

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

CAROLINE GUIMARÃES DAMASCENA

**AVALIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE CLÍNICO-ASSISTENCIAL DOS NÚCLEOS
DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES-PE**

RECIFE

2020

CAROLINE GUIMARÃES DAMASCENA

**AVALIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE CLÍNICO-ASSISTENCIAL DOS NÚCLEOS
DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES-PE**

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

Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Coorientadora: Dra. Dinalva Lacerda Cabral

RECIFE

2020

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

D115a Damascena, Caroline Guimarães.
Avaliação da resolutividade clínico-assistencial dos núcleos de apoio à saúde da família no município de Jaboatão dos Guararapes-PE / Caroline Guimarães Damascena. - Recife: [s.n.], 2020.
107 p. : ilus., tab.

Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

Orientador: Paulette Cavalcanti de Albuquerque;
coorientador: Dinalva Lacerda Cabral.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde). 3. Saúde da Família. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Cabral, Dinalva Lacerda. III. Título.

CDU 614.39

CAROLINE GUIMARÃES DAMASCENA

**AVALIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE CLÍNICO-ASSISTENCIAL DOS NÚCLEOS
DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES-PE**

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

Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Aprovada em: 28/01/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque.
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz - PE.

Prof^a. Dr^a. Fabiana de Oliveira Silva Sousa.
Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória.

Prof. Dr. Fernando Castim Pimentel.
Universidade Federal de Pernambuco, Campus Agreste, Núcleo de Ciências da Vida.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo infinito Amor, por me fazer sentir sua presença em cada passo e em cada obstáculo para meu aprendizado, nessa estrada de evolução que é a vida.

A meus pais, **Lizabeth Guimarães Damascena** e **Jonas Félix Damascena**, pelos principais valores cultivados em minha vida, pela atenção, cuidado e Amor que sempre dedicaram, e a minha irmã, **Daniele das Neves Farias**, que sempre torce muito por todas as minhas conquistas. A todos os meus familiares, em especial aos meus tios, **Lêda Guimarães Viana** e **Fábio Dias Guimarães**, os primeiros mestres da família, que me estimularam nos caminhos da pesquisa e que representam presença constante em minha vida.

A meu marido, **Diego Canuto Ribeiro de Araujo**, companheiro de tantos caminhos, pelo nosso Amor, pela sua presença tranquilizadora em minha vida, por me amparar nos momentos mais difíceis e por ser o maior incentivador dessa estrada trilhada através dos estudos, e, especialmente, desse mestrado. Aos meus sogros, **Flávia Maria Delgado de Araújo** e **Joaquim Canuto Ribeiro de Araújo**, por me receberem como filha e me acolherem sempre, de uma maneira que não tenho como expressar meu agradecimento.

Agradeço a minha orientadora, professora **Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque**, pela confiança e pelo aprendizado em todas as contribuições, em tantos momentos de construção desse trabalho. À minha coorientadora, **Dra. Dinalva Lacerda Cabral**, cuja parceria de trabalho e amizade surgiu desde a época da graduação, quando tive a oportunidade de adentrar pelos caminhos da pesquisa de campo, experiência que me trouxe segurança para o momento presente. Obrigada por me guiarem!

Agradeço à **Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa**, por todas as sugestões, correções e comentários que enriqueceram esse trabalho.

Às minhas amigas, em especial à **Georgia Rodrigues Reis e Silva**, pela amizade, carinho, paciência e pelas sábias contribuições nesse trabalho e à **Thamiris Maria Nascimento Cabral**, pelo companheirismo e apoio singular em uma questão de destaque da discussão.

À **Prefeitura Municipal de Jabotão dos Guararapes**, pela confiança depositada para cursar o Mestrado Profissional.

A todos que fazem parte do **Nasf de Jabotão dos Guararapes**, que fizeram o possível para essa pesquisa acontecer, pelo acolhimento com que me receberam sempre. Aos encontros inesperados com pessoas tão comprometidas em fazer um SUS melhor para todos. E, em especial, às amigas do Nasf 3 (**Claudia Maria de Oliveira Monteiro, Cristiane Barros Cavalcanti, Helena Renata Silva Cysneiros, Maria Claudia Gama Fialho e Simone Peres Bonachela**) do qual faço parte, por tornar a minha vida diária mais feliz e leve e por me apoiarem sempre, numa relação de confiança, não apenas como companheiras de trabalho, mas como uma verdadeira família.

Aos **professores do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública (2018-2020)**, por todas as sementes de conhecimento plantadas e aos **funcionários** do Instituto Aggeu Magalhães, pela atenção e compromisso. Aos **colegas da turma**, principalmente **Kadja de Fátima Pinheiro Freitas da Silva**, por compartilharmos angústias e conquistas.

À **Heloisa de Melo Rodrigues**, pela colaboração na análise estatística e disponibilidade.

A todos os **pacientes e familiares/cuidadores** que aceitaram participar da pesquisa, pelas reflexões trazidas nesse encontro representado pela prática profissional no SUS.

[...] existe um tempo para melhorar, para se preparar e planejar; igualmente existe um tempo para partir para a ação [...]

Amyr Klink

DAMASCENA, C. G. **Avaliação da resolutividade clínico-assistencial dos núcleos de apoio à saúde da família no município de Jaboatão dos Guararapes-PE.** 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a resolutividade clínico-assistencial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) do município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo longitudinal, com seguimento de usuários assistidos de forma compartilhada por profissionais atuantes nas equipes Nasf (EqNasf) do município estudado, compostas por assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física e psicólogos, no período de janeiro a outubro de 2019. Para avaliar a evolução clínica dos casos foi utilizado o Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Nasf (RCa-Nasf), aplicado em três momentos distintos, com intervalo de tempo de um a três meses entre as avaliações. Participaram deste estudo 28 profissionais, atuantes em seis EqNasf, sendo 92,9% mulheres. Também foram incluídos um total de 41 usuários, 53,7% eram do sexo feminino, 46,3% idosos, 51,2% tinham ensino fundamental incompleto, 48,8% eram hipertensos e 31,7% com demandas associadas à saúde mental. Os terapeutas ocupacionais atuaram em 75,6% dos casos estudados. Ao comparar os dados fornecidos pelo RCa-Nasf, observou-se que, na grande maioria dos componentes, houve diferença positiva e estatisticamente significativa em relação à evolução clínica dos indivíduos acompanhados pelas EqNasf, com registros de, no mínimo, 83,3% de resolutividade. Esses achados confirmam que as ações dos Nasf estudados contribuíram de forma expressiva para a melhoria da qualidade de vida dos usuários e, conseqüentemente, para a ampliação da resolutividade da Atenção Primária à Saúde. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o planejamento do processo de trabalho em saúde, potencializar as ações formativas dos profissionais do Nasf e estimular as práticas clínicas compartilhadas e a elaboração de novas pesquisas, em outras regiões do Brasil.

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

DAMASCENA, C. G. **Evaluation the clinical-assistance resolution of the Nasf in the municipality of Jaboatão dos Guararapes-PE.** 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the clinical assistance resoluteness of the Nasf in the municipality of Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. It is a longitudinal, quantitative survey, with follow-up of users assisted in a shared way by professionals working at Nasf teams of the studied municipality, composed of social workers, physiotherapists, speech therapists, nutritionists, occupational therapists, physical education professionals and psychologists, from January to October 2019. To assess the clinical evolution of the cases, Form for Evaluation and Monitoring of Nasf's Clinical-Care Resolutivity (RCa-Nasf) was used, applied at three different times, with an interval of one until three months between evaluations. 28 professionals participated in this study, working in six Nasf teams, 92.9% of whom were women. A total of 41 users were also included, 53.7% were female, 46.3% were elderly, 51.2% had incomplete primary education, 48.8% were hypertensive and 31.7% with demands associated with mental health. Occupational therapists worked in 75.6% of the cases studied. When comparing the data used by the RCa-Nasf, it was observed that in the most of the components, there was a positive and statistically significant difference in relation to the clinical evolution of users monitored by Nasf teams, with records of at least 83.3% of resoluteness. These findings confirm that the studied Nasf actions contributed significantly to improving the quality of life of users and, consequently, to the expansion of the Primary Health Care resoluteness. It is hoped that this research may contribute to the planning of health work, to enhance the training actions of Nasf professionals, to stimulate shared clinical practices and the development of new surveys in other regions of Brazil.

Keywords: Primary Health Care. Outcome and Process Assessment (Health Care). Family Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização do Nasf, a partir de sua estrutura, atividades e resultados esperados, Brasil, 2019.....	25
Quadro 2 - Matriz de casos ou situações prioritárias ao acompanhamento do Nasf, Brasil, 2017.....	37
Quadro 3 - Partes do RCa-Nasf e definições dos respectivos componentes, Brasil, 2017.....	40
Quadro 4 - Pontuação do RCa-Nasf por magnitude ou extensão do problema relacionado à saúde, Brasil, 2017.....	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pesquisa, avaliação e tomada de decisão.....	31
Figura 2 - Mapa do município de Jaboatão dos Guararapes e distribuição geográfica das Regionais por bairros.....	36
Figura 3 - Intervalo para acompanhamento dos casos prioritários.....	39
Figura 4 - Distribuição do conteúdo do RCa-Nasf, Brasil, 2017.....	40
Figura 5 - Etapas para o desenvolvimento da coleta de dados.....	42
Figura 6 - Fluxograma de seleção dos pacientes para a pesquisa, Brasil, 2019.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de profissionais das EqNasf por categoria, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.....	38
Tabela 2 - Características de usuários assistidos de forma compartilhada por profissionais do Nasf, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.....	45
Tabela 3 - Profissionais envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados e intervalo de tempo utilizado para aplicação do RCa-Nasf, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.....	53
Tabela 4 - Perfil dos profissionais das EqNasf envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.....	56
Tabela 5 - Evolução dos casos acompanhados pelas EqNasf, por componente do RCa-Nasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.....	59
Tabela 6 - Evolução dos casos acompanhados, por EqNasf, de acordo com componentes do RCa-Nasf e a percepção dos profissionais e usuários, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.....	63
Tabela 7 - Pontuações obtidas na 1ª e 3ª avaliação, por componente do RCa-Nasf, de acordo com a percepção dos profissionais das EqNasf e usuários, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AcesSUS	Grupo de Pesquisa em Redes Integradas de Saúde: Acesso, gestão do trabalho e educação
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade
AP	Atividades e Participação
APS	Atenção Primária em Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
DORT	Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
eAB	Equipe de Atenção Básica
eCR	Equipe de Consultório na Rua
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EqNasf	Equipe Nasf
ERF-CS	Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FE	Funções e Estruturas do corpo
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
JG	Jaboatão dos Guararapes
LC	Linha de Cuidado
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica

PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCa-Nasf	Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SFI	Aspecto Social, familiar e do indivíduo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVO GERAL	21
3.1 Objetivos específicos	21
4 REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1 Construção histórica dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família	22
4.2 Conceitos de resolutividade em saúde	26
4.3 Perspectivas de avaliação em saúde e a Análise de efeitos	29
5 CAMINHO METODOLÓGICO	35
5.1 Tipo de pesquisa	35
5.2 Local e período do estudo	35
5.3 Participantes do estudo	36
5.4 Critérios de seleção	37
5.4.1 Critérios de inclusão	38
5.4.2 Critérios de exclusão	38
5.5 Instrumentos e coleta de dados	38
5.6 Análise dos dados	42
5.7 Projeto de intervenção	43
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A - TCLE PROFISSIONAL DE SAÚDE	82
APÊNDICE B - TCLE USUÁRIO	84
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	86
APÊNDICE D – RELATÓRIO TÉCNICO	87
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	101
ANEXO B - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA RESOLUTIVIDADE CLÍNICO-ASSISTENCIAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (RCA-NASF)	103

1 INTRODUÇÃO

O uso dos termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido discutido por alguns autores. Para Giovanella (2018), o contexto é de reflexão sobre os avanços e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de compreender as ambiguidades dos objetivos defendidos pelas políticas relacionadas a essas concepções. Internacionalmente, o termo APS representa a porta de entrada prioritária para uma atenção robusta, oportuna e resolutiva, condizente com os sistemas públicos universais, sendo esse o que será adotado no presente estudo.

Desde o surgimento do SUS, em 1988, o Brasil tem vivenciado reformas e direcionamentos diversos. Nas últimas décadas, houve modificações legais, com novas deliberações do Ministério da Saúde (MS), com uma abordagem de interesse político, no intuito de realizar uma transformação da APS, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), que seria a porta de entrada do sistema, com progressiva substituição à rede tradicional existente, a exemplo das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que se transformariam em Unidades de Saúde da Família (USF) (PORTELA, 2017).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) apoiou o compromisso em defender o direito universal à saúde e a Constituição Federal de 1988, que materializou esse direito e o transformou em um dever do Estado, inserindo o SUS em seus artigos. Ao longo do tempo, alguns avanços importantes ocorreram, a exemplo da ESF, do sistema de transplantes, da vigilância e sistemas de informação em saúde, para o monitoramento e avaliação de políticas e programas no Brasil (PAIM, 2018). Apesar das ameaças:

Uma engenharia político-institucional criativa possibilitou a elaboração de normas operacionais básicas, pactos, programação pactuada integrada, plano de desenvolvimento da regionalização e plano diretor de investimentos que contribuíram para a sustentabilidade institucional do SUS e para a sua materialidade expressa em estabelecimentos, equipes, equipamentos e tecnologias (PAIM, 2018, p. 1724).

De acordo com Campos (2018), pensar o SUS que funciona em cogestão entre diferentes instâncias (federal, estadual e municipal), trabalhadores e usuários possibilitará a ampliação e o reforço da capacidade de fiscalização, planejamento e avaliação do SUS, além de participação efetiva dos diversos atores.

Para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços de saúde e ampliar as ações da APS no Brasil, a regionalização, a territorialização, abrangência e a resolutividade, o Ministério da Saúde criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), equipe de profissionais

de distintas áreas de conhecimento que representa a retaguarda especializada, com princípios e diretrizes próprios (BRASIL, 2010).

Em 2010, o Nordeste liderava em implantação de equipes Nasf (EqNasf), em relação às outras regiões do Brasil, com 621 EqNasf (MORETTI; FEDOSSE, 2016). Uma série histórica mostrou que, em Pernambuco, em 2008, no ano de criação do Nasf, havia 31 EqNasf e em 2016, 246 (MESQUITA; PARENTE, 2018). No Brasil, em 2018, o Nasf contava com 5.515 equipes (BRASIL, 2018).

A EqNasf deve apoiar a equipe de Saúde da Família (eSF), de forma estratégica, cooperativa e harmônica para alcançar uma assistência integral e resolutiva que tenha como foco o usuário dos serviços de saúde. O processo de trabalho é dinâmico e sofre influências de diversos fatores, inclusive do modelo assistencial adotado e das formas de cuidar, produzir e promover saúde (SILVA *et al.*, 2017).

O trabalho do Nasf tem como base, o referencial teórico-metodológico do matriciamento (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017), intervindo nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Na primeira dimensão, realiza diretamente ações clínicas ou coletivas com os usuários, enquanto na segunda, promove um suporte tanto para as equipes apoiadas, quanto para os comunitários, podendo atuar na análise das necessidades e problemas de saúde e na construção compartilhada de propostas de intervenção (BRASIL, 2014).

Essas dimensões são apresentadas de forma distinta, contudo, na prática encontram-se fortemente imbricadas. Segundo Brocardo *et al.* (2018), a atuação através do apoio matricial aumenta a integralidade e a resolutividade da APS, bem como a compreensão em termos de funcionamento das EqNasf com integração às eSF pode auxiliar, reconhecendo ações que contribuam para a operacionalização da atuação compartilhada entre essas equipes.

O matriciamento traz uma importante e inovadora proposta para a mudança do modelo assistencial. Entretanto, para que a transformação ocorra e alcance seus objetivos, faz-se necessário a superação de alguns entraves estruturais em relação à implementação de suas diretrizes (CASTRO; CAMPOS, 2016).

A possibilidade de espaços de negociação que promovam o encontro e diálogo precisa ser garantida, para potencializar ações cotidianas das eSF, com o favorecimento da problematização e estímulo às ações compartilhadas, com responsabilidade mútua e relações mais horizontais, para reflexão e adoção de estratégias que atuem nos problemas existentes e nas necessidades dos usuários (VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015).

A definição da composição da EqNasf ocorre, teoricamente, através das necessidades de saúde da população residente, no território adscrito e das eSF apoiadas, cuja responsabilidade pela produção do cuidado é compartilhada (SOUZA; CALVO, 2018).

No Brasil, a necessidade de institucionalizar a avaliação em saúde fez com que o MS estabelecesse o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), através da Portaria nº 1.654, que busca garantir um parâmetro de qualidade nas diferentes realidades de saúde, nacional, regional e localmente, oferecendo maior transparência e efetividade às ações de governo nesse nível de atenção, e ainda oferecendo incentivo financeiro, através do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica (PAB) (BEZERRA; MEDEIROS, 2018).

A partir de dados provenientes do 2º ciclo do PMAQ, o estudo de Brocardo *et al.* (2018) analisou o trabalho do Nasf no território nacional, levando em consideração a integração entre as EqNasf e eSF. A atuação matricial do Nasf foi caracterizada através das atividades desenvolvidas e, apesar de avanços e resultados satisfatórios, os autores apontam algumas lacunas que envolvem tanto aspectos operacionais, quanto assistenciais, como a qualificação e capacitação dos profissionais. Além disso, fazem destaque negativo em relação ao monitoramento dos indicadores em saúde, ao plano terapêutico e à atenção compartilhada. Os autores apontam que esses aspectos provavelmente afetam a qualidade do cuidado e a resolutividade na APS.

Os prováveis resultados alcançados pelo Nasf sofrem influência da diversidade de modelos de conformação e atuação desses núcleos. A heterogeneidade decorre de inúmeros fatores, desde a complexidade da APS, perpassando pelos próprios profissionais (sejam eles da eSF ou EqNasf), envolve modelos de atenção em saúde, gestão e interesses vigentes (ACIOLE; OLIVEIRA, 2017).

Pesquisas qualitativas realizadas em Pernambuco, tendo como objeto de estudo o Nasf, evidenciaram a atenção ofertada à população a partir de diferentes formas de organização, sendo elas: matricial, semi-matricial e assistencial-curativista. Vários aspectos estão envolvidos no cuidado, como a demanda advinda da necessidade de atendimentos e as circunstâncias em que ocorre o trabalho (NASCIMENTO, 2014), além de envolver recursos de práticas pregressas de programas municipais e a integração entre as equipes, tanto do Nasf quanto na interface Nasf-ESF (SOUSA, 2016).

Apesar da existência da avaliação realizada pelo PMAQ, não há um instrumento de uso cotidiano na rotina das EqNasf, que sirva de base para o trabalho. Uma revisão integrativa da literatura recente (VASCONCELOS *et al.*, 2018) aponta que são necessários maiores

estudos sobre a avaliação da resolutividade e efetividade da APS, devido à diversidade de métodos e instrumentos utilizados. A adoção de um parâmetro pode facilitar a avaliação dos resultados e, conseqüentemente, o direcionamento do planejamento das ações e melhoria dos serviços de saúde.

Ao abordar o papel da APS como um foco organizador dos sistemas de saúde, Starfield (2002) apresenta a função da atenção primária em alguns aspectos: por vezes envolve a cura, porém, na maioria das ocasiões está voltada ao cuidado dos pacientes até a resolução de seus problemas, estabilização ou pelo menos cessação da progressão. Quando nada disso é possível, promover conforto e funcionalidade até os limites de sua capacidade é um desafio para os profissionais de saúde.

O trabalho do Nasf envolve um cuidado que se traduz em ferramentas a serem utilizadas na vida cotidiana, seja na autonomia de um usuário que se movimenta melhor em seu domicílio ou no cuidador que se fortalece para promover um suporte melhor ao familiar acamado. Também pode estar refletido na mãe que apoia a criança que se desenvolve, acessando recursos que antes eram desconhecidos, ou mesmo na eSF que maneja melhor os seus casos, na discussão e compartilhamento, através dos conhecimentos específicos da EqNasf que ultrapassam o saber do médico, enfermeiro e dentista, trazendo aconchego e alívio ao paciente, na manutenção da funcionalidade.

A avaliação em saúde é uma maneira de racionalização da gestão e uma importante ferramenta para o monitoramento das ações, com a finalidade de subsidiar melhorias e elaboração de políticas públicas, trazendo uma análise da realidade e a viabilidade dos recursos e serviços a serem ofertados. Porém, no Brasil, essa prática no planejamento e implementação dos serviços públicos ocorreu de forma lenta (FEITOSA *et al.*, 2016).

O objeto de avaliação e estudo dessa pesquisa é o Nasf do município de Jaboatão dos Guararapes (JG), local de trabalho da pesquisadora responsável. A Rede Municipal de Saúde de JG, em consonância com as diretrizes do SUS, oferece seus dispositivos de APS e Atenção especializada em sete Regionais de Saúde, incluindo oito equipes Nasf, com profissionais concursados. O Nasf foi implantado no município em 2012, atuando com profissionais contratados, havendo a abertura de concurso e entrada de novos profissionais em 2015, com a ampliação das equipes em 2017 (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2017).

O objetivo do Nasf é ampliar a resolutividade das ações da APS, sua abrangência e promover o acesso à assistência em saúde da população, evitando encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atenção. Entretanto, os resultados ainda apontam

inexistência de efetividade das políticas previstas (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017). O presente estudo surge pela inquietação diante do desafio de avaliar a resolutividade clínica das equipes, que se constitui como uma das diretrizes do trabalho do Nasf.

O apoio matricial, voltado à dimensão clínico assistencial envolve uma atenção especializada e representa uma das atribuições da EqNasf, portanto, não é uma barreira a ser vencida, mas precisa ser ressignificado de acordo com os pressupostos teóricos, articular-se com o apoio técnico-pedagógico e outras estratégias e com o empenho dos profissionais do Nasf, eSF e da gestão. Além disso, a atuação compartilhada com as eSF vem sendo gradualmente valorizada, dialogando com a lógica ampliada das práticas em saúde do Nasf, que extrapolam os modelos centrados na figura do médico e de caráter curativo (MAFFISSONI *et al.*, 2018).

Parte-se do pressuposto que as ações compartilhadas pelos profissionais do Nasf na APS são capazes de produzir resultados positivos e significativos em relação à qualidade de vida (QV) das pessoas com problemas complexos de saúde e que o instrumento pode contribuir no processo de matriciamento dos casos.

Nesse contexto, propõe-se um estudo avaliativo que toma como questão norteadora: **Qual a resolutividade do Nasf no manejo clínico de usuários que necessitam de atendimento compartilhado?**

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam enormes demandas para a ESF (SILOCCHI; JUNGES, 2017), assim como os agravos de saúde mental, constituindo um desafio para as eSF. O apoio matricial do Nasf representaria uma resposta no campo da saúde mental e qualificaria o atendimento (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Para as DCNT, especificamente no caso dos idosos, Schenker e Costa (2019), destacam a atuação do Nasf em situações mais complexas, como potencializador do cuidado integral.

