposto basilar no sistema de saúde e, quando inserida no modelo hierarquizado por níveis de atenção à saúde, ela pode ser avaliada sob diversos aspectos. Nesta pesquisa optou-se em avaliar esse princípio a partir da contribuição do Nasf em três principais aspectos: normativo, satisfação da população alvo e melhoria sobre a qualidade de vida da população atendida, segundo Sousa (2016).

A satisfação dos participantes das equipes de SF em relação ao Nasf também foi elencada nesse estudo como uma forma de avaliação da resolutividade, uma vez que o Nasf tem dois principais públicos-alvo: as equipes de referência apoiadas e os usuários dos serviços de saúde. O seu processo de trabalho precisa ser desenvolvido de modo a atender a necessidade de cada um desses públicos (BRASIL, 2014).

Para caracterizar a resolutividade nas ações do Nasf no município estudado, foram analisados os significados dos conteúdos das falas dos participantes dos grupos focais. Para facilitar a compreensão, a análise foi dividida a partir das categorias: "Tipos de resolutividade", "Aspectos *normativos* do Nasf sobre resolutividade", "Aspectos favoráveis para resolutividade", "Aspectos desfavoráveis para resolutividade" e "Sugestões dos profissionais". Para tanto, é relevante ressaltar que os resultados se constituíram em trechos de fala dos participantes, descrevendo-os na íntegra e a partir dos recortes realizados por temas.

6.4.1 Tipos de resolutividade

Na descrição dos resultados, na categoria Tipos de resolutividade, foram exploradas as seguintes subcategorias: “Diminuição do número de encaminhamentos desnecessários para outros níveis assistenciais”, “Ampliação da resolutividade das eSF”, “Melhoria sobre a qualidade de vida da população atendida” e “Satisfação dos profissionais das eSF apoiadas pelo Nasf”.

Ficou evidente que a resolutividade dos serviços de saúde pode ser avaliada através dos aspectos encontrados no estudo (MÉLO *et al.*; SOUSA, 2016). Sousa (2016) coloca que a mesma deve ser avaliada por aspectos relacionados à capacidade de atender e encaminhar a demanda ou compreensão na solução final do problema mesmo que necessite de outros níveis de atenção à saúde.

Na análise da “Diminuição do número de encaminhamentos desnecessários para outros níveis assistenciais” foi possível identificar pelos fragmentos das falas dos profissionais dos serviços de saúde que houve redução dos encaminhamentos para o serviço especializado. Existe o esforço na elaboração e implementação de propostas terapêuticas diversas, o que pode representar a disponibilidade das equipes em acolher as demandas apresentadas pelo seu território de atuação e a intenção de tentar resolver esses problemas.

[...] O Nasf nesse sentido, tem nos ajudado a conseguir, pelo menos conduzir determinados casos no território [...] (Médico eSF A)

Eu acho que primeiramente a gente resolve muitos problemas de saúde sim, no sentido individual, coletivo, nas ações de promoção de saúde, nas ações de educação em saúde, nas ações individuais, acho que nas discussões de casos, das diferentes reuniões [...] (Profissional 1 eNasf Y)

No caso da área de fonoaudiologia a gente tem por exemplo, muitos casos no desenvolvimento infantil onde as crianças apresentam trocas que normalmente seriam encaminhadas para referência e não há necessidades, porque faz parte do

desenvolvimento e com orientação a família de alguns exercícios que podem ser feitos (Profissional 5 eNasf Y)

De fato, a diminuição do número de encaminhamentos desnecessários para outros níveis assistenciais ratifica que ocorreu ampliação da resolutividade das eSF. Apesar da escassez de referências para comparação, consideramos que o percentual de resolução dentro do âmbito da AB estudado é bem satisfatório. É preciso entender a capacidade resolutiva da APS sob o conjunto de cuidados de saúde, no qual deve ser garantida a continuidade da assistência para a população a partir da prevenção, diagnóstico ou tratamento de um problema de saúde.

Faz-se necessário ressaltar que os casos atendidos pelo Nasf são apresentados nas reuniões de equipes e, a maior parte deles, tem discussão para pactuação de sua intervenção, principalmente dos casos mais complexos que resultam na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Para Vannucchi e Carneiro Júnior (2012), o apoio matricial concretizado por profissionais com conhecimento e perfil distinto daquele profissional das equipes de referência é possível acrescentar competências e contribuir com intervenções que aumentam o poder resolutivo das mesmas.

Outro aspecto interessante que está relacionado à percepção nas entrevistas é de que o Nasf pode colaborar para “Ampliação da resolutividade das eSF” sobre os problemas da população. Visto que 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 devido à proximidade das equipes e possibilita intervenções mais precoces.

E quando a gente não consegue dá uma resolutividade do problema, a gente leva ao profissional do Nasf, a gente se reúne, esse paciente é levado para o matriciamento do CAPS, com o povo da psiquiatria, com o grupo de psiquiatra e psicólogo, né? E ele consegue que esse paciente se mantenham bem, e praticamente nunca mais assim, houve caso de internamento, e tantas outras coisas, né? Pelo menos psiquiatria melhorou bastante, né? (Médico eSF A)

A partir da fala do profissional, pode-se perceber o sentido da resolutividade como a forma de acolher e solucionar uma determinada demanda através de uma avaliação e orientação, ou de uma indicação para ser acompanhado em serviço especializado, ou uma nova discussão do caso com a eSF e conseqüente orientação para que a mesma conduza o cuidado, ou ainda, com um ou mais atendimentos pela equipe Nasf com objetivo de atenuar o agravo que gerou a demanda por assistência.

Em relação a subcategoria “Melhoria sobre a qualidade de vida da população atendida” foi possível observar nos trechos de falas dos entrevistados que o Nasf é um serviço considerado

resolutivo, que tem a capacidade de modificar positivamente a condição de saúde de um indivíduo, família ou de um grupo.

Uma paciente minha, que está desenvolvendo Parkinson, aquela que eu falei que ela já está assinando, R. foi, ela ganhou 1,5kg, uma paciente que com 42kg, né? E ela estava com uma sarcopenia muito grande, então assim você olhar aquele paciente, e você ver a progressão daquele paciente, é gratificante demais. Então reabilitação existe, né? (ACS 4 eSF D)

Ela pegou um bebê meu, Down, o bebê não conseguia nem levantar a cabeça, e ela pegou, e essa mãe tinha também outro filho que também é deficiente, que ela também pegou ele, foi o bebê... está muito desenvolvido. (Enfermeira 1 eSF C)

E com a ajuda no caso do NASF, do agente de saúde, do caso da médica da época, a gente conseguiu que ele terminasse o tratamento, e assim, deixasse as drogas. (ACS 1 eSF A)

Um estudo realizado por Cabral (2017) aponta que a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde não deve ser focada exclusivamente na cura da doença ou em aspectos essencialmente quantitativos, mas dever estar relacionada a aspectos que podem ser influenciados socialmente, em ambiente familiar e também pelo próprio indivíduo.

Assim, compreende - se que a avaliação da resolutividade das ações do Nasf, na “perspectiva de melhoria da qualidade de vida do usuário, deve ultrapassar os modelos hegemônicos e apresentar aspectos subjetivos aos problemas ou situações de saúde que são solicitados ao acompanhamento das suas equipes, em um contexto multidimensional” (CABRAL, 2017).

As falas dos grupos focais demonstraram que a subcategoria “Satisfação dos profissionais das eSF apoiadas pelo Nasf” também pode ser uma estratégia utilizada para avaliar a resolutividade dos núcleos, visto que esses trabalham com enfoque em dois tipos de público-alvo, a saber: as eSF, que seriam a população prioritária para o apoio matricial; e a comunidade residente no território de adscrição da equipe do Nasf. Nas entrevistas, foi possível coletar alguns dados que ajudam a identificar a percepção dos profissionais que atuam na APS em relação a satisfação sobre a resolutividade do Nasf.

Então o NASF contribuiu positivamente porque foi um despertar... um despertar de problemas que existiam, e que essas pessoas eram ignoradas, não eram vistas e hoje são vistas. (Médico eSF A)

[...] Até mesmo o papel de esclarecer, tipo as reuniões que a gente tem os matriciamentos, serve para mim como um momento de aprendizado, entendeu? [...] para mim as reuniões são muito enriquecedoras, como ACS eu aprendo muito com isso, e até como conduzir determinados casos, né? (ACS 2 eSF C)

Então, somos privilegiados temos: farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, assistente social, etc., etc. TO, fisioterapeutas, então dentro do possível, eles estão fazendo o impossível (Médico eSF A).

Ficou evidente que, no discurso das equipes de saúde da família, existe um grau de satisfação com desempenho das atividades executadas pelo o Nasf no território. Pelas falas dos grupos focais podemos perceber que o Nasf é visto de forma positiva e que é capaz de trazer mudanças para o cotidiano da APS.

Nas entrevistas foi possível encontrar relatos de vários casos acompanhados pela equipe do Nasf que alcançaram adequada resolução de seus problemas a partir da atuação dos profissionais. Mais uma vez, a percepção positiva das equipes em relação ao apoio ofertado pelo Nasf foi colocada. Estudos confirmam que a satisfação do público alvo é considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços de saúde, devendo, portanto, ser pesquisada visando aperfeiçoamento no sistema de saúde (NÓBREGA, 2016; SOUSA, 2016).

Sousa (2016), em seu estudo realizado, afirma que a satisfação do público alvo do Nasf, concomitante à utilização de outros parâmetros para aferição da resolutividade é uma estratégia importante. Autores de estudos realizados na Europa também confirmam que a satisfação de usuários de sistemas de saúde é um importante indicador a ser estudado para se obter aspectos úteis na avaliação de alguns atributos essenciais da APS na perspectiva da população (PASARÍN *et al.*, 2007).

Outro aspecto relacionado à satisfação dos serviços oferecidos foi descrito pelos entrevistados como sendo o comprometimento que a equipe Nasf tem com o trabalho realizado e com os comunitários assistidos.

A gente percebe assim do Nasf, dessa equipe... eles são muitos solícitos. Eu me sinto satisfeito, pelo atendimento que o Nasf presta as famílias. Assim, eu vejo que é um trabalho que realmente tem um comprometimento muito grande. De toda equipe.(ACS 2 eSF C)

[...] Então assim, o que eu estou falando da minha experiência como agente de saúde, o Nasf tem contribuído na minha área muito, muito. [...] eu tenho crianças desnutridas, eu tenho idosos, eu tenho acamados, e que eles vão (o Nasf). Olhe, A. N. está de parabéns, certo? Grande maioria dos problemas na área estão sendo solucionados. E eu só tenho a agradecer, e eu sempre estou incomodando as meninas, pelo zap mesmo, porque eles não têm ponto de apoio, a gente vai pelo zap. Fico aperreando, vou para os matriciamentos, eu aperreio mesmo, aperreio a minha enfermeira, entendeu? E a gente vai dando solução. (ACS 1 eSF A)

Outra questão que evidenciou como contribuição para satisfação dos profissionais das equipes de saúde foi a realização de espaços de cuidado para os trabalhadores da Atenção

Básica, chamado de “Cuidando do Cuidador”. Esse ambiente facilita a criação de vínculos entre os trabalhadores da eNasf e eSF, favorecendo esse aspecto da resolutividade.

Outro impacto do trabalho da gente também é na qualidade do trabalho dos próprios colegas da saúde da família, né? A gente está fazendo alguns cuidando dos cuidadores dentro das unidades, né? [...] que na vida de algumas pessoas, por exemplo na auricoloterapia, por exemplo. Tenho colegas que tinha dores crônicas na cervical e está super bem; que tinha um estresse, que vivia uma pilha que está se sentido mais calma. Então a gente está dando um impacto na vida daquela pessoa que também é um usuário o SUS. (Profissional 6 eNasf Y)

Acho que é uma coisa que é interessante colocar [...] Como que a gente nesse processo de trabalho acaba mediando conflitos entre trabalhadores ou entre trabalhadores e usuários (Profissional 1 eNasf Y)

Os trabalhadores dos serviços de saúde, seja por qual for o motivo, podem possuir uma sobrecarga afetiva, que se manifesta por meio de sintomas físicos, do adoecimento, resultando na Síndrome de Burnout, por isso a importância desse cuidado. Um estudo realizado em 2010, corrobora com a importância do cuidado com as equipes de saúde e destaca que "cuidar do sofrimento do cuidador profissional é fundamental" (KOVÁCS, 2010).

No âmbito da Estratégia de Saúde da Família, é sabido que atividades referentes a esse nível apresentam dificuldades nas relações trabalhistas e reivindicações quanto ao reconhecimento profissional. Apesar dos trabalhadores da atenção básica constituir um enorme contingente de força de trabalho, na conjuntura do SUS e do país, pouco se sabe sobre suas condições de trabalho e saúde. "Acredita-se que esses profissionais são à base do sistema de saúde e, portanto, protagonistas do desenvolvimento e melhoria deste sistema" (TOMASI *et al.*, 2008).

De acordo com estudo realizado por Tomasi e *et al.* em 2008, na região Sul e Nordeste do Brasil, os problemas mais prevalentes nos trabalhadores da APS foram: cardiocirculatórios, osteomusculares e tecido conjuntivo, bem como as doenças do aparelho digestivo e transtornos mentais comuns. Corroborando com esse estudo sobre a importância no cuidado dos profissionais do nível primário e colaborando de alguma forma com a APS.

6.4.2 Aspectos *normativos* do Nasf sobre resolutividade

Essa categoria foi encontrada a partir da definição dos seus objetivos e competências atribuídos ao Nasf como programa de saúde. Em 2016, Sousa construiu um modelo teórico baseado em documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; 2010; 2012a; 2014), como uma proposta para avaliar o Nasf a partir das mudanças no trabalho da APS e ampliação do

cardápio de ações desenvolvidas com as equipes de referência, como por exemplo discussões de temas predominantes, atendimentos compartilhados, ações intersetoriais, planejamento estratégico para enfrentar as demandas reprimidas, qualificação de encaminhamentos para outros serviços, entre outras.

Na descrição dos resultados nesta categoria chamada “Aspectos normativos do Nasf sobre resolutividade” foram exploradas as seguintes subcategorias: “Adequação do processo de trabalho aos objetivos propostos pelo MS”; “Capacidade de acolhimento e resolução dos problemas de saúde na APS”; “Apoio a articulação entre as eSF e os serviços especializados”; “Qualificação dos encaminhamentos/Adequação do perfil dos encaminhamentos para atenção especializada”; e “Manutenção do vínculo do usuário atendido em serviços especializados com a eSF”.

Na subcategoria “Adequação do processo de trabalho aos objetivos propostos pelo MS” foram relacionados os fragmentos de falas que contemplam a realização de algumas ações ligadas às dimensões do Apoio Matricial. Com base na análise dos grupos focais, foram encontradas quatro atividades principais desenvolvidas no cotidiano do Nasf estudado: apoio às atividades de educação e saúde, reuniões para discussões de casos, visitas domiciliares e atendimentos individuais e compartilhados – algumas dessas atividades foram apontadas como prioritárias.

[...] Dentro da atenção básica, o que mais a gente faz assim, de oferta da proposta de trabalho, que a gente faz muito é oferecer apoio em grupos, é propor atividades de educação e saúde, nas reuniões com as equipes tentar dizer; não gente, a gente tem um matriciamento em... para insulinizados, a gente tem um matriciamento para crianças, para alimentação de crianças menores de dois anos, então a gente fazia essa proposta para fomentar essa demanda também. Eu acho que tem sido mais para parte assistencial, mais, por exemplo, para visita domiciliar, para atendimentos nas unidades [...] (Profissional 6 eNasf Y)

Sousa *et al.* (2017) ratificam a importância da realização dessas atividades enquanto equipe matricial organizada com a finalidade de favorecer a comunicação e troca entre essas equipes e serviços, assumindo “importante papel no fortalecimento da coordenação intranível – entre as equipes que operam na AB – e interníveis – entre a AB e os demais serviços de saúde ou órgãos de outros setores” (SOUSA *et al.*, 2017).

É importante destacar que, quando discutido sobre a definição de suas atividades, eles trouxeram outras ações, além dessas quatro que apareceram de forma mais frequente.

Com relação a utilização das ferramentas propostas pelo MS nos segmentos de falas dos grupos focais, o instrumento que emergiu de forma comum foi o matriciamento. Essa ferramenta é uma aposta de grande contribuição no cuidado em saúde, já que possibilita a troca

de saberes e a ampliação do olhar de todos os envolvidos sobre os problemas de saúde e as possibilidades de intervenção (BRASIL, 2014; SOUSA *et al.*, 2017).