A atuação do Nasf ocorre em áreas estratégicas (BRASIL, 2010) e uma pesquisa realizada por Seus *et al.* (2019), com base em inquérito nacional relacionado às ações direcionadas às pessoas com DCNT mostrou contribuição em vários aspectos. A avaliação e reabilitação de condições psicossociais foram as mais realizadas, com 90,8%, a segunda ação com maior frequência foi o tratamento e reabilitação de agravos relativos à alimentação e nutrição, com 89,5%. Já as ações de promoção de práticas corporais e atividade física eram realizadas por 84,6% das EqNasf. Os autores enfatizam o papel relevante das EqNasf na possibilidade de impactar o cuidado em saúde desses indivíduos.

No cenário atual, há a necessidade de comprovar a resolutividade do Nasf e o risco de extinção com a portaria nº 2.979/2019 (BRASIL, 2019a) que revogou as normativas do financiamento federal desses Núcleos, bem como as formas de vinculação às equipes de saúde.

Em relação aos estudos de avaliação de resultados do Nasf ainda existe uma lacuna, quantos aos efeitos sobre as populações assistidas e às equipes apoiadas (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; MELO *et al.*, 2018; SOUZA; CALVO, 2018), bem como a melhoria da qualidade das ações (SOUZA; MEDINA, 2018). Sob essa perspectiva e com o objetivo de estudar o Nasf, uma série de estudos (CABRAL, 2017; LIRA, 2017; NASCIMENTO, 2014; SOUSA, 2016) foi desenvolvida pelo grupo AcesSUS, e o presente estudo é uma continuidade deles.

Além de fornecer dados quantitativos sobre a resolutividade das ações do Nasf, que são relevantes para os profissionais das EqNasf eSF, gestores e usuários, espera-se que a pesquisa aqui proposta possa subsidiar ações formativas para o matriciamento dos profissionais, estimulando a cultura de avaliação e as práticas clínicas compartilhadas e colaborando para o fortalecimento da APS do município de Jabotão dos Guararapes e a melhoria da qualidade das ações em saúde da população assistida pelo Nasf.

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar a resolutividade clínico-assistencial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Jaboatão dos Guararapes-PE.

3.1 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o perfil dos profissionais do Nasf de Jaboatão dos Guararapes e dos usuários assistidos por eles;
- b) Avaliar o resultado das ações clínico-assistenciais do Nasf, por meio do RCa-Nasf;
- c) Verificar a resolutividade por EqNasf de Jaboatão dos Guararapes;
- d) Sistematizar as possibilidades de utilização do RCa-Nasf para o matriciamento.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A sistematização do conhecimento acerca do tema considerou inicialmente os documentos existentes sobre o trabalho do Nasf, constituindo o objeto a ser estudado. Para a pesquisa da literatura presente, partiu-se da definição das palavras-chave e dos descritores em saúde (DeCs) nas principais bases de dados em relação à temática, leitura de artigos correlatos e teses.

Na primeira parte, serão apresentadas as informações referentes ao surgimento desse Núcleo e os elementos que o compõem. Na segunda parte, os conceitos de resolutividade em saúde e em seguida, as perspectivas da avaliação em saúde e a análise de efeitos.

4.1 Construção histórica dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

A proposta do Nasf é pioneira no Brasil. Possui documentos que orientam a prática dessa equipe e a forma de inserção na APS (GONÇALVES *et al.*, 2015). O Nasf surgiu através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março do mesmo ano, para apoiar as eSF e a inserção em rede, e com o intuito de ampliar a abrangência e as ações da APS, sua resolutividade, a territorialização e regionalização (BRASIL, 2010, 2014). No início, possuía duas modalidades, Tipo 1, com suporte a, no mínimo, 8 e no máximo 20 eSF e custeio de R\$ 20 mil; e o Tipo 2, vinculado a 3 a 7 eSF e custeio de R\$ 6 mil (BRASIL, 2018b).

Com a preocupação em relação à redução da mortalidade infantil, em 2009, ocorreram Oficinas de Qualificação dos Nasf no Distrito Federal e Estados (BRASIL, 2010a) e em 2010, foi publicado o Caderno de Atenção Básica nº 27, com as Diretrizes do Nasf. A Portaria nº 2.488, em 2011, criou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com novas categorias profissionais (de 13 passaram a existir 19 profissões), reduziu o número de equipes vinculadas ao Nasf 1 para 8 a 15 Esf, e aumentou o custeio do Nasf 2 para R\$ 8 mil (BRASIL, 2012).

O Nasf 3 foi criado pela Portaria nº 3.124, em 2012, e os parâmetros de vinculação dos Nasf 1 e 2 foram redefinidos. O Nasf 1 passa a ser vinculado a 5 a 9 eSF e o Nasf 2 para 3 a 4 eSF (BRASIL, 2012a). Em 2013, uma Portaria específica nº 548 definiu o valor do custeio do Nasf 3 em R\$ 8 mil e aumentou o custeio do Nasf 2 para R\$ 12 mil. Nesse mesmo ano, a Portaria nº 562 incluiu a participação do Nasf no 2º ciclo do PMAQ-AB, definindo o incentivo de adesão de acordo com a modalidade implantada (BRASIL, 2014).

As “Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do Nasf” foram lançadas em 2014, pelo Ministério da Saúde no Caderno da AB, nº 39 (BRASIL, 2014) e desde 2015, cursos de Apoio Matricial na AB com ênfase no Nasf têm sido ofertados, ocorrendo através de parceria entre o MS e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) (BRASIL, 2018a).

A emergência em Saúde Pública devido aos casos de microcefalia, em 2016, trouxe a Portaria 1.171, credenciando equipes de Nasf em municípios com casos confirmados e posteriormente, houve a publicação da cartilha para a Estimulação Precoce na AB (BRASIL, 2016), no contexto da síndrome congênita por zika vírus e o Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia (BRASIL, 2018b).

A nova PNAB foi publicada através da Portaria nº 2.436, em 2017, e os Nasf são denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e AB - Nasf-AB (BRASIL, 2017). Os Núcleos devem apoiar não apenas às eSF, mas às equipes de Atenção Básica (eAB) existentes, a tradicional UBS. Morosini, Fonseca e Lima (2018) mostram preocupação no incentivo a antigas configurações da AB, quando a ESF deveria ser prioridade para organização do SUS.

Além disso, livros específicos de apoio técnico foram lançados em Atenção Nutricional, Práticas em Reabilitação e Práticas Farmacêuticas. Eles não são impositivos para a prática, mas norteadores do processo de trabalho nas áreas de atuação (BRASIL, 2018b).

Em 2018, o Nasf comemorou 10 anos de existência, possuía mais de 25 mil trabalhadores, atuando em 70% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2018a).

Com o resgate histórico sobre o Nasf, percebe-se que ao longo do tempo o número de categorias profissionais em sua composição aumentou, a quantidade de eSF apoiadas a cada modalidade adotada foi readequada, assim como o custeio. Além disso, de acordo com as necessidades da população e emergências decorrentes das situações epidemiológicas vigentes, como a mortalidade infantil e a microcefalia, as equipes foram qualificadas e publicações foram lançadas, visando dar suporte clínico e pedagógico, contudo, permanecem alguns desafios.

Os obstáculos a serem superados são apontados nas Diretrizes do Nasf, mostrando aspectos cruciais, como a necessidade de contribuição para o aumento da resolutividade e o cuidado coordenado e integrado na APS, visto que o Nasf apoia as eSF e compartilha com ela alguns desafios e responsabilidades comuns (BRASIL, 2010).

O apoio matricial qualifica as equipes e colabora para o aumento da resolutividade, nas suas dimensões de suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial. Atua como apoio

educativo, ampliando a clínica das eSF, seja debatendo os casos ou compartilhando atendimentos e grupos. A dimensão assistencial ocorre diretamente com os usuários, ampliando o acesso e o escopo das ações ofertadas na APS, qualificando-a diante da complexidade de vida dos indivíduos e do processo saúde-doença. O trabalho facilita a definição das situações que serão acompanhadas pela equipe de referência, das que precisam da equipe apoiadora ou dependendo da gravidade passarão a ser referenciadas para a rede especializada ou outras áreas, como a educação (CAMPOS *et al.*, 2014).

Além dessa visão mais tradicional acerca do apoio matricial desenvolvido pelas EqNasf, no estudo de Arce e Teixeira (2017), as atividades e instrumentos de trabalho do Nasf são citados pelos profissionais, com referência às ações clínicas (compartilhadas, atendimento em grupo) e destaque para os “instrumentos imateriais” existentes, como a comunicação, a criatividade e a preocupação com questões sociais.

Na mesma perspectiva relacionada à atuação do Nasf, dentre as ações propostas está o acompanhamento longitudinal de casos, após o estabelecimento de critérios com as eSFs. A longitudinalidade do cuidado pressupõe uma relação de vínculo entre os profissionais e usuários, com responsabilidade e continuidade das intervenções de maneira constante e sólida ao longo do tempo. A história de vida dos usuários e fatores que interferem na sua saúde é valorizada, minimizando os riscos de iatrogenia e a falta de coordenação do cuidado, além de possibilitar o acompanhamento dos efeitos das intervenções em saúde (BRASIL, 2017a).

Existem algumas recomendações em relação à organização do Nasf (BRASIL, 2010, p.36):

Mecanismos de monitoramento e avaliação das ações do Nasf, considerando a análise dos processos e dos resultados sob a ótica de que estão associados à dimensão assistencial do apoio matricial (como o número de casos atendidos, seja individual ou compartilhado, nas UBS ou em domicílio, por exemplo) e às ações de suporte técnico-pedagógico (como a melhoria da resolutividade das equipes vinculadas a partir de ações de discussão de casos ou atendimento conjunto com a eSF/eAB, por exemplo).

No quadro 1, estão ilustrados os elementos de composição do Nasf: a estrutura, as atividades, o processo e os resultados, sua organização e as relações estabelecidas na APS. Ele foi elaborado antes da publicação da Portaria número 2.979 de 2019.

A partir desse quadro, percebem-se as conformações em relação à organização do Nasf, as categorias que podem compor as equipes, os públicos-alvo aos quais se direcionam as atividades, as ferramentas tecnológicas utilizadas, pressupostos, princípios e diretrizes. Também é comentado como e onde ocorre o trabalho e em que áreas estratégicas, além dos conceitos que regem a prática, assim como os resultados esperados, sendo esses últimos o

foco desse estudo. Esse quadro permite uma melhor visualização para compreensão dos conceitos que serão explorados na seção seguinte.

Quadro 1 - Organização do Nasf, a partir de sua estrutura, atividades e resultados esperados, Brasil, 2019.

Variáveis	Elementos	Caracterização	
Estrutura	Modalidades	Tipo 1	Vinculada a 5 a 9 eSF** e/ou eAB*** para populações específicas (eCR****, equipe ribeirinha e fluvial)
		Tipo 2	Vinculada a 3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)
		Tipo 3	Vinculada a 1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)
	Equipe multiprofissional e interdisciplinar	Poderão compor o Nasf 19 categorias profissionais: Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico (Acupunturista; do Trabalho; Geriatra; Ginecologista/Obstetra; Homeopata; Internista; Pediatra; Psiquiatra); Médico Veterinário; Nutricionista; Psicólogo; Terapeuta Ocupacional; profissional com formação em arte e educação (Arte educador) e profissional de saúde Sanitarista, graduado na área de saúde, com pós-graduação em saúde coletiva ou pública, ou com graduação direta em uma dessas áreas, conforme normativa vigente.	
	“Públicos-alvo” diretos	As equipes de SF/AB/População específica e os usuários do SUS em seu contexto de vida.	
	Não estabelecem serviços com unidades físicas independentes ou especiais, atuam como uma “equipe itinerante”.	Utilizam a estrutura das Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas e o território da comunidade a que está vinculada.	
	Ferramentas tecnológicas (apoio à gestão e apoio à atenção).	Pactuação do Apoio, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial e Clínica Ampliada.	
Pressupostos	Conhecimento; Gestão das equipes; Coordenação do cuidado.		
Princípios e diretrizes	Território, Educação Popular em Saúde, Interdisciplinaridade, Participação Social, Intersetorialidade, Educação Permanente em Saúde, Humanização, Promoção da Saúde, Integralidade.		
Atividades	Suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).	Realizar planejamento conjunto com as eSF e eAB, discussão de casos, atendimento individual e em grupo, atendimento compartilhado, interconsulta, visitas domiciliares, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, apoio às ações do Programa Saúde nas Escolas (PSE), alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.	
Processo	Apoio matricial	Clínico-assistencial: atendimentos e ações (USF, domicílio, território), individuais, em grupo, compartilhadas ou não.	
		Técnico-pedagógico: discussão de casos, estratégias, ações e condutas, planejamento conjunto, reuniões, pactuações de intervenções, construção de PTS, compartilhamento de conhecimentos, ações educativas.	
	Trabalho de forma horizontal e interprofissional com os demais profissionais.	Não constituem livre acesso para atendimento individual ou coletivo, devendo ser regulado através de pactuação com as eSF e eAB.	
	Áreas estratégicas	Saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; Serviço Social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares.	
Conceitos que embasam a prática dos Nasf	Territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe, integralidade, autonomia dos indivíduos e coletivos.		
Resultados	Alcançar a Longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população, integralidade e resolutividade.	Cuidado integral aos usuários do SUS, por meio da ampliação da clínica, contribuindo para o aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, sejam eles clínicos e/ou sanitários.	

Fonte: A autora, a partir de Brasil (2010, 2012a, 2014, 2017, 2018b).

Notas: **Equipe Saúde da Família. *** Equipe de Atenção Básica. **** Equipe Consultório na Rua.

4.2 Conceitos de Resolutividade em Saúde

O interesse por esse tema teve início na década de 80 e tem sido estudado e aprofundado ao longo do tempo, conforme veremos nos parágrafos seguintes.

Possui alguns sinônimos, como: capacidade resolutiva, resolubilidade e resolução de problemas. De acordo com Siméant (1984), a palavra capacidade resolutiva apareceu para designar a capacidade de satisfazer a necessidade de atendimento solicitado no território de sua responsabilidade, ou seja, de absorver o número de atenção solicitada (aspecto quantitativo) e resolver os casos atendidos (aspecto qualitativo). Muitos estudos posteriores utilizaram essa mesma definição.

Resultados são mencionados por Donabedian (1986, p. 324) como “as consequências da atenção (ou da falta dela) na saúde daqueles que a recebem (ou deixam de recebê-la)”. Halal *et al.* (1994), definem resolutividade como a capacidade do serviço de solucionar a maioria dos problemas que lhe são apresentados, e associa a resolutividade com a disponibilidade de medicamentos no posto de saúde.

Em uma ampliação do conceito, resolutividade é referida como a capacidade de alterar de modo positivo a condição de saúde de um indivíduo, família ou de um grupo, com a possibilidade de avaliar os resultados das ações empreendidas (DEGANI, 2002). Diante do novo modelo assistencial, as práticas impactam os resultados a serem alcançados, ao lado dos usuários e na resolução dos problemas de saúde. O trabalho tem uma lógica instrumental e outra lógica relacional, com diferentes tecnologias, sejam elas leves, leve-duras ou duras (MERHY; FRANCO, 2003).

O conceito de resolutividade também é abordado em aspectos de alguns serviços especializados. Gentil, Leal e Scarpi (2003) relacionam resolutividade ao resultado do atendimento realizado ao usuário, em relação ao que motivou a procura do serviço e a satisfação dos clientes. Antunes, Toporcov, Wunsch-Filho (2007) falam sobre os indicadores de resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal (o problema foi diagnosticado ou resolvido independente do nível de atenção à saúde).

Nesse mesmo aspecto, Bulgareli *et al.* (2014) refletem acerca da conclusão do tratamento odontológico iniciado. O destaque é que o achado encontrado aponta para maior resolutividade na ESF do que na UBS, mostrando que o vínculo, a capacidade de acessar a população no território e acompanhar de forma mais próxima e longitudinal o usuário poderiam estar associadas a esse resultado.

O que foi encontrado amplia o significado dos indicadores de desempenho do PMAQ em relação à resolutividade que são: o percentual de encaminhamentos para serviço especializado e a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas (BRASIL, 2017b).

Um estudo comparativo de Martins *et al.* (2016) entre unidades de saúde com e sem Estratégia de Saúde da Família observou melhor desempenho daquelas com ESF nos atributos longitudinalidade, integralidade (serviços prestados) e orientação comunitária, em relação às unidades básicas tradicionais.

No atributo longitudinalidade, os achados indicam que a eSF favorece maior vínculo com o usuário, devido ao contato mais próximo e contínuo das suas práticas assistenciais (consultas na unidade, visitas domiciliares) e pedagógicas (grupos e outras atividades), bem como das discussões dos casos nas reuniões de equipe. O atributo integralidade mostra com destaque as ações de orientação e prevenção na ESF, e a orientação comunitária é vista de forma geral, através do processo de trabalho da própria eSF e o vínculo com a população atendida. Os autores apontam que a organização do processo de trabalho desenvolvido na ESF agrega qualidade à APS (MARTINS *et al.*, 2016).

A resolutividade pode ser percebida pelo usuário frente à resolução dos problemas de saúde e atendimento às suas demandas, e seus resultados podem auxiliar na avaliação dos serviços de saúde. Turrini, Lebrão e César (2008) afirmam que a resolutividade abrange diversos aspectos como a acessibilidade aos serviços e a tecnologia empregada, a constituição dos recursos humanos, a existência de um sistema de referência e contra referência e a resposta às demandas de saúde da população. Além disso, consideram as características demográficas e satisfação dos clientes, assim como a adesão ao tratamento.

Quando o olhar se volta sobre a resolutividade dos serviços de saúde, observa-se que está diretamente relacionada à capacidade de organização desses serviços, que são amplos, complexos e dinâmicos, necessitando de profissionais capacitados que atuem para atender e acolher o usuário em suas demandas, e utilizar as possibilidades do sistema de saúde (KEMPFER *et al.*, 2011).

Ao estudar a resolutividade na assistência, Rosa, Pelegrini e Lima (2011, p. 350) observam como:

[...] a resposta satisfatória que o serviço de saúde fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Essa resposta não compreende exclusivamente a cura de doenças, mas também o alívio ou minimização do sofrimento e a promoção e manutenção da saúde.

Para que um serviço seja resolutivo, ele precisa solucionar os problemas dos pacientes ou encaminhá-los quando não conseguir atender a demanda de saúde dos usuários e se faz necessário que o sistema de referência e contra referência funcione de maneira adequada (COSTA *et al.*, 2014; ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011; TORRES *et al.*, 2012).

Em sua tese de doutorado, Sousa (2016), aponta a avaliação da resolutividade no âmbito do Nasf a partir de três aspectos: perspectiva normativa em relação aos objetivos estabelecidos para cada serviço de saúde, satisfação da população alvo, e o impacto sobre a funcionalidade e qualidade de vida da população atendida.

Ainda na perspectiva da resolutividade relacionada ao Nasf e as eSF, outro estudo também desenvolvido no nordeste do Brasil utiliza o sinônimo resolubilidade e afirma que envolve o trabalho em equipe multiprofissional como gerador de autonomia e produção de cuidado, dialogando com os fatores que facilitam e dificultam esse trabalho, como a integração entre a equipe e as condições físicas do ambiente, respectivamente (COSTA *et al.*, 2014).

Almeida, Marin e Casotti (2017) mostram a resolutividade da APS como a capacidade das equipes responderem de forma oportuna às necessidades dos usuários. O diálogo entre os profissionais da rede aumenta essa capacidade de resposta, e o uso de tecnologias para o intercâmbio dessas informações é referido através de contato telefônico e internet. Outros aspectos se apresentam de forma relevante na coordenação do cuidado, como a valorização do ponto de vista do usuário, como também o suporte do apoio matricial para o aumento da resolutividade, continuidade do cuidado e qualidade da atenção.

A ênfase no impacto positivo na perspectiva de melhoria da QV do usuário após a intervenção do Nasf foi estudada por Cabral (2017), que desenvolveu o RCa-Nasf. A ampliação da resolutividade acontece através das atividades desenvolvidas pelo Nasf, gerando resultados intermediários, que vão desde a captação das demandas até a satisfação dos usuários, levando ao resultado final que se relaciona à melhora da funcionalidade e QV das pessoas assistidas.

Corroborando com os achados comentados acima e ampliando o objeto para a APS, um sistema resolutivo e efetivo requer avaliação positiva das suas ações e serviços pelos usuários. “A compreensão da resolutividade na APS mediada pela literatura envolve 4 fatores: a) oferta de serviços; b) infraestrutura; c) acolhimento; e d) coordenação da atenção”. (VASCONCELOS *et al.*, 2018, p. 71).

De acordo com a PNAB, publicada em 2017, a Resolutividade é uma característica do processo de trabalho na APS e uma diretriz do SUS, ao utilizar e articular:

Diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), quando necessário (BRASIL, 2017, p. 9).

As equipes multiprofissionais atuam com protagonismo e responsabilidade, agindo de forma criativa e flexível. Além dos profissionais, os gestores têm a possibilidade de compreender as expectativas dos usuários através da análise de necessidades e do processo de trabalho desenvolvido nos serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2014). As mudanças na produção de saúde, de forma a impactar os resultados, ocorrem através da Transição tecnológica, quando o trabalho instrumental (morto), se transforma em trabalho relacional (vivo), pautado em tecnologias leves, ressignificando as práticas, ao lado dos usuários, no atendimento às suas dificuldades (FRANCO; MERHY, 2012).

Os conceitos sobre a resolutividade perpassam diversos significados, porém no presente estudo não irá se referir apenas à cura de doenças e/ou redução dos encaminhamentos para o setor especializado, mas será visto de uma maneira mais ampla, considerando o impacto positivo na vida dos usuários, na condição de saúde e funcionalidade.

Diante dos conceitos apresentados pelos diversos autores e os fatores que interferem ou se relacionam à resolutividade em saúde, adotaremos o conceito de Rosa, Pelegrini e Lima (2011), para compreendermos a avaliação da resolutividade nesse estudo.

4.3 Perspectivas de Avaliação em Saúde e a Análise de efeitos

Avaliação em saúde é um termo polissêmico, que exige a explicitação teórica e metodológica, tanto de gestores quanto de pesquisadores. Ampliar o conceito de avaliação busca superar a dicotomia da abordagem quantitativa versus qualitativa (HARTZ; SILVA, 2005).

A definição de avaliação apresentada por Contandriopoulos (2006) considera que:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, empregando dispositivos que permitam fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, de modo que os diferentes atores envolvidos possam manter a posição sobre a intervenção e construir (individual ou coletivamente) um julgamento sobre a mesma que possa se traduzir em ações (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706).

A discussão sobre oposição e cooperação entre Planejamento e Avaliação em Saúde resgata o contexto latino-americano dos estudos, com o início nos Estados Unidos, ao final da década de 1970 e da expansão em outros países como a Argentina, com Mario Testa, Chile, com Carlus Matus e no Canadá com Mintzberg, Ahlstrand, Lampel. Ainda nos traz a importância da influência do trabalho de Donabedian, no final dos anos 1980 para Avaliação no Brasil. Na área da saúde, a importância da Avaliação e do Planejamento está no compromisso em minimizar o sofrimento e atender às demandas e necessidades das populações. Dessa forma, há mais sinergias do que contendas, pois, os beneficiários são coletivos e eles representam meios de resistência para a opressão da capacidade de reflexão e análise (FURTADO *et al.*, 2018).