No caso, eu acho que a partir do momento que a gente identifica o caso e manda... até mesmo o papel de esclarecer, tipo as reuniões que a gente tem os matriciamentos, serve para mim como um momento de aprendizado. A gente discute o caso com a equipe, e a equipe ver a melhor forma possível de dar a resolução para esses casos. Os casos gritantes, a gente matricia, junto com o Nasf. (ACS 1 eSF A)

Exatamente, a gente tem, por um lado, o matriciamento. Como foi falado, que contribui com a resolução dos problemas de saúde mental aqui na unidade, né? (Profissional 1 eNasf Y)

A discussão de temas teóricos em formato de educação permanente, que podem ser utilizados no território e na clínica, pelas equipes de saúde da família, foi colocada como uma forma de apoio matricial. Nos grupos focais deixam claro que esse processo amplia e transforma a prática dos profissionais.

O trabalho junto também faz diferença nessa perspectiva, porque há equipes que mesmo nessa dimensão assistencial individual, conseguem fazer a promoção de saúde, né? Junto com o Nasf, né? No sentido de promoção de saúde analisando aquele usuário na sua complexidade, na sua relação familiar, na sua dimensão subjetiva, na sua condição social [...] (Profissional 1 eNasf Y)

Com relação à Clínica Ampliada e ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), houve respostas, porém, foram poucas que apareceram nos segmentos de falas, isso reflete a dificuldade de entender a teoria pelas as eSF.

E aí a gente precisa pensar de que forma qualitativa, como R. falou, esse Nasf está transformando e mudando o trabalho, o processo de trabalho, e o cuidado em saúde das equipes e naquele território, com aquelas comunidades, numa perspectiva de clínica ampliada, entendeu? Desse fazer junto, e aí sim que motiva esse cuidado de uma maneira mais esquemática individual dentro de um projeto terapêutico. (Profissional 1 eNasf Y)

A periodicidade de utilização dessas ferramentas deve ser regular e contar com a participação ativa dos profissionais do Nasf e das eSF. Quando assim acontece, é uma das ações que mais impacta na resolutividade na APS (MÉLO *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2017).

Não se observaram fragmentos de falas sobre o Projeto de Saúde no Território (PST), mostrando que essa ferramenta pouco se insere, de fato, no cotidiano dos profissionais da saúde. Vale ressaltar que o termo PST sequer faz parte do vocabulário diário dos profissionais dessas equipes. No entanto, encontramos o apontamento de sua importância na promoção da saúde.

E pensar isso de maneira conjunta com esses grupos, entidades e etc., para produzir saúde no território, eu acho que o processo de trabalho do Nasf ainda tem que desenvolver muito para conseguir articular isso, sabe? (Profissional 1 eNasf Y)

Em relação a subcategoria “Capacidade de acolhimento e resolução dos problemas de saúde na APS, ” foi possível encontrar trechos de falas sobre intervenções na atenção básica com o acolhimento e direcionamento adequado da demanda que pode ajudar na resolução de muitos casos. Esse aumento na capacidade de intervenção da APS é um dos resultados esperados no modelo de organização do apoio matricial e da ampliação da clínica das equipes de referências.

Mélo e *et al.* (2016) também apontam como resolutivos os casos que foram atendidos e acompanhados pela equipe de apoio na atenção primária e que sem essa equipe seriam encaminhados a profissionais na atenção especializada. Mas, Nascimento (2014) chama atenção para que a falta de serviços de saúde especializados não produza o funcionamento prejudicado dos Nasf, onde ele assuma o “papel de substituição do serviço que falta na rede na tentativa de responder à demanda da população”.

Assim, a gente tem exemplos de gestantes que de repente a gente até tenta mandar para rede, mas aí é consulta ainda vai demorar muito, e aí é uma coisa meio urgente, aí a gente entra em contato com a nutricionista R.: Olha estou com uma gestante que está assim, sobrepeso tal, e aí R. já naquele dia, já diz: eu tenho data. Assim a gente já recebe essa informação, já aciona o agente de saúde, ele já leva essa data. E ela deu bastante condução de acompanhamento as gestantes nossas e assim com retornos, porque ela fez os atendimentos [...] (Enfermeira 1 eSF C)

M. costuma assumir paciente porque não tem rede de referência para terapia. Tem um paciente mesmo da minha área, que ele está assumindo. E ele está com ideia a suicídio, ele não ia sair, ele não ia soltar esse paciente para esperar uma terapia fora e não sei quanto tempo. (Enfermeira 2 eSF B)

Ai surgiu a demanda que era escurecida porque não tinha... a gente não tinha esse especialista, aí veio essa demanda e diminui um pouco a referência do que já existia porque a gente corre primeiro para equipe do Nasf. (ACS 2 eSF C)

Durante as entrevistas, 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 em casos urgentes.

Num caso de urgência que a gente não vai poder esperar a reunião do Nasf do mês, às vezes tem caso que não pode esperar. Olha eu tenho caso assim que eu preciso falar logo, tal, tal, tal... eles atendem (Enfermeira 2 eSF B).

Essa informação é interessante para analisar a importância do comprometimento dos profissionais da equipe de apoio com os casos trazidos, onde as eSF sentem impacto positivo

no enfrentamento dos problemas de saúde da população e no fortalecimento da integração entre as equipes (SOUSA *et al.*, 2017).

Na subcategoria “Apoio a articulação entre as eSF e os serviços especializados” podemos observar que esse Nasf contribuiu com a articulação dos serviços da rede especializada. As reuniões de articulação com equipes dos serviços (especializados e intersetoriais - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de reabilitação física, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar entre outros) ajudam no conhecimento pessoal dos profissionais das diferentes equipes e são utilizadas para discutir casos, critérios de prioridade e de alta, entre outros.

Ressalta-se, ainda, que alguns autores apontam que existem graves problemas na articulação com serviços especializados, onde a contrarreferência não é uma prática que acontece frequentemente, afetando a continuidade do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2013).

No entanto, estudo relacionado ao Nasf assinala que o encaminhamento para o serviço de atenção secundária realizado com ajuda dos profissionais do apoio matricial mostra-se ser mais “efetivo para melhorar a integração entre diferentes níveis de atenção”. Ou seja, essa forma de trabalho favorece a comunicação, beneficiando a troca de informações e o ajuste e compartilhamento de estratégias terapêuticas (SOUSA *et al.*, 2017).

O fisioterapeuta W. tem contado com uma médica do Lessa de Andrade, já ligou para ela, já adiantou o atendimento, entendeu? [...] com o apoio do Nasf, a gente conseguiu o SAD na casa dela, então já foi algo. (ACS 1 eSF A)

Posso dar um exemplo do que melhorou assim... é o matriciamento de psiquiatria que nós temos. (Médico ESF A)

No território o CRAS da gente tem reunião de rede, no meu caso eu consigo articular essa rede por conta dessa reunião, principalmente o conselho tutelar, né? E outros equipamentos sociais que a gente tem aqui no território, que dar muito apoio (Profissional 7 eNasf Y)

Uma observação importante é que as reuniões entre equipes do Nasf e outros equipamentos sociais no território estavam bem consolidadas para articulação de rede. O trecho acima, entre outras falas presentes nas entrevistas, permite assumir que a intersetorialidade é uma preocupação presente no cotidiano de trabalho desses profissionais. Entretanto, a dificuldade de resolver determinados casos complexos apareceu em alguns trechos abaixo, principalmente quando surge a necessidade de outras instâncias para alcançar a respostas, como por exemplo o setor judiciário.

Porque esbarra, muitas vezes assim, a saúde da família faz a parte dele, o Nasf vem junto, faz sua parte, e aí esbarra nas autoridades. [...] e a assim a gente esbarra numa impunidade e é assim, a parte da justiça que não se resolve, entendeu? A família faz

sua parte, nós fazemos a nossa, o Nasf faz a deles, e nada tem sido resolvido. (Enfermeira 1 eSF C)

Mas essa continuidade do cuidado também tem que ser para outras instâncias, porque senão não fechamos nada, não se resolve nada e fica feito bola de pingue-pongue, bate lá, bate cá e fica nessa. (ACS 4 eSF D)

Sousa e colaboradoras apontam que “a construção de uma rede de serviços é uma das estratégias essenciais na lógica de trabalho das equipes Nasf” (SOUSA *et al.*, 2017). Mas ainda se tem entrave para alcançar intersectorialidade das políticas, principalmente para resolver problemas mais complexos (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Na sequência da discussão encontramos outra subcategoria: “Qualificação dos encaminhamentos/Adequação do perfil dos encaminhamentos para atenção especializada”. Nos trechos de falas a seguir ficou evidente a importância de qualificar o percurso dos comunitários na rede. Foi possível constatar que a troca de informações entre as equipes possibilita o conhecimento sobre as condições sociais em que vivem os pacientes e a sua história clínica, sendo importante na construção das condutas terapêuticas de todas as equipes.

Sem contar que, quando é identificado pela equipe que se satura nossa possibilidade de resolutividade e de fato precisa de um acompanhamento mais longitudinal, e isso sendo articulado pelo profissional da área é totalmente diferenciado, né? (Profissional 6 eNasf Y).

Eu percebo assim que quando a equipe de saúde da família chama a gente para ver uma criança, para ver um usuário, né? Que eles querem nossa opinião, nosso olhar, sobre aquela situação que a gente consegue assim, além de conduzir o caso da melhor forma, a gente ainda consegue se aproximar e matriciar. (Profissional 3 eNasf Y).

Autores chamam atenção para fatos que se tornam crônicos e a situação se agrava, principalmente na saúde mental diante da história existente da fragmentação dos serviços e na rede de cuidados em geral, consolidando o modelo baseado nos cuidados em hospitais (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011). O Nasf tem papel fundamental na ampliação da clínica e apoio na articulação da rede de cuidado para atender a população, uma vez que tem impulsionado alguns movimentos de mudança no trabalho da atenção básica (SOUSA, 2016).

Como é o caso do psicólogo da nossa equipe que discute diretamente com o psicólogo da referência, né? Alguns casos têm como referência diretamente para um profissional ir, receber e acolher de alguma outra maneira, dizer mais ou menos como é o caso, então com certeza é muito diferente, né? (Profissional 6 eNasf Y).

Recentemente eu e R. atendemos um caso que foi encaminhado pela escola que era para o neurologista, e na verdade não tinha necessidade nenhuma de autismo e não tinha necessidade nenhuma de neurologista na verdade e nem tinha muito menos autismo, e aí a gente conseguiu evitar que é uma demanda muito difícil, inclusive, de

“você conseguir o neuropediatra, né? E a gente conseguiu, e a gente ainda está acompanhando esse caso. (Profissional 7 eNasf Y)”

A subcategoria “Manutenção do vínculo do usuário atendido em serviços especializados com a eSF” ganhou destaque já que encontramos alguns trechos de falas que apontam para essa contribuição na resolutividade. É importante trazer para discussão essa categoria uma vez que autores apontam a deficiência de estratégias efetivas de integração assistencial e a existência de “processo de trabalho centrado em procedimentos, gerando um excesso de demandas administrativas e assistenciais para as eSF, com isso dificultam a realização de ações de coordenação assistencial” (SOUSA *et al.*, 2014).

E trocando as informações desse acompanhamento... continua o vínculo entre a gente, mesmo quando a gente encaminha para outros serviços, eles sempre procuram a gente aqui na unidade como referência para dar continuidade ao cuidado (Profissional 7 eNasf Y).

O usuário continua com esse vínculo, eu vejo isso muito presente mesmo e bem fortemente assim. Têm vários casos que a gente resolve ou que a gente acompanha por um tempo. O usuário chega a voltar para a unidade procurar a gente para resolver outras questões, devido à confiança, entende? (Profissional 6 eNasf Y)

Esse resultado possibilita a identificação de evidências de que a APS pode desempenhar a coordenação de atenção, principalmente quando apoiado por equipes de matriciadores que também trabalham nesse mesmo nível de atenção e agem com um processo de trabalho com maior possibilidade de integração com outros níveis assistenciais (SOUSA *et al.*, 2017).

6.4.3 Aspectos favoráveis para resolutividade

Os grupos focais identificaram elementos favoráveis para alcançar a resolutividade. Na descrição dos aspectos favoráveis, foram exploradas as seguintes subcategorias: “A integração entre os profissionais da eNasf”, “Relação com a equipe de saúde da família” e “Comunicação entre serviços da rede”.

A subcategoria “A integração entre os profissionais da eNasf” emergiu nos fragmentos de falas de todos os grupos como aspecto que pode favorecer e qualificar as práticas junto à Saúde da Família. Estudos abordam como essa subcategoria influencia nas relações dentro das equipes, uma vez que a interprofissionalidade deve ser a base da APS e como impacta no processo de trabalho com o foco na resolução das necessidades do usuário, sua família e a comunidade (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; ROCHA, BARRETO; MOREIRA, 2016).

O trabalho junto também faz diferença nessa perspectiva, porque há equipes que mesmo nessa dimensão assistencial individual consegue fazer a promoção de saúde, né? (Profissional 6 eNasf Y).

Acho também que é importante mencionar, né? Essa questão da resolutividade tem muito a ver com o que M. (falou sobre) o vínculo que o profissional do Nasf cria com a sua equipe. (Profissional 4 eNasf Y).

Os participantes salientaram que desenvolver o trabalho a partir da garantia de uma relação efetiva entre os profissionais transforma a maneira como cada um faz o cuidado em saúde e como a cooperação entre equipes pode resultar em uma melhor resolutividade das ações. A integração de equipe possibilita discussões, reflexões e construção conjunta das ações que podem ser implementadas, seja no aspecto individual ou coletivo.

Nessa mesma discussão outra subcategoria chamada “Relação com a equipe de saúde da família” também foi apontada como um outro aspecto que favorece o trabalho de cooperação entre equipes decorrendo em uma melhor resolutividade das ações.

Enfermeiras que estão mais abertas a essa construção conjunta, sabe? Isso também envolve a resolutividade da atenção básica, antes ainda, a resolutividade do Nasf, nesse sentido, né? Porque eu acho que isso, pelo menos no meu caso, me ajuda a mobilizar, me estimular, a trabalhar mais junto, mais estigado nessa dimensão do vínculo e tal e da organização do fluxo [...] (Profissional 1 eNasf Y)

Então, no jogo, na dança, na produção do cuidado, na relação, essa dimensão também está presente e a gente precisa tentar trazer ela para objetivar, né? E construir formas de nos sensibilizar e estar mais apto para essa construção. Existe a dimensão do trabalho em rede, que vocês estão trazendo o tempo todo, isso implica na equipe de saúde da família o quanto ela se motiva, se mobiliza nesse cuidado, na rede de saúde mental como foi citado por C. (Profissional 1 eNasf Y)

A relação com a eSF foi apontada como um aspecto que favorece e que é potente, mas que é um desafio de toda equipe do Nasf e tem intensa relação com o desenvolvimento dessa proposta na APS.

Uma coisinha que a eu tinha pensado que, eu acho que a gente falou, mas não tão diretamente assim, é como que e qual a relação da gente com as equipes nessa dimensão da resolutividade e dessa lógica do apoio matricial? Quer dizer... é um desafio para gente (Profissional 1 eNasf Y).

No entanto, estudiosos expõem que este desafio não deve ser apenas dos profissionais envolvidos na Saúde da Família, “mas também é uma responsabilidade dos gestores, tendo estes a necessidade de afirmar, cada vez mais, o interesse para a promoção de uma transição de cuidados de saúde fragmentados para uma prática colaborativa que atenda às necessidades de saúde dos indivíduos” (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016).

A “Comunicação entre serviços da rede” através de espaços de reuniões também surgiu como subcategoria favorável para a resolutividade nesse nível de atenção. As falas referiram que este é um espaço fundamental para que cada serviço conheça e discuta sobre seus papéis na rede de atenção à saúde.

Diversos autores apontam que é fundamental que exista troca de informação entre serviços e os profissionais para que a APS exerça a coordenação do cuidado. Já se sabe, o quanto a falta de comunicação pode causar iatrogenias no trabalho em saúde (ALMEIDA, *et al.*, 2013; SOUSA *et al.*, 2017).