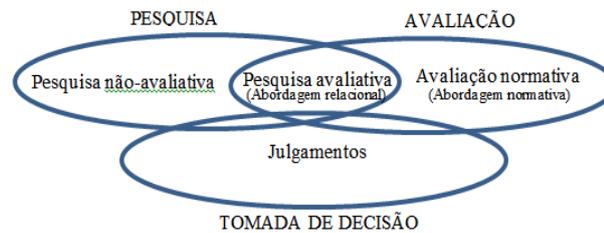
De acordo com Santos e Cruz (2014), monitoramento e avaliação representam um contínuo, e a diferença entre eles ocorre na complexidade da análise, pois o monitoramento possui a capacidade de examinar a hipótese existente entre a relação de causa e efeito, ou seja, se as atividades estão sendo realizadas e qual a abrangência dos efeitos (produtos, resultados e impactos) de um programa. Já a avaliação corresponde a possibilidades de julgar o valor de um programa ou intervenção, esclarecendo sobre o alcance ou não dos efeitos.

Avaliar representa julgar o valor em relação a uma intervenção para auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser elaborado a partir de uma metodologia científica (pesquisa avaliativa), visando à produção de conhecimento científico em saúde e ao estudo da ação em seu cotidiano (HARTZ, 1997). A análise dos efeitos, contemplada na pesquisa avaliativa, se preocupa pelos efeitos prováveis de uma intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Dois tipos de avaliação atuam sobre uma intervenção, a avaliação normativa ou a pesquisa avaliativa. Essa última abordagem utiliza procedimentos científicos e o objetivo é fazer um julgamento posterior a uma intervenção, baseada na pesquisa ação e na estatística. Avalia se a intervenção é pertinente, reproduzível ou factível, relacionando-a com o contexto existente e a influência do mesmo sobre os efeitos (SANCHO; DAIN, 2012).

A pesquisa avaliativa tenta compreender as relações causais nos diferentes componentes da intervenção. A pesquisa e a avaliação se sobrepõem parcialmente e auxiliam no julgamento e na tomada de decisão, conforme figura 1.

Figura 1 - Pesquisa, avaliação e tomada de decisão.



Fonte: Champagne *et al.* (2011).

A análise dos efeitos aparece como parte da pesquisa avaliativa e se preocupa com as relações existentes entre as causas de uma intervenção e os efeitos produzidos, e esses, por sua vez, são mais amplos que os objetivos almejados pelos seus idealizadores. Uma intervenção pode apresentar efeitos positivos, negativos ou nulos, desejados e previsíveis. Qualquer que seja esse resultado representa um efeito. O avaliador define o que são os efeitos, quais serão medidos e em que momento. É necessária a possibilidade de explicação da escolha dos efeitos a medir e o objeto de atuação pode ser analisado em laboratório ou diretamente na população, cuja eficácia é denominada populacional. Os comportamentos dos profissionais e dos usuários podem variar como também a acessibilidade ao tratamento, o que pode reduzir a eficácia de intervenção. Uma intervenção é um encadeamento de ações que une estruturas, processos e resultados (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a).

No SUS, torna-se um desafio identificar os principais problemas de saúde da população e definir as intervenções necessárias. A avaliação é uma ferramenta nesse processo e o plano de atuação permitirá acompanhar as situações, sua transformação ao longo do tempo, e a correlação com os objetivos propostos. A avaliação dos resultados irá auxiliar o planejamento e a orientação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A utilização dos resultados é um conceito multidimensional, que vem evoluindo, e inclui várias dimensões, entre elas a instrumental, conceitual, tática e simbólica e se preocupa com o contexto e as mudanças que decorrem do processo de avaliação (CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; TANON, 2011). Os resultados das avaliações poderiam contribuir para julgar de maneira mais adequada a situação, e conseqüentemente as decisões. Nesse contexto, a institucionalização aparece como uma forma de melhorar o sistema de saúde e a eficiência dos cuidados (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A produção científica sobre avaliação em saúde nos serviços de APS vem sendo estudada no Brasil. Uma revisão integrativa da literatura (NICOLA; PELEGRINI, 2018) demonstra que os resultados dessas avaliações servem de subsídios aos gestores e as equipes em relação ao planejamento, monitoramento dos resultados e a orientação de suas práticas em

saúde. Destaca que o aperfeiçoamento da utilização de instrumentos e métodos que promovem a reorganização das práticas de atenção à saúde possibilita a efetivação da institucionalização da avaliação em saúde.

O investimento na institucionalização como incorporação da avaliação ao cotidiano dos serviços vem da necessidade de qualificar a APS, fortalecendo a capacidade técnica e o processo decisório nos diversos níveis do sistema de saúde e de formação dos sujeitos envolvidos (gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa) subsidiando o planejamento e a gestão, em coerência aos princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) em suas várias dimensões: gestão, cuidado e impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

A hipótese explorada por Contandriopoulos (2006) é que o objetivo da institucionalização da avaliação consiste em melhorar o sistema de saúde, entretanto, para que um julgamento seja verdadeiramente crítico, precisa seguir critérios bem definidos, permitindo a participação dos diversos atores, para que a informação produzida contribua na racionalização dos processos de decisão. Pode se tornar um instrumento de liberação, transformação e inovação, devendo ser orientada para a ação, criando a oportunidade de aprendizado diversificado.

No Brasil, o PMAQ traz essa institucionalização e possui como instrumento a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ) da AB (TEIXEIRA *et al.*, 2014). O módulo IV do PMAQ, na subdimensão I contém os dados específicos para o Nasf, com perguntas relacionadas ao Apoio Matricial, envolvendo questões como o planejamento das ações, organização da agenda e atenção compartilhada, entre outros (LIMA *et al.*, 2019), porém, ele não é capaz de avaliar todas as variáveis e componentes da APS, como está sendo a implementação e efetividade das ações, produzindo os resultados esperados (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

A literatura aponta para a necessidade de avaliação e monitoramento do trabalho do Nasf que analisem os resultados obtidos, sobretudo da integração entre EqNasf às eSF, com fortalecimento do apoio matricial. Compreender a organização do novo modelo assistencial e as relações existentes é indispensável, para entender o Nasf enquanto dispositivo de apoio na APS e não apenas como uma equipe de especialistas (SOUZA; CALVO, 2018).

Em conformidade com a PNAB (BRASIL, 2017), os profissionais de saúde devem participar de reuniões de equipe, discutindo e planejando, com base nas informações disponíveis, avaliando as ações, para reorganização do trabalho. A prática da avaliação,

monitoramento e planejamento em saúde deve ser fomentada em todas as esferas do governo, constituindo uma de suas responsabilidades.

A chegada do Nascf, caracterizado como dispositivo de mudança traz alguns avanços, como produção de cuidado ampliado, aumento do “cardápio de ações”, melhoria da QV dos usuários e permite a reflexão sobre o processo de trabalho (VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015).

Os estudos sobre QV abordam diferentes aspectos, englobando conceitos, temas relacionados à QV no trabalho, na saúde ou características relacionadas a determinadas categorias, como ciclos de vida (saúde da criança e do adolescente, da mulher, do idoso) e patologias (doenças infectocontagiosas, distúrbios cardiovasculares, dentre outros). Há a utilização de instrumentos genéricos e específicos para avaliação (LANDEIRO *et al.*, 2011).

A QV pode ser percebida pelo indivíduo sobre a posição que ele ocupa na vida, em relação à cultura, aos sistemas de valores vivenciados por ele, suas metas, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A importância da avaliação de QV vem aumentando como medida de avaliação de resultados de tratamentos na área da saúde. Como representa um construto com conceito abrangente e complexo e possui inter-relacionamento com o meio ambiente e aspectos físicos, psicológicos e sociais, o significado apresentado pelo Grupo Whoqol valoriza a percepção do paciente (FLECK, 2000).

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é um conceito multidimensional comumente usado para examinar o impacto do estado de saúde na QV do indivíduo (YIN *et al.*, 2016).

Os estudos relacionados à QVRS também trabalham com o desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação, genéricos e específicos. Empreende esforços para melhorar a saúde dos pacientes, compreendendo o impacto físico, social e emocional das doenças na vida deles. Além da questão fisiológica da doença, podem avaliar o desfecho clínico, os agentes farmacêuticos e a tecnologia médica empregada. É importante conhecer como os pacientes enxergam sua saúde e quais são as expectativas em relação ao sistema, para tomada de decisão e projeção da política de saúde, alocação racional de orçamento e implantação adequada dos recursos para melhoria dos serviços (JANODIA, 2016).

Como se pode perceber, QV traz um conceito multidimensional e subjetivo que inclui desde as necessidades mais primárias como alimentação, moradia e saúde, quanto às questões relacionadas à satisfação pessoal, aspectos sociais e ambientais envolvidos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). A interação da capacidade funcional com a QV tem sido estudada, e a

funcionalidade reflete a autonomia, e a possibilidade de autocuidado do indivíduo, com atuação de forma independente em sua vida (CARVALHO *et al.*, 2011) incluindo aspectos individuais, como o desempenho de uma atividade e sociais, representados pela participação no contexto da vida, em suas diferentes situações (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Nesse estudo, será adotado o conceito de QV sob a perspectiva dos múltiplos aspectos que compõem a vida do indivíduo e sua relação com a funcionalidade. Um estudo qualitativo sobre as práticas de grupo do Nasf (FERNANDES; SOUZA; RODRIGUES, 2019) revelou que a maior parte dos participantes relata satisfação com os resultados das atividades, trazendo melhorias positivas na QV dos usuários. Há inúmeros ganhos, como redução da dor física e da utilização de medicação antálgica, novas relações sociais e aumento do vínculo, do bem-estar e da capacidade funcional. O impacto pode ser percebido na manutenção da saúde, no fortalecimento de um cuidado mais autônomo e na extensão dos benefícios gerados em sua rede social.

Em relação ao objeto de estudo da pesquisa, o Nasf, não há um instrumento de utilização única para avaliação da prática clínico-assistencial cotidiana, que possa nortear o trabalho. Com a tentativa de suprir essa lacuna foi criado o RCa-Nasf, por Cabral (2017) e o grupo de pesquisa AcesSUS, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco (PE). Esse instrumento inédito, produto dessa tese de doutorado, contempla avaliação e monitoramento da dimensão clínico-assistencial do apoio matricial do Nasf e valoriza o olhar do profissional sobre a condição de saúde do usuário, bem como a percepção dele diante das queixas e fatores que estão influenciando sua saúde.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

Um ponto importante a ser destacado é a implicação da pesquisadora em relação ao seu objeto, o Nasf, pois a mesma compõe uma das equipes do Município de JG. Com base na literatura pesquisada acerca do tema, algumas reflexões foram realizadas.

A relevância científica de um estudo é confrontada quando se trata de um pesquisador que atua sobre o objeto como um sujeito implicado. Por conseguinte, é preciso entender que o posicionamento como tal, não demanda a exclusão dos procedimentos metodológicos necessários ao desenvolvimento da pesquisa, mas permite colocar outros elementos significantes na produção do conhecimento. Não há possibilidade de neutralidade na ciência, pois nenhuma ciência é realizada sem interesse. Porém, é necessário se colocar como sujeito que atua sobre o objeto, que interage e constrói com a práxis (MARTINS FILHO; NARVAI, 2013).

O sujeito implicado questiona sua própria prática, a partir de seu encontro com o objeto, com o ato em si. Há lugar para a subjetividade da vida, para a expressão ampla de estar no mundo com suas experiências, saberes e práticas, com seu caráter político de sujeito que afeta e é afetado. O pesquisador in-mundo traz uma nova forma de intervir no campo da saúde (ABRAHÃO, 2012).

O pesquisador em ação é por si só um sujeito implicado e gera um movimento de transformação a partir de suas inquietações. Isso reverbera na prática, produzindo um conhecimento militante na percepção de si mesmo, como parte de um coletivo. Reveste-se de uma singularidade e traz essa possibilidade de desvelar novo aprendizado e nova forma de agir (MERHY, 2004).

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, quantitativa, do tipo longitudinal, de análise de efeitos.

5.2 Local e período do estudo

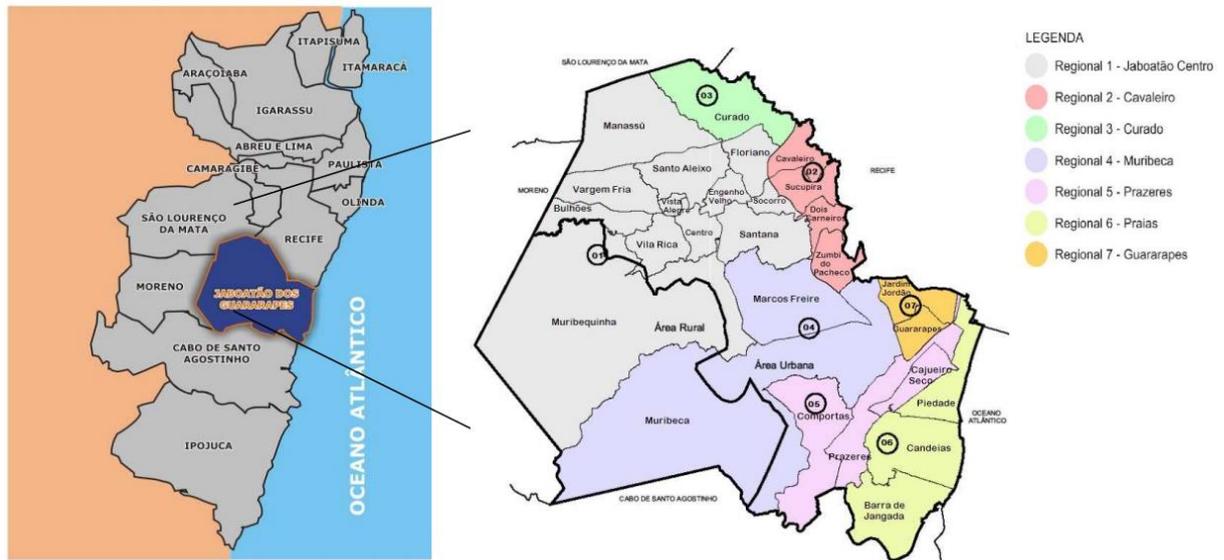
A pesquisa foi realizada no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, na Região Metropolitana do Recife, nordeste do Brasil. É uma cidade localizada no litoral, ao sul da capital de Pernambuco, possuindo uma área urbana e outra rural. Ao excluir as capitais,

Jaboatão dos Guararapes está entre os dez municípios mais populosos do Brasil, sendo o segundo em número de habitantes do estado. Em 2018, a estimativa de sua população foi de 697.636 habitantes, distribuídos numa área de 258.694 quilômetros quadrados, tendo, assim, uma densidade demográfica de 2.491,82 habitantes por quilômetro quadrado. Em relação à atividade econômica, há destaque para serviços e indústria (IBGE, 2018).

Este município foi escolhido por ser a área de atuação profissional da pesquisadora responsável, o que facilitou o processo da pesquisa. A coleta de dados ocorreu de janeiro a outubro de 2019.

O local desse estudo, o município de Jaboatão dos Guararapes conta hoje com oito EqNasf, cujos profissionais são concursados, portanto, possuem um vínculo mais sólido e, com isso, podendo desenvolver um trabalho contínuo e eficaz à comunidade atendida. Contudo, faz-se necessário uma compreensão dos resultados desse processo de trabalho.

Figura 2 - Mapa do município de Jaboatão dos Guararapes e distribuição geográfica das Regionais por bairros.



Fonte: Jaboatão dos Guararapes (2013).

5.3 Participantes do estudo

O estudo foi realizado com os profissionais das oito equipes dos Nasf das sete Regiões de Saúde de Jaboatão dos Guararapes e com os usuários contemplados na matriz prioritária (Quadro 2), que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que tiveram atendimento solicitado pela eSF, priorizando a gravidade do caso e necessidade de atuação conjunta.

Quadro 2 – Matriz de casos ou situações prioritárias ao acompanhamento do Nasf, Brasil, 2017.

Grupos populacionais	Prioridades
Criança	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo peso ao nascer/prematuro/apgar <7; - Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; - Atraso na aquisição da fala/dificuldade de interação; - Obesidade/desnutrição grave; - Diabetes Mellitus tipo 1; - Troca de fonemas/gagueira; - Alterações posturais/ ortopédicas moderadas ou graves.
Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações posturais moderadas ou graves (escoliose, hiper cifose, entre outras); - Distúrbios psico-alimentares (bulimia, anorexia, entre outras); - Distúrbio comportamental; - Ansiedade/depressão; - Gagueira; - Diabetes Mellitus tipo 1; - Uso/abuso de álcool e outras drogas; - Gravidez <15 anos de idade.
Gestante	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensão Arterial Sistêmica/Diabetes Mellitus; - Lombalgia; - Depressão.
Adulto, Idoso/ Mulher, Homem	<ul style="list-style-type: none"> - Artralgias/lombalgias/tendinites; - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho; - Osteoporose/artrite/artrose; - Alterações de voz; - Psicoses/alterações do humor; - Ansiedade/depressão; - Uso/abuso de álcool e outras drogas; - Acidente Vascular Cerebral; - Lesões traumáticas; - Parkinson; - Demências; - Incontinência urinária/fecal.
Agravos à saúde	Prioridades
Diabetes Mellitus	<ul style="list-style-type: none"> - Nefropatia; - Retinopatia; - Infarto; - Neuropatia diabética; - Amputação de membro.
Hipertensão Arterial Sistêmica	- Secundária.
Hanseníase	- Alteração de sensibilidade e força muscular.
Câncer	- Com repercussões clínicas.
Obesidade	- Grau I, II e III (Índice de Massa Corporal ≥ 30)
Violência	<ul style="list-style-type: none"> - Doméstica; - Psicológica; - Sexual.
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	- Com repercussões físicas e funcionais.
Saúde Mental	- Todos diagnosticados no território, independentemente do tipo de transtorno.

Fonte: Cabral (2017).

5.4 Critérios de seleção

A seleção dos participantes teve como base o quantitativo de quarenta e quatro profissionais (Tabela 1), das oito equipes do Nasf do município de Jaboatão dos Guararapes-PE, existentes no início da pesquisa e para os usuários, o censo de pacientes que necessitavam de acompanhamento de, no mínimo dois profissionais da EqNasf.

Tabela 1 – Quantitativo de profissionais das EqNasf por categoria, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.

Categoria profissional	Quantidade de profissionais
Assistentes Sociais	08
Fisioterapeutas	05
Fonoaudiólogo (a)s	06
Nutricionistas	06
Profissional de Educação Física	06
Terapeutas Ocupacionais	06
Psicólogo (a)s	07
Total	44

Fonte: A autora.

5.4.1 Critérios de inclusão

- a) Profissionais do Nasf de Jaboatão dos Guararapes em exercício no momento da coleta de dados, que participaram da oficina de matriciamento em relação ao RCa-Nasf;
- b) Usuários que necessitaram do atendimento de, no mínimo, dois profissionais do Nasf e um profissional da equipe de Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes.

5.4.2 Critérios de exclusão

- a) Profissionais em período de afastamento maior do que três meses ou que não entregaram o formulário com as avaliações preenchidas até o final da coleta;
- b) Usuários que não estavam inseridos nos critérios da matriz prioritária.

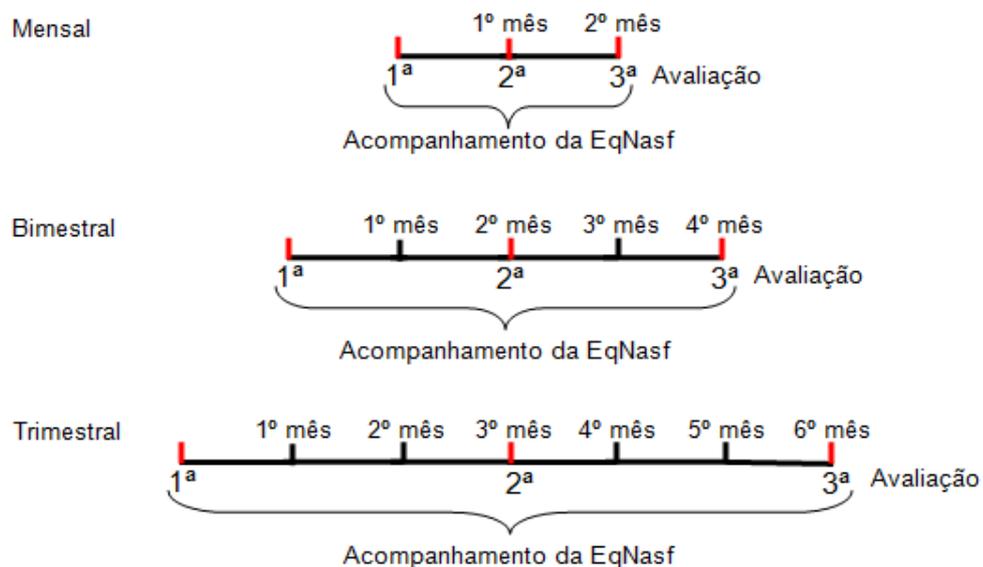
5.5 Instrumentos e coleta de dados

Neste estudo, foi utilizado o Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (RCa-Nasf), instrumento inédito, produto de uma tese defendida por Cabral em 2017, que foi construído pelo grupo de pesquisa em Redes Integradas de Saúde: Acesso, gestão do trabalho e educação (AcesSUS), do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco.

Esse instrumento específico para o Nasf baseia-se na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), de linguagem universal e amplamente documentada, desenvolvida em 2001 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com visão biopsicossocial, para avaliação da condição de saúde e os componentes das funções e estruturas do corpo, atividades e participação, e a interação com fatores contextuais. Além disso, auxilia na adoção de estratégias preventivas e de orientação aos cuidados em saúde (CASTANEDA, 2018).

O perfil dos profissionais incluídos neste estudo foi coletado por questionários semiestruturados (Apêndice C), aplicados individualmente. Os dados referentes aos casos acompanhados de forma compartilhada pelos profissionais do Nasf e à evolução clínica dos mesmos foram coletados através do instrumento RCa-Nasf, que utilizou três avaliações, de forma longitudinal, com um intervalo mínimo de 1 mês entre as avaliações, conforme figura 3, podendo ser o acompanhamento mensal, bimestral ou trimestral, conforme a necessidade do usuário. No decorrer do processo de matriciamento, um diário de campo foi criado para registrar as dificuldades/facilidades.

Figura 3 - Intervalo de acompanhamento dos casos prioritários.



Fonte: Cabral (2017).

A longitudinalidade compõe um dos quatro atributos essenciais da APS, conforme Starfield (2002), juntamente com o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema. Representa um atributo central, ao estabelecer uma relação terapêutica entre profissionais de saúde e

pacientes. Além disso, requer que as informações estejam registradas e possam ser visualizadas e acessadas com facilidade pela equipe que acompanha o (a) paciente (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

O RCa-Nasf possui duas partes, a primeira relacionada a Funcionalidade e a segunda a Fatores Contextuais, conforme descrição no Quadro 3. O instrumento é baseado na CIF, na Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi e no Formulário para a Resolução de Problemas em Reabilitação de Steiner, além da contribuição de especialistas na área (CABRAL, 2017). É composto por 23 categorias e 90 subcategorias, explicitadas na Figura 4.

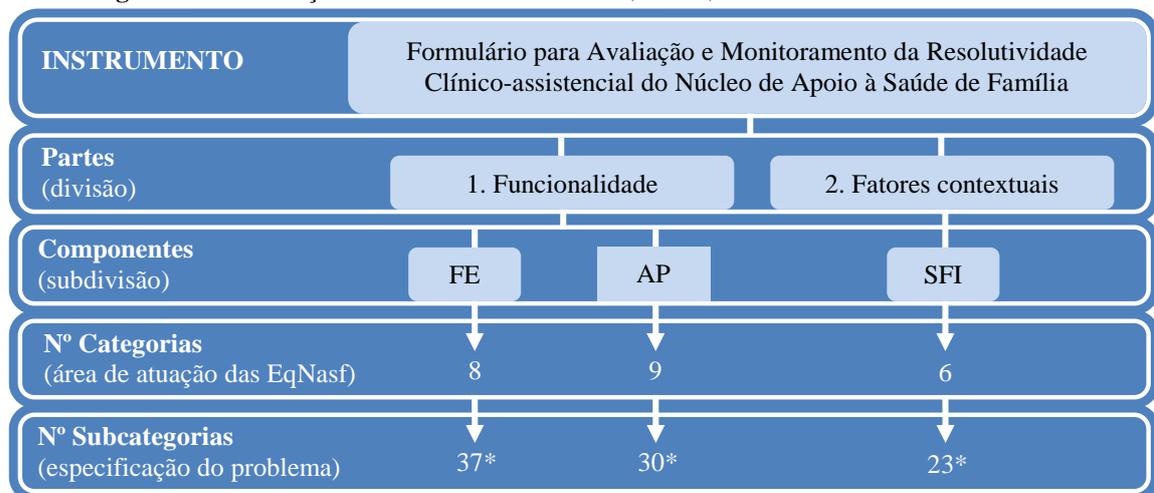
Quadro 3 - Partes do RCa-Nasf e definições dos respectivos componentes, Brasil, 2017.

Parte 1	Parte 2
Funcionalidade	Fatores Contextuais
Componentes	
Funções e estruturas do corpo (FE): refere-se a funções fisiológicas e partes anatômicas do corpo.	Aspectos social, familiar e do indivíduo (SFI): constituem o ambiente físico e social nos quais o indivíduo vive e se relaciona com outras pessoas. Além das particularidades deste indivíduo, como a idade, estado emocional, <i>etc.</i> , que podem impactar positiva ou negativamente na sua condição de saúde.
Atividades e participação (AP): contempla a execução de tarefas e o envolvimento do indivíduo em situações da vida.	

Fonte: Cabral (2017).

Há um local específico para avaliação do profissional de saúde acerca dos principais problemas de saúde identificados através da escuta e/ou exame clínico do usuário e fatores que influenciam na condição de saúde/doença do mesmo, como também uma área para que o próprio usuário ou cuidador (a) indique as principais queixas e necessidades de saúde.

Figura 4 - Distribuição do conteúdo do RCa-Nasf, Brasil, 2017.



Fonte: Cabral (2017).

Notas: FE= Funções e Estrutura do corpo; AP= Atividades e Participação; SFI= Aspecto Social, Familiar e do Indivíduo.

As etapas do desenvolvimento da pesquisa foram agrupadas na Figura 5, iniciando com a sensibilização das equipes em relação à pesquisa, importância do monitoramento e da avaliação dos resultados do trabalho do Nasf. Os profissionais foram convidados a participar do estudo através de contato da pesquisadora com um representante de cada Nasf, disponibilização de vídeo convite e resumo acerca do projeto.

A segunda etapa referiu-se ao processo de matriciamento das EqNasf para utilização do formulário RCa-Nasf. As oficinas em relação ao formulário RCa-Nasf foram realizadas no território de cada Regional, em local conveniente para a reunião, mediante agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade de horário das equipes, minimizando prejuízos à dinâmica de funcionamento do trabalho.

As oficinas foram conduzidas pela pesquisadora principal, e constaram de uma apresentação inicial dos profissionais (categorias, experiência) e utilização de slides para apresentação do projeto: breve introdução acerca dos outros estudos do Grupo de pesquisa AcesSUS até o desenvolvimento do atual projeto, problematização, justificativa, pergunta condutora, objetivos principal e específicos, resgate de instrumentos que embasaram a construção do instrumento RCa-Nasf e critérios para sua utilização, apresentação da matriz prioritária para triagem dos casos pela eSF e compartilhamento com a EqNasf, possibilidade de periodicidade das avaliações, pontuação gerada para qualificar o comprometimento ou dificuldade referida pelo usuário e avaliada pelo profissional de saúde, descrição das partes do formulário RCa-Nasf e seus componentes, com exemplos práticos.

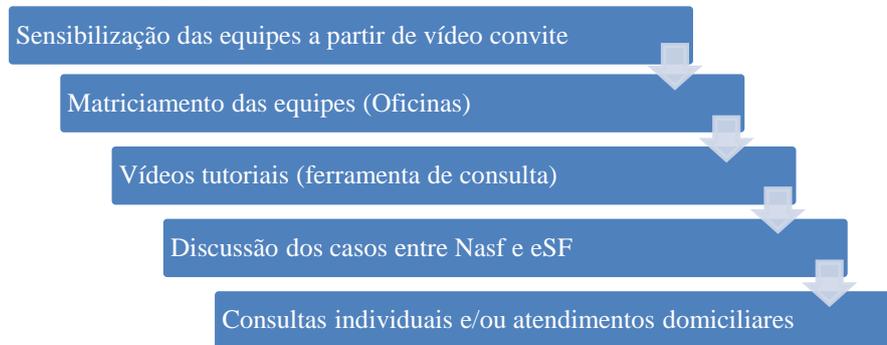
A terceira etapa foi a de identificar juntamente com a eSF, os casos prioritários que seriam acompanhados pela EqNasf. Na quarta etapa, ocorreu a coleta dos dados em cada Equipe, com a avaliação dos usuários que foi realizada em consultas na Unidade de Saúde da Família, no domicílio ou em algum outro local do território em que aconteciam as atividades desempenhadas pelo Nasf e eSF.

Com o início da utilização do instrumento na prática das equipes, dúvidas foram surgindo e foram criados vídeos-tutoriais para facilitar a consulta no preenchimento do formulário, contendo a explicação sobre cada parte do RCa-Nasf e um caso clínico completo. Isso permitiu melhor visualização do objetivo da avaliação dos casos, observando a facilitação do monitoramento tanto para o profissional, quanto para o usuário.

Durante o processo de avaliação dos usuários, quando surgiram dúvidas adicionais, os profissionais do Nasf entraram em contato com a pesquisadora através de aplicativo whatsapp, ligação telefônica ou mesmo solicitação de reunião presencial. Após todas as etapas e reunidos os formulários RCa-Nasf preenchidos, os dados foram revisados e

solicitados aqueles ausentes, incompletos ou com preenchimento inadequado. Em algumas situações foram necessárias discussões sobre os casos, para melhor entendimento do processo.

Figura 5 – Etapas para o desenvolvimento da coleta de dados



Fonte: A autora.

5.6 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram transformados em porcentagem e tabulados por meio do Programa *Excel*® 2010, obtendo-se o perfil dos profissionais das EqNasf (Tabelas 3 e 4) e dos usuários assistidos por elas (Tabela 2), além da evolução clínica dos indivíduos acompanhados longitudinalmente (Tabela 5) e por EqNasf (Tabela 6).

As respostas das avaliações no RCa-Nasf foram pontuadas de 1 a 4, gerando qualificadores, conforme quadro 4. Os dados foram tabulados no *Excel*® 2010, posteriormente transferidos para o *Statistical Package for Social Sciences* para *Windows*® - *SPSS*®, versão 20.0, para obtenção das médias e desvio padrão entre a primeira e a terceira avaliação (Tabela 7).

Os qualificadores auxiliam como parâmetros para medir de forma quantitativa a evolução clínica de cada caso acompanhado pela EqNasf. A comparação desses dados, realizados em três momentos diferentes (1ª, 2ª e 3ª avaliação), infere sobre a resolutividade das ações do Nasf, na perspectiva de melhoria da funcionalidade e da QV de vida do usuário.

Quadro 4 - Pontuação do RCa-Nasf por magnitude ou extensão do problema relacionado à saúde, Brasil, 2017.

Comprometimento/Dificuldade (%)	Qualificador (magnitude/extensão)	Pontuação do RCa-Nasf (código numérico)
5-24	Leve	1
25-49	Moderado	2
50-95	Grave	3
96-100	Muito grave ou total	4

Fonte: Cabral (2017).

Notas: RCa-Nasf = Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; CIF= Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde.

A melhora ocorre se houver diferença entre a terceira e a primeira avaliação, ou seja, se houve um decréscimo em relação à primeira avaliação. Um comprometimento ou dificuldade era considerado (a) grave (3) na primeira avaliação e passou a ser moderado (2), leve (1), ou não existe mais (0), na terceira e última avaliação. A segunda avaliação é importante como balizadora para o profissional, usuário e/ ou cuidador, pois revelará se a intervenção adotada precisa de alguma modificação ou compreende fator externo no próprio processo de saúde/doença.

Para todos os cálculos estatísticos, foi considerado o nível de confiança de 95%. Para comparar a primeira e terceira avaliações, foram utilizados dois testes estatísticos para medidas pareadas: o teste *t* pareado e o *Wilcoxon Signed Ranks Test*. O valor de *p* adotado para obter significância estatística foi de $p < 0,05$.

O teste de *Wilcoxon* é amplamente aplicado. Para cada pessoa, ele examina a diferença entre os valores dos pares, que pode ser positiva ou negativa (HADDAD, 2004). O teste *t* pareado também averigua a diferença entre os valores dos pares, em momentos diferentes, por avaliadores distintos ou pelo mesmo (BRAZ *et al.*, 2008), podendo ser utilizados para verificar a diferença antes e depois de uma intervenção (TAKESHITA *et al.*, 2007).

5.7 Projeto de intervenção

Para a utilização do RCa-Nasf, foram sistematizadas oficinas de matriciamento das EqNasf para utilização do formulário. Elas tiveram o intuito de calibrar os participantes em relação ao preenchimento do instrumento e possibilitar um cuidado integral aos usuários, registrando as principais queixas e problemas de saúde do indivíduo, bem como a avaliação dos profissionais de saúde acerca da situação de saúde dos comunitários sob sua atenção.

O projeto de intervenção ocorreu nas oficinas e matriciamento, no convívio dos profissionais com o formulário RCa-Nasf, nas discussões geradas entre a pesquisadora e as EqNasf, entre os profissionais das EqNasf, e entre eles e as equipes de Saúde da Família. Esse movimento gerado pela identificação dos casos, através da matriz prioritária, e o envolvimento dos diversos atores no acompanhamento dos usuários, mobiliza recursos ao processo de apoio matricial, referência do trabalho do Nasf.

Com o resultado da pesquisa, pretende-se propor a utilização do RCa-Nasf como instrumento de trabalho para o atendimento compartilhado no município de JG. A descrição do projeto de intervenção e suas etapas estão no Apêndice D.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

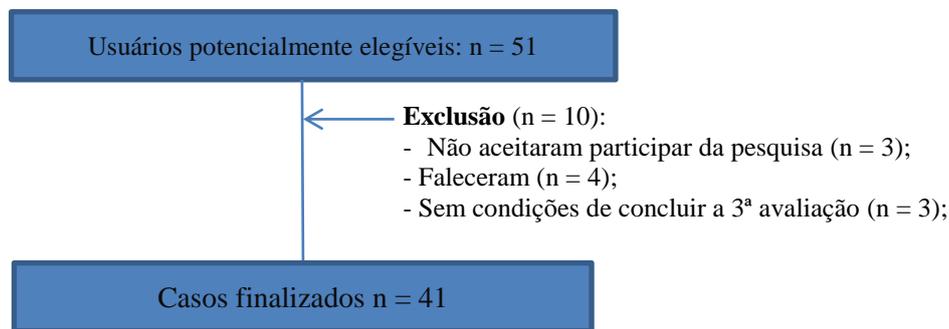
O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz - PE, e atendeu à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde do Brasil, que dispõe sobre os regulamentos em relação às pesquisas que envolvem seres humanos e a Resolução 510/2016, que aprova as normas em relação às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e a Resolução 580/2018, que traz as recomendações éticas de pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) e está aprovado sobre o CAAE 53408516.1.0000.5190, número do parecer 3.143.672.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e características da pesquisa, os riscos, os benefícios, o sigilo das informações, a voluntariedade da participação, a liberdade de se retirar a qualquer momento e a garantia de receber esclarecimentos sobre o estudo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No início da pesquisa foram selecionados cinquenta e um pacientes, que cumpriam os critérios de seleção e necessitavam do atendimento de forma longitudinal de, no mínimo dois profissionais da EqNasf. Porém, conforme a figura 6, houve uma perda amostral de dez usuários ao longo do processo, com a conclusão do acompanhamento de quarenta e um indivíduos.

Figura 6 - Fluxograma de seleção dos pacientes para a pesquisa, Brasil, 2019.



Fonte: A autora.

A tabela 2 mostra as características dos usuários acompanhados de forma compartilhada por profissionais do Nasf em Jaboatão dos Guararapes, como sexo, idade, escolaridade, doença ou condição de saúde avaliada e uso de medicamentos.

Tabela 2 - Características de usuários assistidos de forma compartilhada por profissionais do Nasf, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.

Variáveis	Usuários (%) n=41
(Continua)	
Sexo	
Feminino	53,7% (22)
Masculino	46,3% (19)
Faixa etária	
0 a 11 anos de idade (criança)	2,4% (1)
12 a 18 anos de idade (adolescente)	2,4 % (1)
19 a 21 anos de idade (adulto jovem)	0% (0)
22 a 45 anos (adulto)	24,4% (10)
46 a 59 anos de idade (meia idade)	24,4% (10)
≥ 60 anos de idade (idoso)	46,3% (19)
Escolaridade (a partir dos 10 anos)	
Sem escolaridade	7,3% (3)
Fundamental incompleto	51,2% (21)
Fundamental completo	7,3% (3)
Ensino Médio incompleto	4,9% (2)
Ensino Médio completo	12,2% (5)
Ensino Superior incompleto	2,4% (1)
Não informado	14,6% (6)

Tabela 2 - Características de usuários assistidos de forma compartilhada por profissionais do Nasf, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.

(Conclusão)

Variáveis	Usuários (%) n=41
Doença/Condição de saúde	
Acidente Vascular Encefálico	26,8 % (11)
Amputação decorrente de Diabetes Mellitus	4,9 % (2)
Diabetes Mellitus	29,3% (12)
Doenças reumáticas	7,3% (3)
Hipertensão Arterial Sistêmica	48,8% (20)
Lesão traumática	17,1% (7)
Obesidade	14,6% (6)
Outras condições neurológicas	19,5% (8)
Saúde mental	31,7% (13)
Outras	19,5% (8)
Medicamentos	
Nenhum	9,7% (4)
1 a 4	53,7% (22)
5 ou mais	24,4% (10)
Não informado	12,2% (5)
Total	100% (41)

Fonte: A autora.

Nota: *Pode haver mais de uma condição para cada usuário.

A partir dos dados da tabela 2, observa-se que em relação à população acompanhada nesse estudo, 53,7% (22) eram mulheres, 46,3% (19) idosos, e 51,2% (21) possuíam ensino fundamental incompleto. Quanto à doença ou condição de saúde avaliada, 48,8% tinham Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 29,3% (12) Diabetes Mellitus (DM), 26,8% (11) haviam sofrido um Acidente Vascular Encefálico (AVE), e 31,7% (13) apresentavam problemas de Saúde Mental. Sobre o uso de medicamentos, 53,4% (22) dos indivíduos faziam uso de 1 a 4 fármacos.

O conhecimento do perfil relacionado à saúde dos usuários é extremamente importante, pois favorece o planejamento das práticas em saúde para a população, com menores custos e manutenção da qualidade dos serviços, intervindo de maneira profícua e oportuna na gestão das condições de risco (DIETRICH; COLET; WINKELMANN, 2019).

Como mencionado anteriormente, houve uma discreta predominância de mulheres no estudo e isso corrobora com dados de Reis *et al.* (2012), na pesquisa sobre pacientes na área de Reabilitação do Nasf, e com o percentual de mulheres da população geral de JG (IBGE, 2019). Isso pode ter ocorrido pela correspondência com a dimensão clínico-assistencial desse estudo. Em outras pesquisas sobre o Nasf há divergência nessa proporção, mostrando hegemonia do sexo feminino (CABRAL, 2017; LIRA, 2017; SOUSA, 2016).

De acordo com o IBGE (2018a), a expectativa de vida para a população feminina foi de 79,6 anos, no ano de 2017, enquanto que para a população masculina foi de 72,5 anos. A

taxa de mortalidade é maior para os homens, do que para as mulheres, pode ser elucidada devido aos óbitos por causas externas ou não naturais. Coelho e Melo (2018) apontam uma crescente preocupação com a vulnerabilidade da população masculina a acidentes, violência e dependência química, sendo fundamental o conhecimento da representação de gênero no processo de doença e morte.

Para Levorato *et al.* (2014), as mulheres procuram o serviço de saúde 1,9 vezes mais que os homens. Entre aqueles que revelam ausência de doença, houve uma prevalência de 2,9 vezes em não buscar as práticas de prevenção à saúde. Há uma dicotomia entre possuir fatores de risco para adoecer e não acionar o serviço de saúde. Além disso, algumas características como ser mulher e usuária dos serviços da ESF representam fatores de proteção quanto ao interesse em relação aos cuidados em saúde.

As questões de gênero incluem componentes históricos e culturais em relação à maneira de existir e de se comportar, quanto ao cuidado em saúde na vida. Muitas vezes, a desigualdade vem das orientações tradicionalistas que privilegiavam o binômio mãe-bebê, com práticas que enfatizavam o papel reprodutivo das mulheres. Por sua vez, a invisibilidade no cuidado voltado ao homem, pode estar presente em campanhas com um olhar preventivo/curativo de danos que poderiam causar aos outros, quando deveriam trabalhar de forma transversal nos diversos aspectos que compõem a integralidade do ser (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

Santiago *et al.* (2015) reforçam a necessidade de divulgação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2009, alertando que as causas de procura do serviço de saúde pela população masculina são essencialmente curativas, em detrimento dos serviços de promoção e prevenção à saúde. Isso ratifica a presença dos homens nesse estudo (Tabela 2), pois as questões que levaram ao acompanhamento da população masculina incluem em destaque HAS (57,9%) e AVE (36,8%), além de condições como DM (26,3%), lesões traumáticas (21%), uso abusivo de álcool (10,5%), problemas de saúde mental, dentre outras.

No tocante ao que é preconizado no SUS e principalmente na APS, o contexto ainda está longe do desejado, pois o cidadão deve ser acolhido de forma singular e integral, respeitando sua individualidade, sem estereótipos de gênero, atendendo às suas necessidades, com especificidades próprias, diante das características biológicas que lhe são conferidas, para que possa intervir de forma efetiva e qualificada (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017). A PNAISH traz uma recomendação para avaliação de impactos e resultados, sendo preciso uma visão crítica acerca da culpabilização do homem pelo seu distanciamento dos serviços de

saúde, com investimento na integralidade e equidade do cuidado, facilitando e ampliando o acesso (PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019).

Continuando a discussão sobre a Tabela 2, 46,3% (19) dos usuários acompanhados eram idosos, corroborando com os dados de Cabral (2017), com 41,9% dos pacientes nessa faixa etária. Outra pesquisadora do grupo AcesSUS (LIRA, 2017), ao estudar o atendimento por categorias profissionais, demonstrou destaque no atendimento de idosos, 53% deles sendo atendidos por assistentes sociais, 57,6% por farmacêuticos e 64,9% por fisioterapeutas. Já no estudo de Sousa (2016), há grande variabilidade de acordo com a categoria profissional.

A conjuntura de envelhecimento no Brasil vem ocorrendo de maneira acelerada em comparação aos países desenvolvidos. Em 2010, existiam 20 milhões de idosos e estima-se que em 2050 haja aproximadamente 65 milhões (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013). A proporção idosos/jovens em 2010 era de 39 para 100 e a estimativa para 2040 é de 153 idosos para cada 100 jovens. A transição demográfica expõe um perfil epidemiológico que desafia o sistema de saúde e de previdência brasileiro, com exigências em relação à capacidade de resposta às taxas de morbidade e mortalidade, assim como ao monitoramento de ações e isso requer cuidado continuado, atuação integral e multidisciplinar (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Segundo Veras e Oliveira (2018), ao discorrer sobre as políticas relacionadas aos idosos, desde a década de 90, os Princípios das Nações Unidas em prol das Pessoas Idosas e a Política Nacional de Saúde do Idoso trazem a preocupação com o envelhecimento saudável, saúde bucal e nutricional, a funcionalidade, prevenção de quedas, independência e participação. A mais recente Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa reforça esses conceitos, harmonizados à proposta do SUS, com atividades em âmbito individual e coletivo na manutenção da autonomia e QV.

A situação complexa e desigual revela por um lado, uma diminuição de internamentos por doenças metabólicas, endócrinas, nutricionais, circulatórias e respiratórias e por outro, aumento daquelas por neoplasias e fatores externos, o que pode representar melhoria na APS. Faz-se necessário atender a essas demandas e se preparar para as que surgirão. Para isso, os profissionais precisam ter formação adequada para agir, incluindo a promoção da saúde, no intuito de melhorar a QV de seus usuários. Além disso, a política, o modelo de atenção à saúde dos idosos e a população devem estar alinhados no enfrentamento dos novos desafios (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Quando se observa a questão da escolaridade, 51,2% (21) dos usuários (Tabela 2) possuíam o Ensino Fundamental incompleto, diferindo dos dados de Cabral (2017), que

obteve valores de 38,7%, mas que representa o nível de escolaridade mais prevalente na população estudada, juntamente com o nível médio, com 35,5%.

De acordo com Chehuen Neto *et al.* (2017), há uma relação significativa entre escolaridade e adoção de hábitos saudáveis em saúde. Por sua vez, uma revisão sistemática dos inquéritos no Brasil sugere que o padrão em relação à alimentação sofra uma influência maior dos hábitos culturais e renda do que da própria escolaridade (CANUTO; FANTON; LIRA, 2019).

Na mais recente pesquisa do Vigitel, realizada em 27 cidades do Brasil, a escolaridade está associada a alguns fatores: a prevalência do tabagismo e obesidade diminuiu quanto maior era a escolaridade, já o consumo de frutas e hortaliças e a prática de atividade física ao ar livre aumentou quanto maior foi a escolaridade. Além disso, a frequência de HAS na população obteve maiores valores em pessoas com menor escolaridade e para a DM, a presença desse diagnóstico diminuiu profundamente quanto maior era a escolaridade (BRASIL, 2019). Uma menor escolaridade mostra relação inversa com internamentos e direta com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (DIETRICH; COLET; WINKELMANN, 2019).