Eu acho também que outra razão que faz com que essas demandas cheguem ao Nasf (frequentemente) é o matriciamento de saúde mental que existe aqui, que é uma equipe de profissionais do CAPS que vem uma vez por mês se reunir com a equipe saúde da família, em que a gente participa também e nessa reunião se discutem os casos. (Profissional 1 eNasf Y).

É notável que as reuniões com os serviços especializados têm um calendário fixo pactuado com todas as equipes de SF apoiadas por esse núcleo. Na experiência analisada, os profissionais relatam que esses encontros acontecem com frequência com o serviço de saúde mental, já que os serviços de reabilitação física não conseguem se aproximar do território.

Autores corroboram que os mecanismos de comunicação entre as eSF, centrais de regulação e ampliação da oferta de serviços especializados (pactuação de fluxos, protocolos, apoio matricial), bem como incorporação das ferramentas como o Telessaúde, articulados às decisões clínicas favorecem a resolutividade das equipes da APS (ALMEIDA *et al.*, 2013).

6.4.4 Aspectos desfavoráveis para resolutividade

Na descrição dos aspectos desfavoráveis foram exploradas as seguintes subcategorias: “Atenção à saúde voltada para o assistencial”, “Ausência de contrarreferência do serviço especializado”, “Dificuldade de atendimentos no serviço especializado”, “Cobertura das equipes de saúde da família” e “Precárias condições de trabalho”.

A subcategoria “Atenção à saúde voltada para o assistencial” emergiu na fala dos grupos como um ponto desfavorável para o desenvolvimento do trabalho do Nasf na perspectiva do apoio matricial. Este fato dificulta a resolutividade baseada na promoção e prevenção, evidenciando que a população e as equipes buscam o desenvolvimento de intervenções de caráter médico-curativo focalizadas no indivíduo e nas doenças (TRINDADE; PIRES, 2013).

Se a gente quer trabalhar no modelo do Nasf como apoio matricial a gente fica no braço espremido, porque as equipes acabam nos cobrando também um acompanhamento ou uma resposta para esses usuários na dimensão assistencial, e na prática a gente acaba dando acompanhamento individual somente [...] (Profissional 1 eNasf Y)

Eu acho que tem sido mais para parte assistencial, mais por exemplo, para visita domiciliar, para atendimentos nas unidades, mais do que para ações maiores e atividades coletivas [...]. Eu acho que a demanda maior é assistencial, é curativa. (Profissional 6 eNasf Y)

Como a procura deles é mais assistencial mesmo, e a gente tem que desmitificar um pouco (ainda), desmitificar um pouco isso do trabalho da gente dentro da atenção básica. O que mais a gente faz assim, de oferta da proposta de trabalho, que a gente faz muito é oferecer apoio em grupos, é propor atividades de educação e saúde, nas reuniões com as equipes e tentar dizer .(Profissional 6 eNasf Y)

Nascimento (2014) chama atenção que o Nasf tem como objetivo realizar ações que superem o modelo biomédico. Entretanto, o mesmo esbarra na grande demanda existente no território, que necessita também de atenção individualizada de algumas especialidades presentes nessas equipes.

É claro que para se alcançar resolutividade dos problemas na APS, é necessária uma visão integral do sujeito em suas relações e em seu estado emocional, porém sem negar o biológico, onde a maioria das doenças se manifesta. Tesser (2006) aponta que "é importante discutir alguns aspectos do processo de medicalização social em vigor no Brasil. Principalmente em razão do fato de as ações cotidianas de profissionais de equipes de saúde da rede básica serem ativos e intensos agentes nesse processo".

A “Ausência de contrarreferência do serviço especializado” surgiu também como um aspecto desfavorável para resolutividade das equipes de atenção primária. As falas evidenciaram que os serviços de referências para as equipes de saúde e do Nasf não realizam o retorno das condições clínicas dos pacientes, dificultando a coordenação desses na rede de atenção à saúde, impedindo a efetivação do cuidado nas diversas dimensões.

A comunicação é indo, não é indo e voltando. (ACS 2 eSF C).

Ai falta também a comunicação que eu acho que deveria melhorar, esse tipo de comunicação com os hospitais de referência, deveriam para saber se o paciente está indo, se está fazendo os exames, se está tomando o remédio, ajudaria muito [...] (ACS 1 eSF A).

Nós só sabemos que foi feita alguma coisa, depois de algum tempo que ela volta: foi ao ortopedista? "Fui, ao ortopedista". O que foi que ele fez? "Isso, isso e isso". Então nós sentimos falta dessa contrarreferência, além de não conhecermos o profissional especialista, nós não recebemos a chamada contrarreferência que devia ser até obrigatória nos mandar, né isso colega? E também a gente não tem como se comunicar com ele, a gente não tem um sistema de comunicação. (Médico eSF A)

Nesta categoria ficou evidente que para o Nasf contribuir para resolutividade da APS “é necessário o acompanhamento do paciente em seu trajeto assistencial até o serviço especializado, fortalecendo seu vínculo com a atenção primária” (SOUSA *et al.*, 2017). Essas equipes multiprofissionais da AB ajudam aos especialistas conhecer as pressões e demandas da população, o que possibilita mudanças de atitude, de valorização e respeito pelos profissionais que atuam em outros níveis do sistema.

Na rede de reabilitação assim, é uma dificuldade de comunicação, né? De quando a gente fazia o encaminhamento... a gente consegue referenciar, mas não existe uma contrarreferência, uma devolutiva desse paciente, se ele teve alta do centro de reabilitação, então assim é uma grande dificuldade na rede de reabilitação. (Profissional 2 eNasf Y)

Eu não tenho essa contrarreferência: recebeu alta, está bem, nem isso a gente não tem. (Profissional 5 eNasf Y)

Outra subcategoria que é mais um aspecto unânime no grupo como desfavorável é a “Dificuldade de atendimentos no serviço especializado” para efetivação da resolutividade. Nas falas, percebemos a escassez de serviços de referência para o território e também a existência de uma demanda reprimida para algumas especialidades. Elas apontam uma rede insuficiente e muitas dificuldades que se interpolam no dia a dia, entre a disponibilidade planejada e a utilização efetiva dos serviços de saúde.

Tem profissões que é difícil, exemplo: reumatologista, proctologista, otorrino e outros, que para você conseguir encaminhar seu paciente e ter resolutividade com ele demora até 2, 3 anos. E as pessoas botam culpa em nós porque acham que a gente não tem interesse. (Médico eSF A)

E aí é quando a gente esbarra nesse sistema de regulação, porque demora muito, têm profissionais que é uma lenda para que você consiga chegar até lá. Um otorrino mesmo, você passa meses. E eu estou falando a verdade que desde o ano passado, eu estou esperando uma vaga, entendeu? (ACS 3 eSF E)

Ficou evidente que a média complexidade é deficitária e que existe uma busca por oferta de especialidades nos serviços hospitalares, principalmente nos equipamentos de alta complexidade. Percebe-se a necessidade de organizar os serviços de referência e contrarreferência, os fluxos e as centrais de regulação que objetivem equalizar a oferta, mais que criar obstáculos ao acesso do usuário. É importante que tecnologias sejam incorporadas na APS na forma de equipamentos ou de conhecimentos aplicados, possibilitando a ampliação da capacidade de respostas.

Mas uma coisa que o doutor falou que é bastante interessante é a questão da resolutividade por conta desses encaminhamentos. Além da demora, a falta do

profissional específico para aquele caso, também não existe aquela referência e contrarreferência dos hospitais. Nós como atenção básica fazemos nossa parte encaminhamos o paciente. (ACS 4 eSF D)

É... Exatamente! A gente tem por um lado o matriciamento, né? Como foi falado, que contribui com a resolução dos problemas de saúde mental aqui na unidade, né? E o trabalho com Nasf, mas a gente tem por outro lado uma escassez enorme da rede ambulatorial, né? (Profissional 1 eNasf Y)

Isso constantemente vem colocando em xeque a Estratégia de Saúde da Família nos últimos anos, devido a influência que exerce sobre a resolutividade das ações. Como consequência, tem-se a falta de confiança no sistema tanto junto aos usuários quanto aos profissionais (PIRES *et al.*, 2010). A estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção primária a saúde, tendo por princípio a hierarquização do sistema de saúde, constitui um aspecto central para organização do SUS.