As DCNT abarcam doenças de longo prazo, magnitude, morbimortalidade e complexidade de causas, cuja linha de atenção demanda intensidade de cuidados, profissionais, recursos, serviços, presença de uma rede estruturada e ações direcionadas às necessidades dos usuários. Exige também conhecimento sobre a legislação, a micro e macropolítica, as tecnologias e os determinantes sociais existentes. A sua linha de cuidado (LC) pressupõe a adoção de um projeto terapêutico coerente, que compreenda a real situação de saúde e o processo de adoecimento, considerando a singularidade dos indivíduos, inseridos no contexto coletivo, social, político, econômico e cultural (MALTA; MERHY, 2010).

No estudo de Seus *et al.* (2019) as equipes do Nasf foram indagadas quanto às atividades desenvolvidas, retiradas do Módulo IV do PMAQ, em relação a estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas, juntamente às eAB. Os relatos mais expressivos identificaram ações de avaliação e reabilitação de condições psicossociais, tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição, promoção de práticas corporais e atividade física. As ações menos relatadas foram: a avaliação e reabilitação da condição cardiorrespiratória, promoção de estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico e monitoramento de pacientes acompanhados em outros locais da rede de atenção.

Dentre as doenças crônicas, a HAS foi encontrada em 48,8% (20) da população desse estudo (Tabela 2), sendo 70% (14) deles idosos. Isso corrobora com alguns dados trazidos por

Brandão e Nogueira (2018), pois a HAS é uma condição decorrente de inúmeros fatores e no Brasil acomete 36 milhões de adultos (32,5%), sendo maior a prevalência entre homens, mais de 60% entre os idosos, levando a 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Para o enfrentamento da HAS e diminuição dos problemas cardiovasculares advindos dela, destacam como pilares a ampliação da cobertura da ESF e a melhora da APS.

Em relação à doença ou condição de saúde avaliada, o AVE acometeu 26,8% (11) dos usuários assistidos pelo Nasf (Tabela 2). Destes, 81% (9) tinham HAS. A HAS é a condição clínica que está no centro para a carga global de DCV e AVE, sendo responsável por metade das mortes por AVE no mundo (LACKLAND; WEBER, 2015). Além disso, pode levar a outras consequências, alertando para o infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e inclusive a morte súbita (BRANDÃO; NOGUEIRA, 2018).

Há a recomendação de medidas não medicamentosas para a redução da Pressão Arterial (PA), dentre elas: controle do peso corporal, adoção de padrão alimentar saudável, restrição do consumo de sódio, consumo moderado de álcool, atividade física cotidiana e exercício físico aeróbico (BRANDÃO; NOGUEIRA, 2018; MALACHIAS *et al.*, 2017). Em relação ao alcoolismo e tabagismo, medidas de educação em saúde, prevenção e redução de danos são trazidas para o enfrentamento e participação de toda equipe. A área estratégica da Alimentação e Nutrição do Nasf não se restringe ao profissional Nutricionista, mas contempla às demais categorias nas ações de campo, principalmente pelo crescente aumento das demandas associadas ao estilo de vida não saudável e as DCNT (BRASIL, 2010).

A segunda condição de saúde crônica mais referida nesse estudo (Tabela 2) foi a DM, presente em 29,3% (12) dos pacientes avaliados. Os dados encontrados, na pesquisa nacional do Vigitel, para a população de 18 anos ou mais, observaram frequência de 7,7% para a DM, aumentando com a idade e sendo maior em mulheres do que em homens (BRASIL, 2019). No Brasil, estima-se que existirão 23,3 milhões de pessoas com DM, em 2040 (SBD, 2017).

Em relação à QV de pessoas vivendo com DM, uma pesquisa desenvolvida com essa população acompanhada pela ESF evidenciou que a QV, avaliada pelo questionário Diabetes-39, encontrava-se prejudicada em algumas dimensões. São elas: a Dimensão 1 (Energia e Mobilidade), no item referente a Não ser capaz de fazer o que quer; na Dimensão 2 (Controle do Diabetes), inclui itens como Ter Diabetes e Perder o controle dos níveis de açúcar e Diabetes em geral, e na Avaliação Geral na Autopercepção da QV. Apesar não ser o instrumento utilizado neste estudo, ele revela questões importantes que podem interferir na resolutividade, quando se trata de pacientes com DM (NÓBREGA *et al.*, 2019).

A Associação Americana de Diabetes (ADA, 2019) recomenda atuação ativa dos usuários no seu tratamento, com compartilhamento de metas e planos com os profissionais de saúde, para prevenção e retardo do aparecimento de complicações, bem como manutenção da QV. O acompanhamento contempla avaliação de risco das complicações agudas e crônicas do DM, que incluem várias condições, dentre elas: hipoglicemia, hiperglicemia, retinopatia, doença renal crônica, neuropatia, doença cardiovascular, doença arterial periférica, doença cerebrovascular, depressão e câncer.

Em algumas situações, a dificuldade de manejo do tratamento das pessoas com HAS e DM ocorre frequentemente devido a questões de ordem social e psicológica, sendo a Saúde Mental uma das 9 áreas estratégicas de atuação do Nasf. O modelo de atenção amplia o cuidado dos indivíduos, busca atender suas necessidades, com respeito, qualidade e resolutividade, deslocando a atenção do eixo hospitalar para o território (BRASIL, 2010).

A quebra do modelo biomédico, com a desinstitucionalização e adoção de novas práticas em saúde privilegia o cuidado integral na APS, com a ESF, valorizando a vida, a autonomia e a luta diante dos processos de exclusão (VIEIRA; NEVES, 2017). Neste estudo, conforme a tabela 2, 31,7% (13) dos usuários foram acompanhados com queixas relacionadas ao campo da Saúde mental, como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno mental e alcoolismo. Porém, como a avaliação dos indivíduos com o instrumento RCa-Nasf contempla a integralidade do ser, a questão mental está inclusa mais especificamente, na categoria na FE. 1 (Anexo B), porém transita em diversas subcategorias. É preciso perceber que:

Deve-se levar em conta que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Pode-se dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (BRASIL, 2010, p.33).

Na discussão dos casos entre EqNasf e eSF, existe uma complexa demanda relativa ao campo da Saúde Mental, que envolve questões como conflitos familiares, negligência ou ausência no cuidado de crianças, queixas escolares, dependência química e disfunções alimentares (KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017). O sofrimento mental abarca uma dimensão que provém das condições de vida precárias, da violência do dia-a-dia em suas diversas expressões, do luto, da dor em forma de angústia e da cronicidade dos transtornos mentais, como depressão, ansiedade e esquizofrenia (SILVA *et al.*, 2017a).

Ainda na tabela 2, as informações sobre a quantidade de medicamentos utilizados pelos usuários acompanhados nesse estudo mostram que 53,7% (22) deles faziam uso de 1 a 4 medicamentos, e 24,4% (10), de 5 ou mais fármacos. Ao considerar apenas os pacientes

idosos, esse número sobe para 31,6% (6). Esse valor é corroborado por Pereira *et al.* (2017) e com a média nacional no nosso país, lembrando que o termo polifarmácia é conceituado como a utilização de cinco ou mais medicamentos por indivíduo. Por vezes, essa prática se torna necessária para o controle das inúmeras comorbidades presentes em grande parte dos idosos, o que não infere erro de prescrição e/ou do uso da medicação, mas traz a reflexão acerca da necessidade de um melhor acompanhamento.

A polifarmácia representa uma realidade na assistência à saúde na APS brasileira e diferindo de Pereira *et al.* (2017), para Nascimento *et al.* (2017) pode relacionar-se à utilização excessiva ou inadequada de fármacos, mas também às mudanças epidemiológicas advindas do aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas na população. O desafio para gestores e equipes de saúde é qualificar a atenção, direcionar as políticas públicas, na prevenção de erros, incentivando práticas mais seguras, com base em evidências, para a prescrição dos medicamentos, seu fornecimento e consumo. Além disso, estratégias de educação da população, capacitação dos profissionais e das equipes interferem na qualidade do cuidado e no fortalecimento da Política Nacional de Segurança do Paciente. Nos idosos, há a necessidade de reduzir as complicações e os episódios adversos preveníveis.

No presente estudo, idosos com HAS que utilizavam 5 ou mais medicamentos de forma rotineira representavam 35,7% (5), como também essa mesma porcentagem foi encontrada em relação aos idosos que tinham além da HAS, a DM. Na prática clínica, a abordagem do indivíduo com mais de 60 anos com hipertensão é difícil e o seu controle apresenta uma taxa muito baixa quando comparada ao indivíduo jovem ou de meia-idade, constituindo enorme desafio. A HAS resistente pode ter como fator de risco a polifarmácia. Além disso, o usuário idoso com HAS e DM possui alto risco de desenvolver uma DCV (BRANDÃO; NOGUEIRA, 2018).

De acordo com Akerman e Freitas (2017), o campo da assistência farmacêutica envolve vários atores, desde o governo até a população, e o uso racional e qualitativo dos medicamentos requer que sejam seguidos alguns princípios, como o fortalecimento do direito à saúde (universalidade); o cuidado voltado às necessidades dos usuários (resolutividade); o favorecimento de práticas com efeito positivo (efetividade); o estímulo à promoção da saúde e prevenção de doenças e a definição da função dos envolvidos no processo (transparência).

Nas EqNasf do município de Jabotão dos Guararapes, não há o profissional farmacêutico em sua composição, mas existe o profissional nas Regionais de Saúde do município de JG, o que poderia ser um fator agregador para as capacitações dos demais profissionais das equipes. Araújo *et al.* (2017), em sua pesquisa com 285 farmacêuticos

atuantes em unidades básicas de saúde, destacam que as atividades clínicas desse profissional são referidas como muito importantes por 80% dos farmacêuticos.

A reorientação dos modelos de atenção à saúde para as DCNT, visando à garantia de direitos à população, requer compartilhamento entre os profissionais e articulação além do setor saúde. O olhar é ampliado para a qualidade de vida dos usuários e suas famílias, mantendo o foco em atividades de promoção, como educação em saúde e estímulo a práticas saudáveis; adesão medicamentosa para as doenças já existentes; respeito à autonomia do sujeito e empoderamento do indivíduo. Isso tudo aliado ao suporte oferecido visa favorecer a independência (MALTA; MERHY, 2010).

A tabela 3 traz os profissionais envolvidos no cuidado compartilhado pelos profissionais da EqNasf, os profissionais da Equipe de Saúde da Família (eSF) e a média de intervalo de tempo entre as avaliações, com a utilização do formulário RCa-Nasf. Convém destacar que foram 41 pacientes acompanhados e mais de um profissional estará envolvido no cuidado em saúde dos usuários, sendo no mínimo dois profissionais da EqNasf e um profissional da eSF.

Tabela 3 - Profissionais envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados e intervalo de tempo utilizado para aplicação do RCa-Nasf, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.

Variáveis	Usuários (%) n=41
Profissionais das EqNasf envolvidos*	
Assistente Social	24,4% (10)
Fisioterapeuta	41,5% (17)
Fonoaudióloga (o)	22% (9)
Nutricionista	26,8% (11)
Terapeuta Ocupacional	75,6% (31)
Profissional de Educação Física	22% (9)
Psicóloga (o)	14,6% (6)
Profissionais das EqSF envolvidos*	
Dentista	14,6% (6)
Enfermeira (o)	63,4% (26)
Médica (o)	43,9% (18)
Média de tempo entre as avaliações do RCa-Nasf	
1 mês	14,6% (6)
1 mês e 15 dias	14,6% (6)
2 meses	19,5% (8)
2 meses e 15 dias	26,8% (11)
3 meses	24,4% (10)
Total	100% (41)

Fonte: A autora.

Notas: RCa-Nasf= Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PE= Pernambuco; EqNasf= Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; EqSF= Equipe de Saúde da Família. *Deve haver mais de um profissional envolvido no cuidado de cada usuário.

Em relação às Equipes do Nasf, o município de Jaboatão dos Guararapes conta hoje com oito EqNasf, com um total de 44 profissionais, tendo a menor equipe quatro profissionais

de diferentes áreas da saúde e a maior, sete. Todos os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, porém usuários de seis das oito equipes foram acompanhados através do instrumento RCa-Nasf, pois em duas EqNasf não houve adesão em relação à pesquisa.

Em relação à participação dos profissionais do Nasf no acompanhamento dos casos, 75,6% eram terapeutas ocupacionais e 41,5% fisioterapeutas. Já em relação aos profissionais da equipe de saúde da família, houve destaque para o enfermeiro (63,4%) e o médico (43,9%).

Diferindo dos dados aqui obtidos, no estudo de Lira (2017), 41,2% dos casos eram acompanhados por nutricionistas, profissionais que obtiveram maior frequência (56,9%) nas reuniões de educação permanente. Cabral (2017) apresenta os fisioterapeutas em evidência, presentes em 100% dos casos acompanhados, seguidos do (a)s farmacêutico (a)s (54,8%) e do (a)s psicólogo (a)s (51,6%). Na eSF, houve divergência com o nosso estudo, pois a maior frequência no compartilhamento dos casos foi para o (a) médico(a), com 61,3%.

Estudo quantitativo sobre a força de trabalho no Brasil, realizado nas cinco regiões, englobando catorze profissões de nível superior, constatou que os profissionais que tiveram taxas de crescimento maiores que 70% foram os fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais, os profissionais de educação física, os nutricionistas e os farmacêuticos. As três primeiras categorias tiveram destaque de crescimento superior a 100% no nordeste e a última categoria teve crescimento maior que 95% no sudeste, sem explicação qualitativa para esse número, mas sugerindo relação com o incremento de profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) advindo da APS, principalmente da ESF e do Nasf (CARVALHO *et al.*, 2018).

O número bastante expressivo de terapeutas ocupacionais (TO) que participaram da pesquisa leva à reflexão acerca do objeto de estudo dessa profissão. Quando se observa a matriz prioritária (Quadro 2) que orienta os casos que deveriam ser compartilhados entre a eSF e a EqNasf, percebe-se que ela engloba os indivíduos em todas as fases de vida e traz inúmeros agravos à saúde, incluindo desde questões relativas a DCNT a aspectos de Saúde Mental, destacando ainda que o instrumento utilizado nesse estudo, o RCa-Nasf, tem como uma de suas bases a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Para a terapia ocupacional, o ser humano é um sujeito ocupacional e as intervenções fundamentadas na ocupação humana identificam as necessidades ocupacionais e as dificuldades no desempenho das atividades da vida diária. A CIF, por ser um modelo biopsicossocial representa uma das referências atuais da prática profissional dos TO e trabalha através de uma perspectiva de interação ativa e bidirecional entre a pessoa, sua condição de

saúde e o ambiente em que vive, com fatores que podem facilitar ou dificultar o funcionamento na vida. Além disso, saúde e bem-estar tem uma relação direta com a participação nas ocupações (VEIGUELA *et al.*, 2018).

Um estudo relacionado à formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Nasf, relata que as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso trazem a preocupação com a preparação de um profissional que atue de forma holística, levando em consideração os aspectos epidemiológicos existentes e a condição de saúde e vida do sujeito. Quanto ao papel para atuação no Nasf, as atribuições incluem o cuidado integral à saúde do indivíduo (funcionalidade, reabilitação e interação social), o campo da saúde mental, foca no desenvolvimento funcional, prevenção de incapacidades e inclusive a divulgação da profissão. Relatam ainda, o apoio matricial aos casos monitorados pelas eSF (LIMA; FALCÃO, 2014).

Partindo dessas informações, haveria explicação sobre o grande número de TO no estudo, visto que trabalham com o desempenho ocupacional da pessoa. Através do diário de campo, as impressões desses profissionais demonstram que eles avaliam o indivíduo de forma integral, observando os componentes mentais, sensoriais, auditivos, motores, sociais e ambientais, transitando por diversas áreas, como a educação, trabalho e saúde.

O compartilhamento dos casos entre o terapeuta ocupacional ocorreu com todas as demais profissões da EqNasf e da eSF sendo a maior, 38,7% com o fisioterapeuta e a menor, 9,7% com os psicólogos e com os profissionais de educação física.

A interação dos TO com os outros profissionais da equipe (tanto da EqNasf quanto da eSF) foram citadas nas ações de acolhimento, atendimento compartilhado, discussões de caso e apoio matricial (dimensão técnico-pedagógica) (LIMA; FALCÃO, 2014).

Como falado anteriormente, 41,5% dos profissionais do Nasf que participaram no acompanhamento compartilhado dos casos eram fisioterapeutas, o que pode decorrer da grande demanda de atendimentos na área de Reabilitação, na população estudada, corroborando com questões observadas por Reis *et al.* (2012), em que a fisioterapia foi a categoria do Nasf que apresentou maior porcentagem de atendimentos.

No momento em que se tem um instrumento, o RCa-Nasf, que auxilia a identificar as necessidades de saúde do usuário, e essa ferramenta é utilizada para nortear a conduta profissional no acompanhamento longitudinal do indivíduo, pode-se desenvolver um cuidado voltado para a integralidade, visto que, segundo Belotti, Iglesias e Avellar (2019), esse termo apesar de polissêmico, precisa evidenciar o problema trazido pelo usuário e quais os recursos serão mobilizados tanto pela EqNasf quanto pela eSF para enfrentá-lo.

Na tabela 3, para o intervalo de acompanhamento ao longo do tempo dos usuários, as maiores frequências observadas entre a 1ª e a 3ª avaliação, foram a de 2 meses e 15 dias (26,8%) e 3 meses (24,4%). Outro estudo do grupo AcesSUS, utilizando o mesmo instrumento, evidenciou o acompanhamento mensal, em 48,4% dos pacientes (CABRAL, 2017), e no estudo de Lira (2017), os dados foram retirados de relatórios de acompanhamento dos casos clínicos trimestrais e semestrais, sem identificação do percentual obtido pelos mesmos.

Melo *et al.* (2018) apresentam o nó crítico relacionado ao próprio processo de gestão do Nasf, pois seria ingenuidade querer que a colaboração entre os trabalhadores surja meramente por estarem juntos em uma equipe. Há relações de poder que perpassam a questão dos gestores municipais, composição das equipes e planejamento das agendas. É necessário um enorme esforço para conseguir organizar a atuação e ser permeável às mudanças, agindo de forma colaborativa com as eSF e outros serviços na rede de atenção à saúde, permitindo o acesso para alcançar um cuidado mais qualificado.

Sabendo-se que 28 profissionais da EqNasf participaram do estudo e ao visualizar apenas as categorias profissionais, obtém-se a tabela 4. Aqui, o profissional de cada categoria integra apenas uma Equipe Nasf. Faz-se necessário explicar que, diferentemente desta, a tabela 3 foi apresentada de acordo com os 41 pacientes acompanhados, e que naquela situação, cada caso poderia ser acompanhando por, no mínimo 2 profissionais do Nasf.

Tabela 4 - Perfil dos profissionais das EqNasf envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.

Variáveis	Profissionais (%) n= 28
(Continua)	
Profissionais das EqNasf envolvidos*	
Assistente Social	14,3% (4)
Fisioterapeuta	14,3% (4)
Fonoaudióloga (o)	10,7% (3)
Nutricionista	14,3% (4)
Terapeuta Ocupacional	21,4% (6)
Profissional de Educação Física	14,3% (4)
Psicóloga (o)	10,7% (3)
Sexo	
Feminino	92,9% (26)
Masculino	7,1% (2)
Idade (Média, em anos)	34

Tabela 4 - Perfil dos profissionais das EqNasf envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.

Variáveis	Profissionais (%) n= 28
(Conclusão)	
Escolaridade**	
a) Relacionada à Área de Saúde da Família	
Residência	14,3% (4)
b) Relacionada à Área de Saúde Pública e afins	
Mestrado	3,6% (1)
Especialização	28,6% (8)
Residência	7,1% (2)
Cursos	14,3% (4)
c) Relacionada a Áreas clínicas	
Mestrado	28,6% (8)
Especialização	28,6% (8)
Residência	10,7% (3)
Total	100% (28)

Fonte: A autora.

Notas: *Considerando que são 6 EqNasf, e cada categoria se apresenta apenas uma vez. ** Na escolaridade, cada profissional pode ter mais de uma formação.

Ao considerar os profissionais de saúde das seis EqNasf que aceitaram participar da pesquisa, a amostra foi composta por vinte e oito profissionais, sendo 92,9% (26) mulheres. Quanto ao tempo de atuação no Nasf do município de JG, todos os profissionais possuíam no mínimo 1 ano de trabalho. A média de idade foi de 34 anos e a categoria com maior participação foi a Terapia Ocupacional, com 21,4% (6) e as categorias com menor participação foram a Psicologia e a Fonoaudiologia, com 10,7%. Quanto à escolaridade, 28,6% (8) dos profissionais possuíam especialização relacionada à área de Saúde Pública e afins, 28,6% (8) mestrado e 28,6% (8) especialização relacionados a áreas clínicas.

Além do perfil geral dos profissionais das EqNasf, foi utilizado um questionário semiestruturado (Apêndice C), indagando os aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho. Foi apresentado a cada um dos profissionais da EqNasf 4 itens: Relação entre os profissionais; Transporte; Materiais/Estrutura física; Formação/Capacitação para atuação no Nasf. Outros pontos que o profissional achasse pertinente podiam ser acrescentados. Quanto aos facilitadores, dois itens se sobressaíram como positivos: 92,9% destacaram a Relação entre os profissionais e 71,4% indicaram a Formação/Capacitação para atuação no Nasf.

Como aspecto dificultador o item Materiais/Estrutura física foi apontado por todos os profissionais do Nasf, sendo o Transporte, registrado por 71,4% dos respondentes, corroborando com o estudo de Gonçalves *et al.* (2015) e divergindo do estudo de Brocardo *et al.* (2018), que relatava disponibilidade de veículo para realização do trabalho do Nasf. Ao analisar a autonomia do profissional da área da saúde, não se pode relativizar ou esquecer as condições da estrutura de trabalho (FISCHBORN; CADONÁ, 2018).

Através do diário de campo, algumas impressões sobre as questões dificultadoras surgiram: em algumas equipes a falta do transporte ou o desvio dele para questões não relacionadas às atividades da EqNasf foram apontados como um grande problema para o andamento dos atendimentos na USF e nos domicílios, o que dificultava o acompanhamento dos pacientes no momento oportuno. Além disso, uma EqNasf revelou dificuldades de realizar o retorno das avaliações por questões de segurança, devido à violência no território, mostrando a fragilidade do meio em que usuários e profissionais estão inseridos no contexto de vida e trabalho.

Em outras equipes, a presença do transporte facilitava a execução das ações e o seguimento do planejamento da agenda do Nasf, permitindo a realização dos grupos, das avaliações e dos atendimentos pactuados, bem como do retorno dos mesmos.

As condições de trabalho também são mencionadas por Costa *et al.* (2014) como fatores que dificultam o processo de trabalho associando-se à resolutividade relacionada ao Nasf e as eSF. O cuidado é produzido pela riqueza do compartilhamento de saberes através das relações em rede entre os profissionais e na intercessão gerada pela construção de planos de cuidado com os usuários, portanto é imprescindível que o fluxo desses trabalhadores no território seja garantido pelos gestores para permitir que as ações sejam ofertadas à população (MELO *et al.*, 2018).

Em relação a outros aspectos que poderiam ser comentados no questionário semiestruturado (Apêndice C): alguns profissionais relataram como dificultador o entendimento das equipes apoiadas sobre o trabalho do Nasf, a distância do território dos demais serviços do município, a dificuldade de estar inseridos em equipe incompleta do Nasf e cobrindo a quantidade máxima de eSF.

A maneira de atuação da EqNasf no território, bem como sua interação com as eSF apoiadas sofre influência da rede de atenção à saúde existente e/ou da falta dela. Isso orientará as linhas de cuidado que o profissional irá priorizar na construção do seu trabalho, visando atender as necessidades da população (MELO *et al.*, 2018). Em Jabotão, cada Regional tem sua especificidade, e cada Nasf a agenda de acordo com as características daquele território.

Um estudo realizado em diferentes regiões do Brasil sobre as competências profissionais essenciais para o trabalho no Nasf evidenciou alguns domínios como: a organização do cuidado, o trabalho colaborativo, a realização do diagnóstico da comunidade, o planejamento das ações, o desenvolvimento de ações intersetoriais, o fortalecimento das políticas públicas, o desenvolvimento de ações educativas com a equipe e a atuação com as diferentes coletividades. Concluiu que há avanços nas práticas, mas permanecem dificuldades

para operacionalizá-las, requerendo investir no processo de trabalho interdisciplinar e corresponsável, na reformulação da formação em saúde para alcançar um cuidado integral (SHIMIZU; FRAGELLI, 2016).

Em relação à resolutividade clínico-assistencial, com a utilização do instrumento RCa-Nasf, foi realizada a comparação entre a 1ª e a 3ª avaliação, através dos componentes Funções e Estrutura do corpo (FE), Atividades e Participação (AP), Aspecto Social, Familiar e do Indivíduo (SFI), de acordo com a perspectiva dos profissionais de saúde e do usuário ou cuidador. Os resultados estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Evolução dos casos acompanhados pelas EqNasf, por componente do RCa-Nasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.

RCa-Nasf	Componente	Evolução (1ª e 3ª avaliação)	Geral (n = 41)
Parte 1	FE – Profissional	Positiva	80,4%
		Manteve	9,8%
		Negativa	9,8%
	FE – Usuário	Positiva	72,2%
		Manteve	22,2%
		Negativa	5,6%
	AP – Profissional	Positiva	70,8%
		Manteve	14,6%
		Negativa	14,6%
	AP – Usuário	Positiva	58,3%
		Manteve	25,0%
		Negativa	16,7%
Parte 2	SFI (+) Profissional	Positiva	23,1%
		Manteve	66,7%
		Negativa	10,2%
	SFI (+) Usuário	Positiva	15,0%
		Manteve	70,0%
		Negativa	15,0%
	SFI (-) Profissional	Positiva	65,8%
		Manteve	21,0%
		Negativa	13,2%
	SFI (-) Usuário	Positiva	59,3%
		Manteve	29,6%
		Negativa	11,1%

Fonte: A autora.

Notas: EqNasf= Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; RCa-Nasf= Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PE= Pernambuco; FE= Funções e estruturas do corpo; AP= Atividades e participação; SFI= Aspectos social, familiar e do indivíduo; (+)= Facilitadores; (-)= Dificultadores.

Com os dados obtidos na tabela 5, visualiza-se evolução positiva nas questões relacionadas aos componentes da parte 1 do formulário RCa-Nasf, principalmente no de FE, tanto na percepção dos profissionais, em 80,4% dos casos, como na dos usuários, em 72,2%, corroborando com os achados de Cabral (2017). Ainda na parte 1, no componente AP, observa-se evolução positiva na 3ª avaliação, tanto na percepção dos profissionais, em 70,8% dos casos, quanto na dos usuários, em 58,3%.

Já em relação à parte 2 do RCa-Nasf, no componente SFI, para os Dificultadores (-), houve uma evolução positiva em 65,8% dos casos, na percepção do profissional, e de 59,3%,

na percepção do usuário ou cuidador, diferindo um pouco dos dados de Cabral (2017). No componente SFI, em relação aos Facilitadores (+), verifica-se evolução positiva em 23,1% dos casos, e manutenção em 66,7%, na percepção dos profissionais, e 15% de evolução positiva e 70% de manutenção, na percepção dos usuários. Os facilitadores (+) ou dificultadores (-) são fatores que podem auxiliar ou prejudicar o desempenho funcional ou QV do usuário avaliado (CABRAL, 2017). Portanto, grande parte das questões que estavam dificultando a vida dos pacientes obteve melhora e para àquelas que estavam facilitando, houve manutenção em sua maioria e em alguma parte até melhoria.

Ao se voltar para o conceito de resolutividade adotado nesse estudo e somando os percentuais da Evolução (positiva e manteve), nas duas partes, em cada um dos componentes do RCa-Nasf (Tabela 5) verificam-se percentuais maiores ou iguais a 83,3% de alcance nos objetivos almejados.

Em cada um dos componentes, nas duas partes do instrumento RCa-Nasf, houve uma parcela de evolução negativa, mesmo que no geral, menor que 17% (Tabela 5), mas representa uma realidade para as condições clínicas dos indivíduos acompanhados nesse estudo. Nas DCNT, há ainda que lembrar que pode ocorrer agudização dos eventos e que não há receitas no trabalho vivo em ato, mas ferramentas e estratégias (como os grupos) que poderão ser utilizadas ou não diante das opções de recursos disponíveis. Porém, algo que não pode faltar é que, seja qual for a escolha, tem que fazer sentido para o cidadão, pois a sua implicação poderá gerar melhores resultados (MALTA; MERHY, 2010).

No campo da saúde, em seu conceito amplo, a qualidade de vida baseia-se em compreender as necessidades básicas do homem, tanto materiais quanto espirituais, visando à promoção da saúde. Em um olhar mais focal, a QV centraliza os esforços em uma vida sem doenças ou na capacidade de suplantar os obstáculos das circunstâncias advindas de uma enfermidade. Os profissionais de saúde trabalham no intuito de aliviar a dor, a aflição e as doenças, atuando sobre elas, diagnosticando, tratando, ou minimizando as sequelas dos agravos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A qualidade de vida, como a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida foi definida pelo grupo Whoqol (1995), considerando o contexto cultural em que essas pessoas estão inseridas, os valores vivenciados por elas, os seus objetivos, expectativas, padrões de vida e preocupações. A QV, portanto pode ser influenciada por elementos internos e externos (JESUS *et al.*, 2018), relacionando o ambiente com características e crenças pessoais, assim como a independência (FLECK, 2000).

Um dos estudos que trouxe dados quantitativos sobre as ações do Nasf na área de Reabilitação mostra que, após atendimentos nas unidades de saúde e no domicílio, os objetivos foram alcançados através da alta em 34,4% dos casos, e que em 45,8% houve encaminhamento para serviços especializados ou atividades coletivas (grupos) realizadas pela Equipe do Nasf, favorecendo o cuidado continuado e integral, o trabalho interdisciplinar e a resolutividade (REIS *et al.*, 2012).

De acordo com Veras e Oliveira (2018), mundialmente um modelo de cuidado resolutivo em saúde trabalha com o conhecimento da história de seu paciente, e aquele voltado para a população idosa tem especificidades próprias, devido à associação com doenças crônicas ou mesmo a um determinado grau de perda na funcionalidade.

Além da grande quantidade de idosos na população acompanhada, houve uma significativa presença de doenças crônicas em nosso estudo, com 48,8% dos pacientes apresentando HAS (Tabela 2), com alguns deles mostrando condições associadas. Fatores de risco como DM, obesidade, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo e o excesso de bebida alcoólica agravam essa condição clínica (BRANDÃO; NOGUEIRA, 2018). A cessação do tabagismo é fortemente encorajada a todas as pessoas, porém não promove a diminuição da PA, mas aumenta o risco de DCV e representa um fator negativo na adesão ao tratamento e no controle da PA (BRANDÃO; NOGUEIRA, 2018; MALACHIAS *et al.*, 2017).

Quanto à outra DCNT com expressividade em nossa população de estudo, a DM aparece em 29,3% dos usuários (Tabela 2). Mundialmente, houve uma alteração do perfil da doença, com aumento na prevalência de DM e diminuição da mortalidade, e isso reflete nas demandas e custos em saúde e na QV dos pacientes, devido às complicações advindas dela, com aparecimento de infecções, incapacidade física e cognitiva (HARDING *et al.*, 2019). Esse distúrbio metabólico heterogêneo e suas complicações ocorrem mais em pessoas sem tratamento ou com controle inadequado do que àquelas com adequado manejo (SBD, 2017).

De acordo com Cortez *et al.* (2015), quanto maior o tempo de diagnóstico da DM, maiores as chances de apresentar complicações, mostrando que, 32,2% das pessoas com diagnóstico superior a 10 anos manifestaram comprometimentos, para 12,1% dos indivíduos com de tempo de diagnóstico inferior a esse período. Isso não decorre apenas da quantidade de tempo com a doença, mas ao tratamento recebido durante a vida, pois as intervenções em décadas anteriores seguiam características diferentes, com menos intensidade e menor caráter preventivo. A preocupação atual envolve estratégias como autocuidado, modificações comportamentais, redução do surgimento de complicações e encorajamento dos indivíduos através do apoio dos profissionais de saúde.

Porém, as mudanças no comportamento exigem uma rotina de cuidados e monitorização que, muitas vezes, não consegue ser seguida de forma adequada, levando os pacientes a abandonarem o tratamento, agravando o quadro e dificultando o prognóstico, que pode resultar em impacto negativo na QV (ROSSANEIS *et al.*, 2019).

As DCNT são mencionadas no documento que trata das Diretrizes do Nasf, com a preocupação em observar a subjetividade no contexto do cuidado da HAS e DM, pois a dificuldade de manejo de alguns casos aparece constantemente com questões psíquicas e sociais. Isso implica a existência de uma rede de apoio, através de familiares, sociedade e profissionais de saúde que compreendam o processo de adoecimento (BRASIL, 2010).

O resgate do diário de campo e das discussões com as EqNasf sobre alguns dos casos clínicos acompanhados, traz uma realidade de dificuldade na adesão do tratamento, múltiplas condições clínicas em uma mesma pessoa, existência de comprometimentos físicos, mentais e funcionais importantes, contexto familiar como aspecto dificultador, além de questões financeiras que interferem no processo de saúde-doença. Todavia, mostra os grupos como uma boa ferramenta para o estímulo do cuidado e a família, quando apoiadora, um suporte social facilitador do processo.

A adesão ao tratamento é um assunto complexo, pois a doença crônica traz em si muitos fatores limitantes, não só para a pessoa que está doente, mas também para os seus familiares. Por se tratar de variedade de doenças e condições, cada uma terá sua especificidade, contudo, se adentrarmos no campo da saúde mental na APS, evidenciamos uma realidade muitas vezes precária, da “(des) assistência”, além de dificuldades no acesso à própria rede de atenção (CASTELLANOS *et al.*, 2015) e consequente prejuízo da QV de indivíduos com sofrimento psíquico (BRASIL, 2010).

A reflexão sobre o adoecimento crônico é trazida por Castellanos *et al.* (2015) através de uma coletânea que valoriza o protagonismo e a experiência das pessoas e suas famílias nesse processo de gestão diária, permeada por intersubjetividade nas negociações, conflitos, recidivas, intercorrências, restrições e novos significados das relações sociais. Além disso, há associação entre doenças crônicas e incapacidade funcional (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2016).

No caso da presença de uma enfermidade crônica, a finalidade não deve ser a cura, mas a estabilização e monitoramento dos resultados no cuidado, principalmente no idoso. Para que a capacidade funcional possa ser preservada e atue na melhoria da QV deve-se estimular a prevenção, seja quando existe ou não uma doença. Um modelo que inclua um

plano terapêutico organizado e de qualidade beneficiará a todos: indivíduo, família e sistema (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

Ainda na perspectiva das DCNT, a resolutividade é citada por Malta e Merhy (2010), como uma palavra-chave na LC no sentido da integralidade do cuidado, pois esse deveria acontecer de forma contínua e não segmentada. O processo inclui responsabilização por parte dos envolvidos (gestores, profissionais, usuários, família) e vínculo entre os “cuidadores” ou “gestores do cuidado” que atuam nesse encontro com o indivíduo.

Aspectos sobre a condição de saúde física e mental do indivíduo inferem sobre sua qualidade de vida relacionada à saúde (YIN *et al.*, 2016). Por isso, com os dados obtidos na Tabela 5, infere-se que houve uma atuação positiva dos profissionais de saúde da EqNasf, em suas diversas áreas de conhecimento, para a resolutividade e a melhoria da qualidade de vida dos usuários acompanhados nesse estudo.

O acompanhamento dos usuários por EqNasf e a evolução clínica, com a utilização do instrumento RCa-Nasf, para avaliação geral dos seus componentes, tanto na percepção do profissional, quanto na do usuário e/ou cuidador é mostrado na Tabela 6.

Tabela 6 - Evolução dos casos acompanhados, por EqNasf, de acordo com componentes do RCa-Nasf e a percepção dos profissionais e usuários, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.

RCa-Nasf	Componente	Evolução	Equipe A (n = 9)	Equipe B (n = 5)	Equipe C (n = 5)	Equipe D (n = 10)	Equipe E (n = 6)	Equipe F (n = 6)
Parte 1	FE – Profissional	Positiva	77,8%	40,0%	80,0%	90,0%	100,0%	83,3%
		Manteve	11,1%	40,0%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%
		Negativa	11,1%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	16,7%
	FE – Usuário	Positiva	71,4%	20,0%	80,0%	90,0%	100,0%	66,6%
		Manteve	28,6%	60,0%	20,0%	10,0%	0,0%	16,7%
		Negativa	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%
	AP – Profissional	Positiva	66,7%	40,0%	80,0%	80,0%	100,0%	50,0%
		Manteve	33,3%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%
		Negativa	0,0%	20,0%	20,0%	20,0%	0,0%	33,3%
	AP – Usuário	Positiva	28,6%	0,0%	75,0%	77,8%	100,0%	60,0%
		Manteve	71,4%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%
		Negativa	0,0%	40,0%	25,0%	22,2%	0,0%	20,0%
Parte 2	SFI (+) Profissional	Positiva	12,5%	60,0%	25,0%	10,0%	50,0%	0,0%
		Manteve	87,5%	20,0%	50,0%	80,0%	50,0%	83,3%
		Negativa	0,0%	20,0%	25,0%	10,0%	0,0%	16,7%
	SFI (+) Usuário	Positiva	100,0%	0,0%	75,0%	14,3%	0,0%	0,0%
		Manteve	0,0%	100,0%	0,0%	85,7%	100,0%	100,0%
		Negativa	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	SFI (-) Profissional	Positiva	50,0%	60,0%	100,0%	70,0%	100,0%	33,4%
		Manteve	37,5%	20,0%	0,0%	20,0%	0,0%	33,3%
		Negativa	12,5%	20,0%	0,0%	10,0%	0,0%	33,3%
	SFI (-) Usuário	Positiva	40,0%	33,3%	75,0%	77,8%	66,7%	33,4%
		Manteve	60,0%	66,7%	0,0%	11,1%	33,3%	33,3%
		Negativa	0,0%	0,0%	25,0%	11,1%	0,0%	33,3%

Fonte: A autora.

Notas: EqNasf= Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; RCa-Nasf= Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PE= Pernambuco; FE= Funções e estruturas do corpo; AP= Atividades e participação; SFI= Aspectos social, familiar e do indivíduo; (+)= Facilitadores; (-)= Dificultadores. N= número de casos clínicos acompanhados por Equipe Nasf.

Ao analisar a Tabela 6 e refletir sobre o conceito de Resolutividade adotado nesse estudo, percebe-se que houve uma boa evolução, visto que, dos casos acompanhados, somando os percentuais de manutenção e melhora nas condições avaliadas, em cada componente, para cada EqNasf, eles foram maiores ou igual a 60%.

Esses dados corroboram com o estudo de Sousa (2016), em que, na assistência, a resolutividade do Nasf atingiu a proporção de 60% na categoria da Psicologia, e percentuais superiores a 70% para as outras categorias profissionais, demonstrando ampliação nas ações da APS.

A evolução negativa, representada por 40% no componente AP – Usuário, da Equipe B (Tabela 6), foi verificada pela análise do banco de dados. Esse resultado ocorreu devido a dois casos clínicos, um deles na área de Saúde mental (Transtorno mental) e a dificuldades na interação e relacionamentos interpessoais, bem como exacerbação das restrições na vida comunitária e social (para realizar atividades de recreação e lazer).

A outra situação envolve um caso de seqüela relacionado à lesão traumática, com muitos comprometimentos já instalados, que levaram a isolamento social e restrição das atividades de lazer do indivíduo.

Outra consideração pode ser feita através da evolução negativa (33,3%) em dois dos casos da Equipe F, nos componentes AP – Profissional, SFI (–) Profissional e Usuário. As pessoas acompanhadas apresentavam muitos agravos, uma delas com doença degenerativa e transtornos associados à saúde mental e a outra com doenças reumáticas, deficiência e problemas de saúde mental. Todas essas questões provavelmente demandariam maior tempo de acompanhamento para proporcionar melhores impactos na vida dos usuários.

Quando se observa a Resolutividade com o Perfil das EqNasf, percebe-se que na Equipe E, não há nenhuma evolução negativa (Tabela 6) e resgatando o banco de dados, nota-se que todas as categorias profissionais se envolveram na pesquisa e que, dentre os participantes, a equipe possui formação para atuação em áreas clínicas, Saúde Coletiva e Saúde Mental.

A atuação da equipe do Nasf, e de cada profissional, particularmente, depende de diversos fatores como a dinâmica de trabalho das próprias EqNasf e eSF, a formação/capacitação desses profissionais, as características dos serviços e das demandas dos comunitários e os recursos disponíveis, dentre outros (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Com o desenvolvimento da pesquisa, pode-se perceber que o alcance da resolutividade, independe de estarem os profissionais presentes ao mesmo tempo e no mesmo espaço físico durante o atendimento ao usuário. Isso corrobora com Tesser (2017) que afirma

não haver essa necessidade exacerbada da presença física concomitante. Há como atuar de forma interdisciplinar e compartilhada, mantendo seu núcleo de saber como especialista e lidando com as demandas e necessidades do usuário e da própria equipe de Saúde da Família, ao envolver o saber específico dos profissionais da retaguarda especializada, para melhor manejo dos casos. Isso não invalida a necessidade de discussão entre EqNasf e eSF de forma presencial, a utilização da interconsulta, a construção dos projetos terapêuticos e manejo dos casos mais complexos.

A partir da soma das pontuações obtidas na primeira e terceira avaliação, foi calculada a média de cada componente do RCa-Nasf, o valor de *p*, e obtida a Tabela 7. Quanto maior a média, maior a quantidade de subcategorias pontuadas ou qualificadas em cada componente (CABRAL, 2017).

Tabela 7 - Pontuações obtidas na 1ª e 3ª avaliação, por componente do RCa-Nasf, de acordo com a percepção dos profissionais das EqNasf e usuários, Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil, 2019.

RCa-Nasf	Componente	Avaliação		Valor de <i>p</i> *	Valor de <i>p</i> **
		Primeira Média (DP)	Terceira Média (DP)		
Parte 1	FE Profissional	2,4 (0,7)	1,7 (0,8)	< 0,001	< 0,001
	FE Usuário	2,7 (0,8)	1,7 (0,9)	< 0,001	< 0,001
	AP Profissional	2,6 (0,8)	2,0 (1,1)	< 0,001	< 0,001
	AP Usuário	2,9 (0,9)	2,2 (1,3)	0,001	0,001
Parte 2	SFI (+) Profissionais	1,9 (0,7)	1,9 (0,6)	0,277	0,205
	SFI (+) Usuários	1,7 (0,6)	1,7 (0,6)	0,481	0,671
	SFI (-) Profissionais	2,6 (0,8)	2,1 (1,0)	0,001	0,001
	SFI (-) Usuários	2,7 (1,0)	2,0 (1,3)	0,007	0,003

Fonte: A autora, a partir do Teste *t* pareado* e do Teste de Wilcoxon**

Notas: RCa-Nasf= Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Nasf= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PE= Pernambuco; FE= Funções e estruturas do corpo; AP= Atividades e participação; SFI= Aspectos social, familiar e do indivíduo; (+)= Facilitadores; (-)= Dificultadores; DP= desvio padrão; *p*-valor= significância estatística (<0,05).

A tabela 7 confirma que a parte 1 do instrumento, nos componentes FE e AP e a parte 2, componente SFI (-) foram as mais avaliadas. Quando as médias da primeira e terceira avaliação foram comparadas, verificou-se diferença estatística significativa (*p*-valor <0,05), exceto para o componente SFI (+), que obteve *p*-valor >0,05, tanto na percepção dos profissionais quanto na dos usuários, corroborando com os dados obtidos por Cabral (2017). Porém, ao analisar as médias da 1ª e 3ª avaliação nesse componente, observa-se manutenção dos valores, inferindo que os aspectos facilitadores na vida dos indivíduos permaneceram estáveis, o que de certa forma é positivo para a resolutividade e QV.

É interessante notar que o ambiente em geral influencia e é influenciado pelo sistema de saúde, porém a QV também está relacionada ao padrão que a sociedade cria para si, de

forma consciente ou não, o que norteia, muitas vezes, positivamente as modificações no estilo e nas condições de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para comparar os dados quantitativos dessa pesquisa, com a utilização do mesmo instrumento, o RCa-Nasf, há apenas o estudo de Cabral (2017), sendo necessário ampliar a avaliação dos resultados do Nasf, de forma longitudinal, para maiores evidências.

Neste estudo, o foco é a resolutividade das ações clínico-assistenciais do Nasf, porém, conforme Campos *et al.* (2014), a contribuição do apoio matricial (técnico-pedagógico ou clínico-assistencial) no aumento da resolutividade pode ocorrer pela dimensão a ser trabalhada, seja ela na assistência (atendimentos individuais, domiciliares, grupos), no apoio educativo ou no encaminhamento a outros serviços, contanto que se percebam as necessidades dos sujeitos e das equipes de referência.

No trabalho diário, dentro do apoio matricial, as ações do Nasf encontram dificuldades e resistências para atingir um cuidado integral e resolutivo almejado pelo SUS (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017), mas em uma pesquisa de âmbito nacional acerca da atuação do Nasf na promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil, alguns dados são trazidos sobre o tema, sugerindo impactos positivos, contudo permanecem questionamentos em relação à proporção dos beneficiários de suas ações e os efeitos das intervenções na saúde da população (SEUS *et al.*, 2019).

A sistematização das possibilidades de utilização do RCa-Nasf para o matriciamento, teve início desde as oficinas realizadas com os profissionais das EqNasf para conhecer o instrumento e suas formas de aplicação, antes da coleta dos dados. A importância de trazer um instrumento que demonstre os resultados do Nasf vem da necessidade de fortalecimento do trabalho realizado, diante do cenário político atual, de desmonte, principalmente com a retirada do financiamento federal dos Núcleos, a partir da portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019.