O contexto atual demonstra que o fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programada, a frágil pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores, bem como a incipiente regulação do acesso ocasionam ineficiência e pouca capacidade resolutiva ao sistema de saúde local, características comuns às grandes cidades (PIRES *et al.*, 2010).

Outra subcategoria citada em todos os grupos focais foi a “Cobertura das equipes de saúde da família”, destacando o elevado número de equipes que o Nasf dar cobertura. Esse elevado número de equipes que o Nasf precisa apoiar foi elencado nesse estudo como mais um dos aspectos que não favorece a resolutividade da APS. Estudos realizados por Nascimento (2014) e Sousa (2016) também sinalizam essas dificuldades no processo de trabalho das eNasf.

Os profissionais do Nasf atende dois postos de saúde enormes, como o B.V. L. e o J. R. E se você for contar a quantidade de pacientes que tem necessidade de uma fono, necessidade de um... um fisioterapeuta, necessidade de um psicólogo, necessidade de um nutricionista, se tivesse... se o Nasf tivesse a equipe de 40, 50 pessoas ainda não dava conta. (Médico eSF A)

Então, eu acho que a demanda é muito grande, a demanda é muito grande para o que gente pode suportar né? Então a gente se vê, é pegando petecas. (Profissional 6 eNasf Y)

E somado a isso está a questão realidade das famílias que a gente cobre, né? Então assim, é muito desamparo, é muito... tipo um idoso, uma criança que você olha para todos os lados e não vê solução. (Profissional 3 eNasf Y)

Outra subcategoria colocada pelos participantes que impacta de forma negativa no processo de trabalho foi “Precárias condições de trabalho”, consequentemente interferente na resolutividade. Os trechos de falas revelaram, ainda, que as dificuldades geram desgastes emocionais aos profissionais.

Dificuldades com transporte também, a gente tido também com ponto de apoio, dificuldades de sala para atender, enfim. Então, a gente se sente sobrecarregados para caramba assim. O território está cheio de situação difícil de resolver e a gente tem uma rede que fica fechada, como foi dito agora mesmo, né? (Profissional 6 eNasf Y)

O psicólogo teve que atender um paciente problemático nosso debaixo da árvore no jardim. Porque simplesmente o Nasf não tem uma sala para reunião, uma sala que diga: "minha sala!" São muito competentes, mas eles não conseguem realizar seu trabalho devidamente por falta de apoio logístico. (Médico eSF A)

A prefeitura não estimula. Eu já tive grupo de idoso aqui, por muito tempo. E toda a comunicação era eu que fazia, eu conseguia passeios por minha conta, eu conseguia parcerias por minha conta, a gente fazia camisa por minha conta, minha conta não é pessoa, minha conta é a equipe de saúde, daqui, né? Tudo era a gente, então isso desestimula... (Enfermeira 1 eSF C)

A estrutura física precária das unidades de saúde, a falta de transporte, baixos salários para os profissionais do Nasf e o pouco reconhecimento foram questões levantadas pelos participantes dos grupos focais como aspectos que dificultam o desenvolvimento o trabalho no dia a dia. Em 2004, estudo realizado em Pelotas expôs que cerca de um terço dos trabalhadores da rede básica avaliou suas condições de trabalho como inadequadas (TOMASI, 2007). De fato, não é simplesmente a quantidade de trabalho que pode causar baixa resolutividade, mas a qualidade com que o processo é vivido e refletido.

6.4.5 Sugestões dos profissionais

As estratégias propostas pelos grupos para melhorar o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf e resolutividade foram coerentes com as dificuldades apontadas. Os grupos trouxeram sugestões: como melhoria de condições de trabalho, melhores salários, utilização da educação permanente e que a avaliação da resolutividade seja ampliada.

Que a resolutividade não pode ser pensada sem ser colocada a questão salarial dos profissionais do Nasf, a questão de infraestrutura dos profissionais do NASF, que inclui pontos de apoio e o que inclui transportes, e a questão da própria educação permanente nesse sentido, a possibilidade de estarmos refletindo nossa prática o tempo todo, seja no modelo de capacitações, seja no modelo da discussão de núcleo, seja no modelo da educação permanente como um todo mesmo. (Profissional 1 eNasf Y)

É... Eu queria que a resolutividade do NASF ela fosse avaliada realmente como M. colocou antes, de uma forma mais ampla, sabe? O trabalho da gente tem uma dimensão subjetiva enorme que os números não quantificam né? (Profissional 6 eNasf Y)

6.5 Modelo lógico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife

O modelo lógico teórico é uma representação visual da estrutura lógica de um programa ou intervenção (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017). Ele pode ser elaborado representando o funcionamento do Nasf na APS, apontando as estruturas, os processos e os resultados. Pensando nisto, neste capítulo foi sugerida a construção do modelo feita através de análise documental e grupos focais com profissionais das equipes de saúde da família e da equipe do Nasf. O conjunto de evidências coletadas ao longo da pesquisa permitiu a criação de alguns indicadores de resolutividade. Assim, construiu-se a matriz para verificar a resolutividade na perspectiva normativa, propondo a modelagem.

Nos registros quantitativos dos relatórios, fichas de registros e no relato das equipes participantes foi possível identificar a maior parte do elenco de atividades propostas no protocolo do município e nas diretrizes do Ministério da Saúde. Os resultados foram utilizados para a construção da matriz de critérios e indicadores com as equipes do Nasf no município estudado. Essa será apresentada logo abaixo.

Quadro 7 - Modelo lógico do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, 2017.

(continua)

RECURSOS/ INSUMOS	DIMENSÕES DO APOIO	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS	IMPACTO
Financiamento federal e municipal Gerentes e apoiadores Normas e diretrizes de atuação Recursos humanos Informações do território eSF com população definida Espaço físico nas unidades Fluxos dos locais de atenção Sistemas de registro Mecanismos de referência e marcação Mecanismos de integração assistencial	Gestão	Organização e programação de ações NASF	Nº de reuniões para planejamento	Melhora da qualidade do serviço oferecido pelo Nasf	Aumento de resolutividade da APS
		Monitoramento e avaliação de ações NASF	Nº de reuniões para monitoramento e avaliação das ações		
		Educação permanente para eNasf	Nº de ações de EP realizadas/existentes		
		Pactuação de diretrizes e normas de trabalho	Construção de manual contendo normas existentes, conhecidas e pactuadas		
	Técnico-pedagógica	Análise do território adscrito	Nº de análise de dados sobre o perfil epidemiológico e informações em saúde	Conhecimento do perfil demográfico, epidemiológico, socioambiental e assistencial do território adscrito Melhora da interação entre eNasf e eSF para determinações de prioridade das ações Equipes multiprofissionais com estratégias de trabalho uniformes Aquisição de competências pelas equipes APS Trabalho na APS baseado em parâmetros objetivos e resultados Aquisição de competências para profissionais para APS	
		Planejamento/ gestão conjuntos eSF e eNasf	Nº de reuniões para planejamento eSF e eNasf		
		Definição de fluxos de atenção e critérios de acesso entre eSF e eNasf	Elaboração e pactuação de fluxo de acesso entre eSF e eNasf		
		Gestão de casos compartilhados entre NASF e eSF	Nº de PTS elaborados pela eSF e NASF		
		Discussão de casos	Nº de reuniões para discussão de casos		
		Apoio à integração de eSF e eNasf com atenção especializada	Nº reuniões de articulações com outros serviços		
		Preceptoría em serviço	Recebimento de estudantes de graduação e pós-graduações (residências)		
		Matriciamento para os profissionais AB	Nº de ações de matriciamento realizadas/existentes		

Quadro 7 - Modelo lógico do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, 2017.

(conclusão)					
RECURSOS/ INSUMOS	DIMENSÕES DO APOIO	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS	IMPACTO
Financiamento federal e municipal Gerentes e apoiadores Normas e diretrizes de atuação Recursos humanos Informações do território eSF com população definida Espaço físico nas unidades Fluxos dos locais de atenção Sistemas de registro Mecanismos de referência e marcação Mecanismos de integração assistencial	Clínico assistencial	Atendimentos individuais	Nº de atendimentos individuais realizados	Acompanhamento de maior gama de problemas de saúde na APS Diminuição de tempos de espera Ações oferecidas mais próximas das pessoas Melhora no autocuidado da população eSF mais autônomas e seguras para intervenções Decisões de cuidado mais adequadas	Aumento de resolutividade da APS
		Atendimentos coletivos	Nº de atendimentos coletivos realizados		
		Visitas domiciliares	Nº de visitas realizadas		
		Atendimentos compartilhados	Nº de Atendimentos compartilhados realizados		
		Encaminhamento ao serviço especializado	Nº de encaminhamentos ao serviço especializado		
		Apoio em situações urgentes e imprevistas	% de atendimentos realizados de situações urgentes ou imprevistas		
	Prevenção e promoção da saúde	Ações e oferta de materiais de apoio	Nº de boletins informativos produzidos e encaminhados aos profissionais, usuários e controle social	Ampliação do conhecimento da população sobre modos de vida saudáveis <ul style="list-style-type: none"> • Adoção de hábitos saudáveis • Articulação entre diversos setores sociais 	
		Ativação de parcerias com outros setores (Educação, Assistência Social, etc)	Nº de execução de Projetos de Saúde no Território		
CONTEXTO					

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Nota: *Construído a partir de manuais do MS e do município estudado.

7 CONCLUSÕES

Pode-se afirmar que o estudo conseguiu alcançar os objetivos para o qual foi proposto inicialmente. Foi realizada uma pesquisa avaliativa com os resultados do Nasf e notou-se que organização do Nasf em Recife deu-se a partir dos critérios estabelecidos pelo MS. Neste sentido, as experiências analisadas não podem ser generalizadas para todo o município.

A análise conjunta dos dados quantitativos dos relatórios de casos 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.

Os resultados desse estudo evidenciam que a atuação do Nasf amplia a resolutividade das eSF quando tem seu trabalho bem próximo. Todos os registros analisados bem como as falas dos profissionais comprovam a diversidade de agravos e doenças que tem sido enfrentada pelas equipes, tanto com ações preventivas como atividades de atenção e reabilitação.

Um achado que merece destaque é o fato da realização dos atendimentos não ocorrerem apenas nas unidades de saúde, apontando a realização de um percentual considerável de atendimento domiciliar pelos profissionais dos Nasf. E que embora o atendimento individual deva acontecer em modo excepcional, o mesmo constitui-se uma ferramenta essencial para a ampliação e garantia de um adequado processo terapêutico na APS.

Outro importante apontamento foi em relação à resolutividade avaliada a partir da dimensão da satisfação dos profissionais das eSF apoiadas pelo Nasf. Foi possível identificar o quanto as eSF estão satisfeitas com a atuação do Nasf, principalmente nos aspectos relacionados à disponibilidade e ao compromisso da equipe em atender as pessoas. E com essa possibilidade de ter uma equipe multiprofissional, além das categorias da equipe de referência, o Nasf contribui com o cuidado da população no território, obtendo a troca de saberes entre as equipes.

A principal contribuição deste trabalho consiste em oferecer uma caracterização do Nasf no município, o que até então não havia sido feita, bem como em levantar algumas limitações, possibilidades e desafios para o alcance da resolutividade. Com base na análise e na revisão de literatura a respeito do tema, pode-se sintetizar os principais avanços, os desafios que ainda se apresentam e possíveis estratégias para contribuir com a ampliação da resolutividade nos serviços de saúde na APS.

Um dos limites deste estudo ocorreu porque foi realizado em apenas uma equipe do Nasf, devido a ser um estudo de caso. Apesar do limite metodológico, ele pode contribuir com

o aperfeiçoamento de modelos de atenção mais resolutivos, principalmente, quando se trata de equipes que estão nesse nível de atenção à saúde.

Como recomendação desse estudo foi proposto a validação do modelo lógico de funcionamento do Nasf para sustentar à generalização analítica do método de estudos de caso, estratégia indicada quando se considera um determinado contexto. A incorporação de uma diversidade contextual de interesses na construção da modelagem do programa, junto a diversos especialistas na área, deve ser o primeiro momento para o envolvimento de alguns dos potenciais interessados no processo avaliativo, como profissionais, gestores e usuários, na expectativa de garantir o uso dos resultados da avaliação.

Diante desse panorama, demonstra-se a importância de estudos como este que ao analisar experiências vivenciadas no dia a dia do SUS podem ajudar a compreender o modo como as equipes Nasf têm atuado, quais os aspectos organizacionais que influenciam seus modelos de atuação bem como os seus resultados.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C. **Educação popular em saúde no município de Recife - PE: em busca da integralidade.** 2003. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- 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). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- ALMEIDA, P. F. de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ALMEIDA, P. F. de et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013.
- ARAÚJO, E. M. D. GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, 461-468, 2013.
- AVEIRO, M. C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1467-1478, 2011 .
- BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter. mov. (Impr.)**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.
- BEZERRA, R. S. S. *et al.* Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do Nasf em Camaragibe/PE. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 51-59, 2010.
- BEZERRA, M. I. C.; LIMA, M. J. M. R.; LIMA, Y. C. P. A visita domiciliar como ferramenta de cuidado da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. **Sanare**, Sobral, v.14, n.1, p.76-80, 2015.
- BILLINGS, J. et al. Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City. **Health Aff.**, Millwood, v. 12, n. 1, p. 162-173, 1993.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 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 nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 11 de set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, 2014. v. 1. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39); (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CABRAL, D. L. **Resolutividade clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: construção de um instrumento de medida para avaliação e monitoramento**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

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. de S. *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.132-153.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 29-47.

CLÈRIES COSTA, X.; SOLDEVILA, J. J. S.; VICENTE, P. L. La atención primaria y el poder resolutivo del sistema de salud: un estudio desde los profesionales. **Aten. Primaria**, Barcelona, v. 39, n. 8, p. 411- 406, 2007.

CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 345-359, mar. 2017.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, dez. 2014 .

COSTA, N. R.. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, maio 2016 .

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N.. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, p. 332- 340, 2008 .

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011 .

D'AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil**. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ). 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 2001.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 8, p. 188, 2008.

DIBAI FILHO, A. V.; AVEIRO, M. C. Atuação dos Fisioterapeutas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família entre idosos do Município de Arapiraca-AL, Brasil. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 397- 404, 2012.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, p. 13-33, out. 2014 .

FERNANDES, T. L.; NASCIMENTO, C. M. B.; SOUSA, F. O. S. Analyzing the functions of speech therapists of NASF in Recife metropolitan region. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 153-159, fev. 2013

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. Avaliação de programas e serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W. de S.; et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2015. p.765-793.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GONCALVES, 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2043-2053, set. 2008.

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

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

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

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n.4, p. 420 - 429, 2010.

- LIMA-COSTA M. F.; BARRETO S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003.
- LIRA, A. C. *et al.* Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.17, n. 2, p. 223 – 228, 2014.
- 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. **J. Epidemiol. Community Health**, London, v. 60, p. 13-19, 2006.
- MAIS, L. A. *et al.* Formação de hábitos alimentares e promoção da saúde e nutrição: o papel do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.18, n. 2, p. 248 - 255, 2015.
- MARTINIANO, C. S. *et al.* Avaliação do processo de implantação das equipes dos núcleos de apoio à saúde da família. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v.7, n.1, p. 53-61, 2013. Disponível em:< file:///C:/Users/aline.lira/Downloads/3684-34375-1-PB.pdf.> Acesso em 12 jan. 2016.
- MÉLO, T.R.; LUCCHESI, V. O.; LIMA, S. S. SIGNORELLI, M. C. A Interconsulta favorece Resolutividade na Atenção Primária: Relato de Caso da Equipe de Apoio à Estratégia de Saúde da Família em Paranaguá (PR). **Rev. Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 2, p. 152-159, 2016.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27- 34, 2013.
- MENDONÇA, C. S.; DIERCKS, M. S.; KOPITTKE, L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2871-2878, 2016.
- MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MISHIMA, S. M. *et al.* A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.18, n. 3, p. 148- 156, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_20.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.
- MORETTI, P. G. S.; FEDOSSE, E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 241-247, set. 2016
- 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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1565-1572, 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**

da Saúde, São Paulo, v.34, n.1, p. 92-96, 2010. Disponível em:

<http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

NASCIMENTO, C. M. B. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Uma Análise da Atenção à Saúde em Municípios da Região Metropolitana do Recife**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2014.

NÓBREGA, J. S. de M. et al. Avaliação da satisfação dos usuários em relação às ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família num município brasileiro de médio porte. **Rev. Ciênc. Plur.**, Natal, v. 2, n.1, p. 69-88, 2016.