O formulário RCa-Nasf pode auxiliar na discussão dos casos entre EqNasf e eSF, à medida que favorece um cuidado integral do indivíduo, através da identificação de aspectos da funcionalidade e do contexto de vida, com registro de dificuldades e comprometimentos referidos pelo usuário e pela avaliação dos profissionais de saúde que o acompanham, permitindo mobilizar os recursos necessários para a intervenção mais coerente.

O instrumento permite a visualização do usuário das suas queixas e condições de saúde existentes, dos fatores que facilitam e dificultam seu desempenho funcional e sua qualidade de vida (CABRAL, 2017) além de seu progresso ao longo do tempo, podendo gerar

compartilhamento de metas e planos para atuar de forma específica nos processos clínico-assistenciais vigentes.

Com as informações registradas e o acompanhamento realizado, os dados também podem ser utilizados pelos gestores, além dos usuários e profissionais (EqNasf e eSF) para demonstração dos resultados da atuação compartilhada dos profissionais do Nasf com a eSF, bem como revelar a complexidade de condições de saúde e doença que envolvem o trabalho realizado, com a necessidade de atuação em diferentes variáveis que envolvem o cuidado em saúde, no contexto da APS.

O cuidado holístico envolve o atendimento às necessidades da pessoa, em sua singularidade e especificidade, considerando os aspectos biopsicossociais. Diante do processo de saúde-doença, na integralidade, os profissionais de saúde compreendem o indivíduo em sua visão ampla, dentro de seu contexto individual, familiar, ambiental e laboral. A reflexão sobre as multiplicidades que compõem o bem-estar na vida e os fatores condicionantes e determinantes em saúde, abrangem dimensões biológicas, orgânicas, históricas, psicológicas, culturais, econômicas, educacionais e sociais. As práticas integrais bem fundamentadas favorecem a equidade (SANTOS *et al.*, 2018), a funcionalidade humana e a integração dinâmica entre as dimensões da saúde do indivíduo (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Em uma conjuntura histórica e política de descaracterização da ESF, como estabelece a atual PNAB (BRASIL, 2017), a nomenclatura do Nasf retira de sua sigla a palavra apoio para inserir a noção de ampliação, com reconhecimento de outras estratégias que não a Saúde da Família, com a volta do olhar para as tradicionais unidades básicas de saúde, questão vista de maneira negativa (MELO *et al.*, 2018a; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Além disso, a reflexão perpassa a semântica, ao se preocupar com todo o contexto econômico e as mudanças apresentadas, decorrentes de uma falta de discussão profunda com os diversos atores sociais (MELO *et al.*, 2018a).

Os objetivos do Nasf incluem a ampliação da resolutividade e da integralidade das ações da APS, no SUS. Todavia, de acordo com as políticas esperadas, seus resultados ainda não são efetivos (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017). As suas diretrizes, por sua vez, apontam as barreiras a serem superadas, tendo em sua missão, a contribuição no aumento da resolutividade, no compartilhamento e coordenação do cuidado em saúde (BRASIL, 2010).

Teoricamente, com a atuação matricial do Nasf há melhorias na resolutividade e integralidade da APS, porém carências em relação ao monitoramento podem levar a interferência nessa resolutividade e na qualidade do cuidado (BROCARD *et al.*, 2018). Na

APS em geral, são requeridos mais estudos acerca da avaliação da efetividade e resolutividade (VASCONCELOS *et al.*, 2018), e no Nasf especificamente, de monitoramentos que mostrem os resultados conquistados (SOUZA; CALVO, 2018) e trabalhos de autores com experiência prática (MAFFISSONI *et al.*, 2018).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para inferir a resolutividade clínico-assistencial das EqNasf estudadas foram demandados esforços da pesquisadora responsável, tanto na mobilização de profissionais do Nasf quanto no matriciamento dessas equipes para utilizarem uma nova ferramenta de trabalho, o instrumento RCa-Nasf, que é destinado à avaliação e ao monitoramento dos casos prioritários para o acompanhamento interprofissional.

Ao analisar o perfil dos profissionais, observou-se a participação de todas as categorias, destacando-se a atuação dos terapeutas ocupacionais e dos fisioterapeutas na maioria dos casos que foram incluídos, seguidos pelos nutricionistas e pelos assistentes sociais, que também foram bastante solicitados para o acompanhamento clínico dos pacientes.

Esse achado corrobora com o perfil dos usuários incluídos que, em sua maioria, eram idosos, mulheres e apresentavam doenças crônicas, como HAS e DM, além da grande frequência de condições associadas à saúde mental. É importante ressaltar que os casos estudados representam as necessidades de saúde da população das áreas adscritas, ou seja, coberta pelas eSF e apoiadas pelas EqNasf. Nessa perspectiva, representa uma realidade característica dos residentes no Brasil, com grande quantidade de doenças crônicas não transmissíveis, problemas de saúde mental e limitações devido a condições de vida precárias, que trazem em si um significado maior no cuidado.

Outro aspecto que vale ser ressaltado é a formação dos profissionais participantes desse estudo. Foram identificadas diferentes áreas de especializações, não apenas na Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família, mas também nas clínicas específicas para cada núcleo de trabalho, fato que pode representar um aspecto importante para auxiliar nas avaliações clínicas e nas tomadas de decisões. Diante da relevância desta temática, sugere-se a realização de novos estudos que busquem comparar os diferentes perfis de formação dos profissionais das EqNasf e a resolutividade dos problemas demandados na APS.

Ao comparar os dados fornecidos pelo RCa-Nasf, observou-se que, na grande maioria dos componentes, houve diferença positiva e estatisticamente significativa em relação à evolução clínica dos indivíduos acompanhados pelas EqNasf, com registros de, no mínimo, 83,3% de resolutividade. Assim sendo, menos de 17% obteve evolução clínica negativa, com piora em algum aspecto da qualidade de vida. Esses achados confirmam que a proposta de trabalho interdisciplinar do Nasf representa uma estratégia importante para o aumento da resolutividade na APS.

Com os dados obtidos pelo presente estudo, os resultados das ações clínico-assistenciais do Nasf evidenciam atuação positiva dos profissionais de saúde, em suas diversas áreas de conhecimento, para a resolutividade e a melhoria da qualidade de vida dos usuários acompanhados nesse estudo.

Na avaliação por EqNasf, percebe-se que ao observar a manutenção e a evolução positiva nos percentuais de resolutividade, obtém-se valores mínimos de 60%, por componente do instrumento. Vale ressaltar que houve EqNasf sem nenhum caso com piora clínica e outras equipes com percentuais de evolução negativa que variaram de 10 a 40%.

O estudo propõe a utilização do RCa-Nasf para o matriciamento dos casos a serem discutidos entre as EqNasf e com as eSF, enriquecendo o processo de trabalho e a prática da avaliação em saúde. A sistematização do uso desse novo instrumento, na rotina do atendimento interprofissional do Nasf, foi concretizada ao longo de toda pesquisa, por meio das oficinas de matriciamento e das discussões durante o processo de acompanhamento dos usuários estudados.

Em vista dessas acepções, e com a carência de dados comparativos com outros estudos que mostrassem resultados quantitativos em relação à resolutividade do Nasf de forma longitudinal, percebe-se a necessidade de ampliação do registro e das avaliações do trabalho desenvolvido por estas equipes. Faz-se necessário a observação de diferentes contextos, para que possa fortalecer os objetivos trazidos em suas normativas, na qualidade e integralidade na APS.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 39, p. 133-144, 2012.
- ACIOLE, G. G.; OLIVEIRA, D. K. S. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1090-1101, 2017.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2019 abridged for primary care providers. **Clinical Diabetes**, Alexandria, v. 37, n. 1, p. 11-34, 2019.
- AKERMAN, M.; FREITAS, O. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, suppl. 2, p. 1-5, 2017.
- ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 373-398, 2017.
- ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; WÜNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 1, p. 30-36, 2007.
- ARAÚJO, P. S. *et al.* Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, suppl. 2, p.1-11, 2017.
- ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 228-240, 2017.
- BELOTTI, M.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Análise Documental sobre as Normativas do Trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, p. 1-14, 2019.
- BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 188-202, 2018.
- BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 67-72, 2017.
- BRANDÃO, A. A.; NOGUEIRA, A. R. **Manual de hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: SOCERJ, 2018. 108 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica: Retrospectiva 2018**. 2018. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/5094>. Acesso em: 04 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce:** crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Indicadores de desempenho do PMAQ:** quais são e por que monitorá-los. 2017b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2447. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **NASF-AB completa dez anos.** 2018a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/2552>. Acesso em: 09 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Gestão da Atenção Básica. **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Trajetória da estratégia, organização do processo de trabalho e perspectivas do Ministério da Saúde.** Apresentação em PowerPoint. 2018b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/geral/Apresentacao_Nasf.pdf. Acesso em 29 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 220, p. 97, 13 nov. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas em reabilitação na AB:** o olhar para a funcionalidade na interação com o território. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 50 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2018. 2018c. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em: 13 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132p.

BRAZ, R. G. *et al.* Confiabilidade e validade de medidas angulares por meio do software para avaliação postural. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 21, n. 3, p. 117-126, 2008.

BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N.; OLINDA, R. A. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 825-832, 2016.

BROCARD, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 130-144, 2018.

BULGARELI, J. *et al.* A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 383-391, 2014.

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. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde de Campos**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG: Coopmed, 2010. 114p.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 18, suppl. 1, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CANUTO, R.; FANTON, M.; LIRA, P. I. C. Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3193-3212, 2019.

CARVALHO, M. N. *et al.* Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 295-302, 2018.

CARVALHO, M. P. *et al.* Capacidade funcional como determinante da qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. **Vitalle - Revista de Ciências da Saúde**, Rio Grande, v. 23, n. 1, p. 19-27, 2011.

CASTANEDA, L. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – way to Health Promotion. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 229-233, 2018.

CASTELLANOS, M. E. P. *et al.* **Cronicidade**: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza: EdUECE, 2015. 602 p.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise dos efeitos. *In*: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a. p. 159-182.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; TANON, A. Utilizar a Avaliação. *In*: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 241-261.

CHEHUEN NETO, J. A. As atitudes e o conhecimento sobre práticas de vida saudáveis de uma amostra da população de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 1, p. 51-60, 2017.

COELHO, S. F. C.; MELO, R. A. Assistência ao homem na Estratégia Saúde da Família. **Id on line Revista Multidisciplinar de Psicologia**, Jabotão dos Guararapes, v. 12, n. 41, p. 485-508, 2018.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

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

CORTEZ, D. N. *et al.* Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 250-255, 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p.705-711, 2006.

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

- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, suppl. 1, p. 1029-1042, 2011.
- DEGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde:** opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- DIETRICH, A.; COLET, C. F.; WINKELMANN, E. R. Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, p. 1266-1271, 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7494/pdf_1. Acesso em: 05 dez. 2019.
- DONABEDIAN, A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 28, n. 3, p. 324-327, 1986.
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.
- FEITOSA, A. N. C. *et al.* Avaliação em Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Id on line Revista Multidisciplinar de Psicologia**, Jaboatão dos Guararapes, v. 10, n. 30. suppl. 2, p. 274-281, 2016.
- FERNANDES, E. T. P.; SOUZA, M. N. L.; RODRIGUES, S. M. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, p.1-17, 2019.
- FISCHBORN, A. F.; CADONÁ, M. A. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 227-237, 2018.
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.
- FURTADO J. P. *et al.* Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 1-12, 2018.
- GENTIL, R. M.; LEAL, S. M. R.; SCARPI, M. J. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 66, n. 2, p. 159-165, 2003.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018.

- GONÇALVES, R. M. A. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.
- HADDAD, N. Alguns testes não paramétricos. In: HADDAD, N. (org.). **Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde**: Como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca, 2004. p. 215-226.
- HALAL, I. S. *et al.* Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 131-136, 1994.
- HARDING, J. L. *et al.* Global trends in diabetes complications: a review of current evidence. **Diabetologia**, Berlim, v. 62, p. 3-16, 2019.
- HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p.
- HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 275 p.
- IBGE. **Jaboatão dos Guararapes**. Síntese das informações. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>. Acesso em: 13 jan. 2018.
- IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE. 2018 a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=resultados>. Acesso em: 28 nov. 2019.
- IBGE. **População estimada**: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>. Acesso em: 31 jan. 2020.
- JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto de ampliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Jaboaão dos Guararapes: Secretaria de Saúde, 2017. 44p.
- JANODIA, M. D. Health Related Quality of Life (HRQOL) Measures in Healthcare Delivery System: Indian Perspective. **Journal of Young Pharmacists**, Bangalore, v. 8, n. 3, p. 164-167, 2016.
- JESUS, I. T. M. *et al.* Fragilidade e qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 4, p. 1-9, 2018.

KEMPFER, S. S. *et al.* Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 12, p. 1066-1073, 2011. número especial.

KLEIN, A. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-10, 2017.

LANDEIRO, G. M. B. *et al.* Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4257-4266, 2011.

LEVORATO, C. D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014.

LIMA, A. C. S.; FALCÃO, I. V. A formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF do Recife, PE. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 3-14, 2014.

LIMA, R. S. A. *et al.* O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 25-31, 2019.

LIRA, A. C. **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.

MAFFISSONI, A. L. *et al.* Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.119, p. 1012-1023, 2018.

MALACHIAS, M. V. B *et al.* 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 38-42, 2017.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2012. 296 p.

MARTINS, J. S. *et al.* Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2016.

MARTINS FILHO, M. T.; NARVAI, P. C. O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 646-654, 2013.

- MELO, E. A. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 328-340, 2018.
- MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018a.
- MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-45.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-326, 2003.
- MESQUITA, F. O. S.; PARENTE, A. S. Análise da expansão e cobertura dos núcleos de apoio à saúde da família no estado de Pernambuco. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE 3, 2018, Campina Grande. **Anais [...]**. Campina Grande: Realize, 2018.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.
- MORETTI, P. G. S. FEDOSSE, E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 241-247, 2016.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.
- NASCIMENTO, C. M. B. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.
- NASCIMENTO, R. C. R. M. *et al.* Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, suppl. 2, p.1-12, 2017.
- NICOLA, T.; PELEGRINI, A. H. W. Avaliação em Saúde nos serviços de Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 8, n. 1, p. 1-17, 2018.
- NÓBREGA, L. M. B. *et al.* Características e qualidade de vida de pessoas com diabetes. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1243-1252, 2019.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa, 2004.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.
- PEDROSO, B.; PINTO, G. M. C. (org.) **Avaliação da qualidade de vida em saúde. Instrumentos de medida e aplicações**. 2017. 176p.
- PEREIRA, J.; KLEIN, C.; MEYER, D. E. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 132-146, 2019.
- PEREIRA, K. G. *et al.* Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 335-344, 2017.
- PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.
- REIS, D. C. *et al.* Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 663-674, 2012.
- ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-351, 2011.
- ROSSANEIS, M. A. *et al.* Fatores associados ao controle glicêmico de pessoas com diabetes mellitus. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 997-1005, 2019.
- SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-483, 2009.
- SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, 2012.
- SANTIAGO, F. P. *et al.* Perfil de homens na Atenção Primária à Saúde. **Holos**, Natal, v. 5, p. 430-439, 2015.
- SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 253 p.
- SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017.
- SANTOS, C. T. B. *et al.* A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1233-1240, 2018.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, 2019.

SEUS, T. L. C. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 1-14, 2019.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 599-615, 2017.

SILVA, G. *et al.* Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 404-417, 2017a.

SILVA, I. C. B. *et al.* Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.

SIMÉANT, S. Capacidad resolutive de la demanda de atención de morbilidad a nivel primario, Chile, 1981. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 97, n. 2, p. 125-141, 1984.

SHIMIZU, H. E.; FRAGELLI, T. B. O. Competências profissionais essenciais para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 216-225, 2016.

SOUZA, T. T.; CALVO, M. C. M. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 41, p. 1-11, 2018.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, 2018.

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.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002, 726p.

STEINER, W. A. *et al.* Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. **Physical Therapy**, Oxford, v. 82, n. 11, p. 1098-1107, 2002.

TAKESHITA, W. M. *et al.* Verificação da proporção áurea em radiografias cefalométricas laterais, de portadores de Classe II de Angle, antes e depois do tratamento ortodôntico. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, n. 29, p. 16-24, 2007.

TEIXEIRA, M. B *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 52-68, 2014.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, 2017.

THE WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 1998. 107p.

TORRES, L. *et al.* Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 822-828, 2012.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **Sanare**, Sobral, v. 17, n. 1, p. 65-73, 2018.

VEIGUELA, D. R. *et al.* Explorando las actividades diarias y la participación social: un estudio en personas con una condición de salud del aparato locomotor. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 513-526, 2018.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

VIEIRA, S. S.; NEVES, C. A. B. Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 29, n. 1, p. 24-33, 2017.

VOLPONI, P. R. R.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 221-231, 2015.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015.

YIN, S. *et al.* Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. **Population Health Metrics**, London, v. 14, n. 22, p. 1-9, 2016.

APÊNDICE A – TCLE PROFISSIONAL

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**” / “**Avaliação da Resolutividade clínico-assistencial dos Núcleos de Apoios à Saúde da Família no município de Jaboatão dos Guararapes**” de autoria de Caroline Guimarães Damascena, sob a orientação da professora Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque, vinculadas ao Instituto Aggeu Magalhães (IAM-Fiocruz/PE).

A pesquisa tem como objetivo avaliar a resolutividade clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Jaboatão dos Guararapes, além de caracterizar o perfil dos profissionais que atuam nos NASF desse município; quantificar a evolução clínica dos usuários assistidos pelo NASF; construir um fluxograma dos usuários incluídos no estudo e sugerir uma matriz de casos prioritários para atendimentos pelos profissionais do NASF.

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 uma pesquisa formada por profissionais que atuam nos NASF no município de Jaboatão dos Guararapes, através de um instrumento validado por pesquisadores da Fiocruz que busca avaliar a resolutividade clínico-assistencial dos NASF. Em relação aos riscos poderão ocorrer constrangimentos em responder a alguma das questões formuladas, entretanto, salienta-se que nenhum dos entrevistados será identificado e todos os resultados serão apresentados na forma de dados agregados. 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 avaliação da resolutividade, além da contribuição acadêmica.

Os dados quantitativos, coletados com a aplicação do instrumento proposto, serão tabulados e posteriormente analisados 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 via 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 a pesquisadora mestranda Caroline Guimarães Damascena ou com a sua orientadora Paulette Cavalcanti de Albuquerque pelo telefone (81) 2101-2665, e-mail: caroline.damascena@yahoo.com.br ou no endereço do CpqAM. Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária Recife – PE – CEP: 50.670-420 Telefone: (81) 2101-2500/2101-2600 – Campus da UFPE www.cpqam.fiocruz.br Fax: (81) 3453-1911.

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 – 12:00. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, _____, declaro que recebi uma via 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 _____

Assinatura do pesquisador responsável _____

Data ____/____/____

APÊNDICE B – TCLE USUÁRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): USUÁRIO

Prezado (a) Usuário,

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**” / “**Avaliação da Resolutividade clínico-assistencial dos Núcleos de Apoios à Saúde da Família no município de Jaboatão dos Guararapes**” de autoria de Caroline Guimarães Damascena, sob a orientação da professora Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque, vinculadas ao Instituto Aggeu Magalhães (IAM-Fiocruz/PE).

A pesquisa tem como objetivo de avaliar o impacto das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) na qualidade de vida dos usuários. 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 o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o serviço de saúde ao qual está sendo acompanhado.

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar participar de avaliações sobre a sua condição de saúde, onde profissionais do Nasf irão aplicar um instrumento de medida em três momentos distintos. Em relação aos riscos poderão ocorrer constrangimentos em responder algumas questões que envolvam sua saúde, entretanto, salienta-se que nenhum dos usuários será identificado e todos os resultados serão apresentados em forma de dados. Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre a impacto das ações clínicas do Nasf, além da contribuição para as pesquisas.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo no apoio a gestão e aos profissionais da saúde no que refere a organização e desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf na rede de atenção a saúde do Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;

3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, uma via 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 a pesquisadora mestranda Caroline Guimarães Damascena ou com a sua orientadora Paulette Cavalcanti de Albuquerque pelo telefone (81) 2101-2500, e-mail: caroline.damascena@yahoo.com.br ou no endereço do IAM Fiocruz/PE.

Eu, _____, declaro que recebi uma via deste termo de consentimento, tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, estou ciente dos meus direitos relacionados e que aceito participar desse estudo.

Assinatura do Participante _____

Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador responsável _____

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Nome:

Feminino Masculino

D.N:

Profissão:

NASF: Regional:

Especialização Mestrado Doutorado

Em que: _____

Outros cursos relevantes relacionados ao seu trabalho: _____

Desde quando trabalha nessa função (mês/ano): _____

Para o NASF:

Aspecto facilitador (+) /dificultador (-) à operacionalização do trabalho do seu NASF.

Coloque o símbolo no quadrado.

Transporte Formação/Capacitação para atuação no NASF

Relação entre os profissionais Materiais/Estrutura física

Outros: _____

APÊNDICE D – RELATÓRIO TÉCNICO

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

CAROLINE GUIMARÃES DAMASCENA

RELATÓRIO TÉCNICO

**RECIFE
2020**

CAROLINE GUIMARÃES DAMASCENA

RELATÓRIO TÉCNICO

Projeto de intervenção como contribuição ao município de Jaboatão dos Guararapes, oriundo da dissertação de mestrado profissional apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães /Fundação Oswaldo Cruz.

RECIFE

2020

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), muitas vezes denominada Atenção Básica, está distante de uma prática simples, pois representa um nível complexo de atenção à saúde, com desenvolvimento de inúmeras ações e competências (OLIVEIRA; BADUY; MELCHIOR, 2019). No Brasil, a porta de entrada da APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), fundamentada no direito à saúde e equidade do cuidado, reorientando o modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Para melhora da qualidade da APS e ampliação das ações e da resolutividade clínica da ESF, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), foram criados em 2008, através da Portaria nº 154, do Ministério da Saúde, com o objetivo de expandir as respostas à maioria dos problemas de saúde apresentados pela população. Seu trabalho tem como referência teórico-metodológica o apoio matricial (BRASIL, 2014), que ocorre em duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica (BRASIL, 2010).

Se resgatarmos a teoria matemática da matriz, o apoio matricial potencializaria a resolutividade no cuidado integral em saúde, pois teríamos como inspiração: acesso (princípio da universalidade), responsabilização (vínculo) e autonomia (respeito à singularidade do indivíduo). Além desses três elementos, o matriciamento deveria revelar encontro entre aqueles que matriciam e aqueles que são matriciados. Não uma relação “materno-infantil”, mas uma prática revestida de colaboração e diálogo (MEDEIROS, 2015).

O trabalho do Nasf enfrenta alguns desafios e um deles é a criação de “um coletivo cuidador”, que permita apoiar, compartilhar e transformar as ações e práticas em equipe (além das suas categorias profissionais), atendendo às necessidades dos usuários e resultando em cuidado em saúde e aumento da resolutividade (OLIVEIRA; BADUY; MELCHIOR, 2019). Além disso, a literatura aponta necessidades de estudos que mostrem os resultados alcançados pelo Nasf, na sua integração com as Equipes de SF (SOUZA; CALVO, 2018).