OLIVEIRA, I. F. de et al. The role of the psychologist in NASF: challenges and perspectives in primary health care. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n.1, p. 291-304, 2017.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, S. R. A.; POTVIN, L.; MEDINA, M. G. Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1149-1161, dez. 2015.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, London, p. 11-31, 2011. (Série Brasil). Disponível em:
<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PASARÍN, M. I. et al. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. **Aten Primaria**, Barcelona, v.39, n. 8, p. 395-403, 2007.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, Jun. 2010.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Referências Básicas para a Atuação do Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Cidade do Recife**. Recife: Gerência da Atenção Básica, Coordenação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, 2016.

REIS, D. C. dos 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. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 663-674, dez. 2012.

REIS, M. L. et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 1- 9, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100321&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ROCHA, F. A. A.; BARRETO, I. C. H. C.; MOREIRA, A. E. M. M. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 57, p. 415 - 426, jun. 2016 .

ROSA R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre , v. 32, n. 2, p. 345-351, jun. 2011.

SANTOS, R. O. M. dos. **O vínculo longitudinal como dispositivo do cuidado: Saúde da Família e doenças crônicas em uma comunidade do Rio de Janeiro.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

SARTI, T. D. et al. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. **UFES Rev Odont.**, Vitória, v.10, n.1, p. 63-69, 2008.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011 .

SIMÉANT, S. Capacidad resolutiva de la demanda de atención de morbilidad a nivel primario, Chile, 1981. **Bol. Of. Sanit. Panam**, Washington, v. 97, p. 125-141, 1984.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1283-1293, abr. 2014 .

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.

SOUSA, F. O. S. et al. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 115, p. 1075-1089, dez. 2017 .

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 em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SOUZA, D.; OLIVEIRA, I. F.; COSTA, A. L. F. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 26, n. 3, p. 474-483, dez. 2015 .

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n.4, p. 927-934, 2011.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, jun. 2006 .

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s193-s201, 2008.

TOMASI, E.; SANT'ANNA, G. C.; OPPELT, A. M.; PETRINI, R. M.; PEREIRA, I. V.; SASSI, B. T. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo , v. 10, n. 1, p. 66-74, mar. 2007 .

TRINDADE, L. de L.; PIRES, D. E. P. de. Implicações dos Modelos Assistenciais da Atenção Básica nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013.

TSZESNIOSKI, L. de C. et al. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infanto-juvenil: intervenções no território. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 363-370, fev. 2015 .

TURRINI, R. N. T. *et al.* Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008 .

VANNUCCHI, A. M. C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 963-982, 2012.

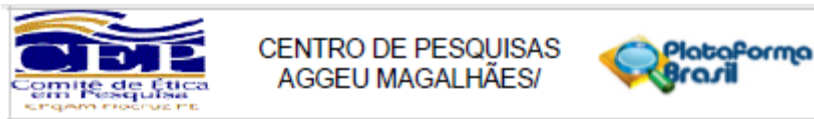
VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, dez. 1998 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL PROFISSIONAIS ESF/ENASF

- Quais os problemas/agravos que a eSF tem dificuldade para resolver? Por que?
- Quais grupos populacionais específicos que a eSF precise de ajuda do Nasf?
- Quais ações que a eSF não consegue fazer (promoção, reabilitação, articulação de rede)? Por que?
- Como as necessidades da eSF têm sido atendidas no território?
- Quais as situações que geram mais encaminhamentos para outros níveis assistenciais?
- Como o Nasf diminuiu o número de encaminhamentos desnecessários para outros níveis assistenciais? O Nasf ampliou a resolutividade das eSF?
- Como 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?
- Como o usuário atendido em serviços especializados mantém vínculo com a eSF?
- Como as ações técnico - pedagógicas e clínico - assistencial contribuem para ampliar a resolutividade? Dê exemplos:
- Lembram-se de algum usuário/família que foi atendido (a) pelo Nasf e teve seu problema resolvido na atenção primária? Relate.
- Lembram-se 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.

ANEXO A - PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NASF: UMA AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE, RESOLUTIVIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Pesquisador: PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53408516.1.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.615.740

Apresentação do Projeto:

Este estudo buscará discutir o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) a partir de um estudo de múltiplos casos, com abordagem metodológica qualitativa e quantitativa, utilizando coleta de dados primários das ações desenvolvidas pelas equipes, grupos focais e entrevistas. Utilizará, como áreas de estudo, os municípios de Camaragibe, Recife e Caruaru. Os sujeitos participantes da pesquisa serão os profissionais e usuários do NASF e profissionais dos serviços de referência, além de profissionais da ESF.

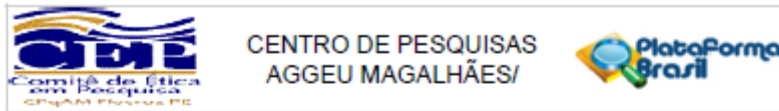
Objetivo da Pesquisa:

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.

Específicos:

- a) Descrever o elenco e o quantitativo de atividades realizadas pelo Nasf e o perfil dos usuários atendidos;
- b) Analisar a percepção dos profissionais das EqSF, do Nasf e dos serviços de referência sobre a atuação do Nasf e a ampliação da resolutividade;

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº		
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.670-420	
UF: PE	Município: RECIFE	
Telefone: (81)2101-2639	Fax: (81)2101-2639	E-mail: comiteetica@cpqam.focruz.br



Continuação do Parecer: 1.615.740

- c) Analisar o papel do Nasf no fortalecimento da coordenação do cuidado das EqSF;
- d) Construir um instrumento de medida para avaliação do processo de trabalho e da resolatividade do Nasf;
- e) Verificar a validade de conteúdo do instrumento proposto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram devidamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem estruturado e de relevância inquestionável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O referido projeto apresentou todas as documentações e informações exigidas e necessárias para o entendimento do estudo.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto, nesta versão, cumpriu com todas as exigências geradas no último parecer do CEP/CPqAM.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_662232.pdf	16/06/2016 18:44:11		Aceito
Outros	Cartaderespostaaspendencias.pdf	16/06/2016 18:43:36	Aline Cavalcante de Lira	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteioa@cpqam.foruz.br

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Dinalva Lacerda Cabral**, pesquisadora do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE, a desenvolver pesquisa no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Núcleo de apoio à Saúde da Família: Avaliação da Integralidade, Resolutividade, Coordenação do Cuidado e Construção de Indicadores para Monitoramento"**, sendo orientada por Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 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 nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 13 de julho de 2015.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DENS/DETES/SESALUPCE
Matrícula nº 99.999-8

ANEXO C - 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**” coordenada pela 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 à 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 Paulette Cavalcanti pelo telefone (81) 2101-2665, e-mail: paulette.cavalcanti@gmail.com no endereço do CPqAM.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00h / 13:00 – 15h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

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 _____

ANEXO E - INSTRUMENTO DE REGISTRO UTILIZADO NO MUNICÍPIO B**RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE CASOS****UNIDADE:** **EQUIPE:** **PERÍODO:****PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA NASF:**

Nº DA FAMÍLIA	ACS	NOME	SINTESE DO CASO	INÍCIO DA INTERVENÇÃO	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	OBSERVAÇÃO

INSTRUTIVO

O Relatório de Acompanhamento de Casos é um instrumento consolidado de registro dos casos acompanhados pela ENASF, permitindo uma visão geral daqueles casos que ainda permanecem em acompanhamento e daqueles cuja intervenção já foi concluída. O objetivo desse instrumento é registrar, de maneira simples e uniforme, todos os casos matriciados pela ENASF.

Unidade: Unidade de saúde a qual o usuário está vinculado

Equipe: equipe de saúde da família a qual o usuário está vinculado

Período: meses entre os quais está compreendido o registro

Profissional de referência NASF: nome do técnico de referência da ENASF para a USF

Número da família: número de cadastro da família da qual o usuário faz parte, contido na Ficha A de registro;

Nome: nome do usuário

Síntese do caso: Breve resumo do caso acompanhado, com os aspectos principais do caso

Início da intervenção: dia, mês e ano do início da intervenção.

Profissionais envolvidos: profissionais envolvidos na condução do caso

Observação: refere-se às informações relacionadas ao acompanhamento dos casos