No projeto de intervenção proposto foi utilizado o Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Nasf (RCa-Nasf), instrumento que foi produto de uma tese de doutorado (CABRAL, 2017), construído pelo grupo de pesquisa em Redes Integradas de Saúde: Acesso, gestão do trabalho e educação (AcesSUS), do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco. Ele representa a resposta à lacuna de uma ferramenta própria de avaliação da dimensão clínico-assistencial do Nasf e tem sua base na Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade em saúde (CIF).

O grupo de pesquisa AcesSUS desenvolveu uma série de estudos (CABRAL, 2017; LIRA, 2017; NASCIMENTO, 2014; SOUSA, 2016) com a perspectiva de estudar o Nasf, sendo o presente estudo uma continuidade deles.

O campo da saúde é complexo e possui diversos fatores condicionantes no processo de saúde e doença. O seu gestor tem um papel extremamente importante nos processos de tomada de decisão, devido à responsabilidade formal em atuar nesse campo, sendo imprescindível escolher os indicadores que serão seguidos no processo de avaliação. É preciso que as informações estejam disponíveis para serem utilizadas e possam direcionar as decisões e as ações, que quando forem implementadas necessitam de todos os envolvidos (gestor, implementadores e beneficiados) para solucionar o problema (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Nesse contexto, a pesquisa de mestrado profissional da servidora pública do município de Jaboaão dos Guararapes (JG) propôs um estudo avaliativo que toma como questão norteadora: Qual a resolutividade do Nasf no manejo clínico de usuários que necessitam de atendimento compartilhado?

Para tanto, partiu-se do pressuposto que as ações compartilhadas pelos profissionais do Nasf na APS são capazes de produzir resultados positivos e significativos em relação à qualidade de vida (QV) das pessoas com problemas complexos de saúde e que o instrumento pode contribuir no processo de matriciamento dos casos.

Através da pesquisa de mestrado, profissionais das oito Equipes Nasf (EqNasf), do município de JG foram matriciados acerca do formulário RCa-Nasf, contudo, vinte e oito profissionais de seis EqNasf participaram através das avaliações com o instrumento e quarenta e um usuários foram acompanhados de forma longitudinal. Ao final da pesquisa, os resultados foram apresentados ao coordenador do Nasf. Com os resultados obtidos, percebe-se que houve uma atuação positiva dos profissionais de saúde do Nasf para a resolutividade e a melhoria da QV dos usuários acompanhados nesse estudo.

O estudo se justifica pela necessidade de comprovar os resultados do trabalho do Nasf diante do contexto político atual, com a publicação da portaria 2.979/2019. Além disso, Maffissoni *et al.*, (2018) alertam que na maioria dos estudos realizados sobre a temática do Nasf, poucos autores principais são profissionais que atuam no Nasf, apontando uma necessidade de trazer uma realidade de vivências práticas.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com o planejamento do trabalho em saúde, no âmbito da APS, potencializar as ações formativas e de capacitação dos profissionais atuantes no Nasf, estimular as práticas clínicas compartilhadas e de avaliação e consequentemente, melhorar a qualidade das ações prestadas à população assistida pelo Nasf.

2 OBJETIVO GERAL

Propor a utilização do formulário RCa-Nasf como instrumento de trabalho para o atendimento compartilhado dos profissionais da EqNasf no município de Jaboatão dos Guararapes-PE.

2.1 Objetivos Específicos:

- a) Divulgar o resultado das ações clínico-assistenciais do Nasf;
- b) Sistematizar as possibilidades de utilização do RCa-Nasf para o matriciamento dos casos com as Equipes de Saúde da Família (eSF);
- c) Apoiar a prática do registro das avaliações dos usuários assistidos pela EqNasf, através da utilização do RCa-Nasf.

3 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Nicola e Pelegrini (2018), ao estudarem a produção existente no Brasil acerca das informações relacionadas à avaliação em saúde na APS, há estudos em sua maioria quantitativos, seguidos pelos avaliativos e em menor escala, qualitativos. Há a utilização de diversos instrumentos de avaliação e, além disso, os autores evidenciaram resultados melhores na qualidade do cuidado ofertado pela ESF em relação aos outros modelos de conformação.

Há uma escassez em relação aos estudos de avaliação da efetividade e resolutividade na APS, e os existentes se apresentam com distintos métodos, o que pode dificultar o alcance dos objetivos propostos. A própria concepção da resolutividade, dentro do contexto da APS envolve vários aspectos, como coordenação do cuidado, o acolhimento, o arranjo estrutural e como são oferecidos os serviços. O resultado de uma assistência de qualidade para a população também depende da identificação das necessidades de direcionamento dos investimentos financeiros (VASCONCELOS *et al.*, 2018).

Quando se observa as pesquisas indexadas na Scielo, a QV vem sendo estudada desde o início da década de 80, e a partir disso analisada em diferentes contextos e com a utilização de vários instrumentos, sejam eles específicos ou genéricos. Entre os cientistas, não há um consenso sobre o conceito, porém há concordância em seu caráter abrangente, plural e processual. Os novos padrões, em termos de comportamentos em saúde trazem objetivos de melhorar a QV. Por conseguinte, uma boa QV foi apontada pela população, através de estudos etnográficos, como a provisão de suas necessidades básicas e a ligação com aspectos relativos à existência (LANDEIRO *et al.*, 2011).

O conceito de QV adotado por esse estudo envolve multiplicidade de aspectos que compõem a vida do indivíduo e sua relação com a funcionalidade, fato já estudada por Carvalho *et al.* (2011).

Maffissoni *et al.* (2018), fundamentado pela definição de Nasf como dispositivo de apoio, que tem uma função matriciadora, buscaram diversos estudos, publicados entre 2008 (ano de surgimento do Nasf) e 2016, partindo da indagação sobre os conceitos que servem de suporte teórico para o surgimento e desenvolvimento do Nasf. As referências das concepções trazidas para construção do Nasf vêm tanto de influências internacionais, quanto de estudos e experiências nacionais. O apoio matricial reúne diversos saberes que partem de um núcleo advindo de cada profissão e se insere num campo maior e interprofissional, compreendido pela saúde coletiva. Dessa forma, é preciso que, além dos profissionais, os gestores compreendam esses elementos no desenvolvimento do trabalho.

Nesse estudo foi realizada uma revisão dos conceitos de resolutividade utilizados na literatura ao longo do tempo, desde o seu aparecimento até os dias de hoje, com diversos significados, seja para a população atendida, quanto para os profissionais de saúde e para os serviços e sistema de saúde. Dentre todos os conceitos, foi adotado àquele trazido por Rosa, Pelegrini e Lima (2011), que de forma ampla traz a resolutividade como algo que perpassa a cura, abrangendo desde a promoção da saúde até a reabilitação, e questões que se preocupam com o conforto do paciente.

Diante de um estudo avaliativo acerca da resolutividade do Nasf, procurou-se trazer as considerações sobre avaliação, monitoramento, planejamento, análise de efeitos e a importância da avaliação frente às necessidades da população, condizentes com o conceito de resolutividade adotado.

Além disso, como o objeto de estudo foi o Nasf houve uma retomada da construção histórica, surgimento, mudanças, adequações e fase crítica com o cenário político atual de incertezas diante da perda do financiamento federal.

Ao pesquisar os conceitos de resolutividade e a trajetória do Nasf, procurou-se perceber a integração entre essas temáticas, com a leitura das publicações acerca dos estudos que apresentavam os resultados e a resolutividade do Nasf.

Os conceitos de resolutividade, a construção histórica do Nasf e as perspectivas de avaliação em saúde foram estudados de forma detalhada no referencial teórico pesquisado. Além disso, a intervenção proposta respeitou as diretrizes (BRASIL, 2010) e as ferramentas utilizadas para o trabalho do Nasf (BRASIL, 2014), dando subsídios ao planejamento do apoio matricial realizado através das oficinas que foram ofertadas aos profissionais das EqNasf. O processo de acompanhamento longitudinal dos usuários pelos profissionais dessas equipes, compartilhadas com as eSF seguiu etapas bem definidas, conforme caminho metodológico.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

O percurso da pesquisa atende a algumas etapas que foram desenvolvidas durante o período do estudo, desde a delimitação do cenário escolhido para atuação, objeto, participantes e estratégias utilizadas.

4.1 Local

O projeto de intervenção ocorreu no município de Jaboatão dos Guararapes, na Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, nordeste do Brasil, em diferentes espaços, nas sete Regionais de saúde.

4.2 Participantes

Foram convidados a participar do projeto, os profissionais das oito EqNasf do município de JG, integrantes das diversas categorias: oito assistentes sociais, cinco fisioterapeutas, seis fonoaudiólogos, seis nutricionistas, seis profissionais de educação física, sete psicólogo (a)s e seis terapeutas ocupacionais. Além disso, usuários acompanhados de forma longitudinal por seis dessas oito EqNasf, contemplados na matriz prioritária (Quadro 2), consentiram participação e foram incluídos.

4.3 Estratégias utilizadas

Inicialmente foi realizada uma sensibilização acerca da pesquisa, com um vídeo-convite e resumo acerca do estudo via aplicativo whatsapp para as EqNasf de JG, e posteriormente realizadas as oficinas com cada uma das equipes, nos seus locais de trabalho.

4.3.1 Oficinas

As oficinas propostas tiveram o objetivo de mobilizar as estratégias utilizadas pelas EqNasf para avaliação e acompanhamento dos casos clínicos, com a utilização do instrumento RCa-Nasf.

Inicialmente as oficinas utilizaram slides contendo as informações importantes sobre a pesquisa, o conteúdo do formulário RCa-Nasf, a necessidade de registrar as avaliações, o

acompanhamento dos usuários e a divulgação dos resultados do trabalho do Nasf. Todo o material impresso necessário foi disponibilizado para as EqNasf, organizado em pastas com identificação e contato da pesquisadora responsável. Após as oficinas, vídeos tutoriais foram enviados para auxiliar a consulta na utilização e preenchimento do instrumento e as dúvidas puderam ser resolvidas através de novas reuniões, contato telefônico e aplicativo whatsapp.

Com o matriciamento para utilização do RCa-Nasf, cada EqNasf organizou seu processo de acompanhamento dos usuários. A partir disso mobilizou os recursos para o planejamento dos casos entre os profissionais e entre eles e os pacientes, delimitando as metas em conjunto.

No desenvolvimento da pesquisa foi realizada uma oficina na Regional 3 com os profissionais das eSF e da EqNasf, com o intuito de apresentar novamente a matriz prioritária, discutir os casos que estavam sendo acompanhados, quais as estratégias estavam sendo utilizadas para o cuidado dos pacientes e quais os profissionais responsáveis pela condução do projeto terapêutico. Foi um momento importante de avaliação do processo de intervenção. Essas oficinas podem ser reproduzidas em outras regionais, favorecendo o processo de avaliação e monitoramento em saúde, bem como o estímulo ao apoio matricial.

Os encontros com as eSF para discussão da matriz prioritária (Quadro 2) representa uma importante ferramenta para prioridade no atendimento dos usuários que necessitam de avaliação da EqNasf e divulgação entre os profissionais das eSF (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, médicos e enfermeiros), o que pode auxiliar no planejamento do fluxo assistencial entre EqNasf e eSF.

Através da utilização da matriz prioritária para identificação dos casos clínicos pela eSF, o compartilhamento e a discussão com os profissionais da EqNasf ocorre com a adoção de um parâmetro norteador e a utilização do instrumento RCa-Nasf permite melhor visualização, acompanhamento e monitoramento dos mesmos.

Novas oficinas de matriciamento sobre o instrumento RCa-Nasf também serão disponibilizadas para os profissionais que não puderam participar da pesquisa no período que ocorreu. Os profissionais que já estão familiarizados com o instrumento e quiserem contribuir no compartilhamento do conhecimento poderão auxiliar no processo de continuidade da utilização do instrumento para registro e acompanhamento de casos clínicos de forma interprofissional.

4.3.2 Recursos utilizados

As reuniões e as oficinas foram realizadas em diferentes espaços, de acordo com a disponibilidade dos locais nas Regionais em que estavam inseridas as Equipes. Os materiais utilizados foram um computador, slides, pastas com os formulários e informações essenciais ao desenvolvimento da pesquisa.

4.3.3 Reunião geral

A defesa da dissertação ocorreu com a presença do coordenador do Nasf e uma das gerências de uma das Regionais de Saúde, além de alguns profissionais do Nasf que participaram da pesquisa. Após a defesa da dissertação será proposta a realização de uma reunião geral com os profissionais das EqNasf e os profissionais que representem as eSF em um auditório climatizado para discussão dos resultados alcançados pelo estudo. Também serão convidados outros gestores relacionados à APS do município de Jabotão dos Guararapes

4.3.4 Devolutiva às EqNasf

Ao término do processo da pesquisa e após a defesa da dissertação, todos os formulários RCa-Nasf preenchidos foram devolvidos a cada uma das EqNasf do município de JG, para que possam manter os registros das avaliações realizadas, dos usuários acompanhados. Além disso, na Regional de Saúde 3, cada eSF recebeu a matriz prioritária, com estímulo à utilização de um parâmetro de triagem dos casos clínicos para compartilhamento com a EqNasf, questão essa que pode ser reproduzida em outras regionais, facilitando o processo de trabalho entre as equipes.

5 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se maior divulgação dos resultados do trabalho do Nasf, através do compartilhamento dos dados da pesquisa desenvolvida nesse Mestrado Profissional em Saúde Pública, com a proposta de adoção da matriz prioritária (Quadro 2) para organização do fluxo assistencial da EqNasf. Além disso, acredita-se que o estímulo à manutenção do registro das avaliações através da sugestão de utilização do instrumento RCa-Nasf promova discussão dos casos entre a EqNasf e a eSF para aumento da resolutividade e, conseqüentemente melhoria da qualidade das ações à população atendida, que poderão interferir na melhoria da qualidade de vida.

5.1 AVALIAÇÃO

O processo de desenvolvimento dessa dissertação produziu mudanças, pois a inclusão de novos instrumentos no trabalho, como a matriz prioritária e o RCa-Nasf, favoreceram o compartilhamento dos casos entre os profissionais das EqNasf e eSF, além de facilitar o acompanhamento dos comunitário (a)s ao longo do tempo. Isso também ocorreu pelo registro das avaliações dos pacientes realizadas no formulário RCa-Nasf, com delimitação dos retornos pelas equipes responsáveis pelo cuidado em saúde e participação do usuários na identificação de suas queixas e principais problemas que estavam influenciando o processo de saúde-doença, além de uma visão integral de outros aspectos de sua vida, como o ambiente e a rede social em que estão inseridos.

Diante do exposto e com o objetivo de fortalecer a prática da avaliação e divulgação dos resultados do trabalho do Nasf, através do que já foi realizado com o projeto de intervenção proposto, sugere-se que ocorra um momento de exposição das experiências exitosas e debate das dificuldades encontradas, com participação da gestão e dos profissionais de saúde que contribuíram no processo.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Caderno de Atenção Básica, n. 27).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 220, p. 97, 13 nov. 2019.
- 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.
- CARVALHO, M. P *et al.* Capacidade funcional como determinante da qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. **Vitalle - Revista de Ciências da Saúde**, Rio Grande, v. 23, n. 1, p. 19-27, 2011.
- LANDEIRO, G. M. B. *et al.* Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4257-4266, 2011.
- LIMA, R. S. A. *et al.* O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 25-31, 2019.
- LIRA, A. C. **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.
- MAFFISSONI, A. L. *et al.* Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.119, p. 1012-1023, 2018.
- MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.
- NASCIMENTO, C. M. B. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

NICOLA, T.; PELEGRINI, A. H. W. Avaliação em Saúde nos serviços de Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 8, n. 1, p. 1-17, 2018.

OLIVEIRA, K. S.; BADUY, R. S.; MELCHIOR, R. O encontro entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde da Família: a produção de um coletivo cuidador. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 1-20, 2019.

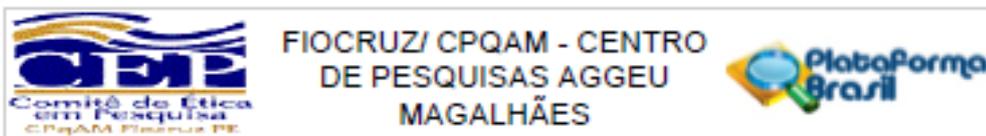
ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-351, 2011.

SOUZA, T. T.; CALVO, M. C. M. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 41, p. 1-11, 2018.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **Sanare**, Sobral, v. 17, n. 1, p. 65-73, 2018.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

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

Pesquisador: PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 53408516.1.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.143.672

Apresentação do Projeto:

O projeto encontra-se aprovado sob parecer 53408516.1.0000.5190, conforme disposto na plataforma Brasil. Trata-se de um estudo que 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 Jaboatão dos Guararapes 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.

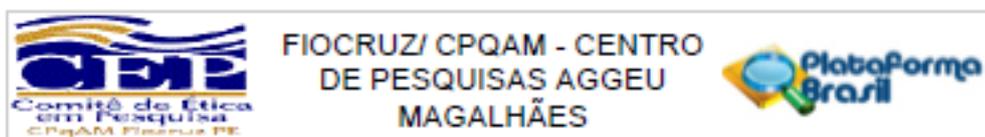
Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, segundo seus objetivos de integralidade, ampliação da resolatividade 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

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.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.143.672

resolutividade;

- 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 resolutividade do Nasf;
- e) Verificar a validade de conteúdo do Instrumento proposto.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão devidamente descritos e foram considerados coerentes com a proposta do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa considerada relevante, bem estruturada e com todos os elementos necessários para compreensão e execução do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas todas as documentações e demais declarações exigidas pelo sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Reforçamos a necessidade de envio de relatórios parciais/final, conforme termo de compromisso com o CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda apresenta em sua justificativa a introdução de mais um município, Jaboatão dos Guararapes, ao projeto de pesquisa que já está em andamento, visando fornecer dados quantitativos sobre a resolutividade das ações do Nasf, que são relevantes para os profissionais das equipes Nasf e Saúde da Família, gestores e usuários.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos da emenda 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.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rago, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2839 Fax: (81)2101-2839 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

**ANEXO B - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA
RESOLUTIVIDADE CLÍNICO-ASSISTENCIAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA (RCa-Nasf)**

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA RESOLUTIVIDADE CLÍNICO-ASSISTENCIAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (RCa-Nasf)

Nome: _____ Medicamento(s): _____ Coordenador (nome/profissão): _____
 N° Identificação: _____ Profissionais envolvidos (nome/profissão): _____
 Data de nascimento: ____/____/____
 Sexo: _____ Escolaridade: _____ Unidade de Saúde da Família: _____
 Doença(s)/condição de saúde: _____ ACS: _____

ATENÇÃO: Este formulário deve ser preenchido por profissionais da equipe Nasf. Aqui serão registradas três avaliações, que correspondem de dois a seis meses de acompanhamento, a depender da necessidade do caso. Em cada avaliação, os principais problemas do usuário devem ser qualificados (conforme instruções descritas). Os qualificadores servem como parâmetros para medir a evolução clínica do usuário acompanhado pela equipe. O código número 0 (zero) é usado quando o problema já não existe ou não é mais relevante ao caso avaliado. O código número 8 (oito) é usado apenas quando o profissional não tem meio tecnológico para qualificar o problema, mesmo que seja relevante. O código 8 (oito) não entra no somatório dos qualificadores.

1ª AVALIAÇÃO: ____/____/____
 2ª AVALIAÇÃO: ____/____/____
 3ª AVALIAÇÃO: ____/____/____

PARTE 1: FUNCIONALIDADE/ COMPONENTE: FUNÇÕES E ESTRUTURAS DO CORPO (FE)

INSTRUÇÕES (espaço para registro dos profissionais): QUALIFIQUE, usando os códigos numéricos descritos abaixo (QUALIFICADORES), apenas as QUESTÕES CLÍNICAS QUE FOREM RELEVANTES ao usuário avaliado. Caso alguma questão não esteja contemplada nas subcategorias contidas neste quadro, **DESCREVA-A**, em "outros", e **QUALIFIQUE**. Ao final da avaliação, faça o **SOMATÓRIO (Σ)** dos qualificadores de cada categoria.

QUALIFICADORES: 1= Comprometimento leve; 2= Comprometimento moderado; 3= Comprometimento grave; 4= Comprometimento muito grave ou total; 0= Não aplicável; 8= Problema não especificado.

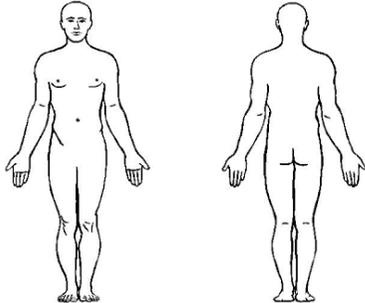
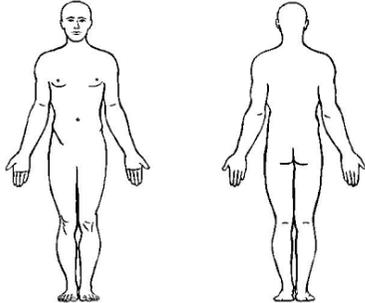
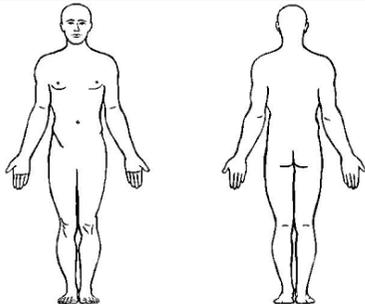
CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	AVALIAÇÃO			CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	AVALIAÇÃO		
	1ª	2ª	3ª		1ª	2ª	3ª
FE. 1. Mental:				FE. 5. Aparelho digestivo, sistemas metabólico e endócrino:			
1.1. Comprometimento relacionado à orientação (tempo, lugar, pessoa) e consciência				5.1. Comprometimento relacionado à sucção			
1.2. Comprometimento decorrente do uso e abuso de álcool e outras drogas				5.2. Comprometimento relacionado à mastigação			
1.3. Comprometimento intelectual/ global (atraso intelectual, mental, demência, autismo)				5.3. Comprometimento relacionado a alterações na deglutição			
1.4. Comprometimento relacionado à idealização ou tentativa de suicídio				5.4. Comprometimento relacionado a funções de defecação (constipação, incontinência)			
1.5. Comprometimento decorrente de situações de violência intrafamiliar				5.5. Comprometimento relacionado à obesidade (IMC ≥30) ou distúrbio alimentar			
1.6. Comprometimento relacionado ao distúrbio do sono				5.6. Comprometimento relacionado ao Diabetes Mellitus			
1.7. Comprometimento relacionado ao temperamento e personalidade				5.7. Outro(s):			
1.8. Outro(s):							
ΣQualificadores:				ΣQualificadores:			
FE. 2. Sensorial e dor:	1ª	2ª	3ª	FE. 6. Geniturinária e reprodutivas:	1ª	2ª	3ª
2.1. Comprometimento relacionado à visão				6.1. Comprometimento relacionado a alterações do ciclo menstrual			
2.2. Comprometimento relacionado à audição				6.2. Comprometimento relacionado à área genital e/ou sexual			
2.3. Comprometimento relacionado à dor (condições inflamatória e/ou mecânico postural)				6.3. Comprometimento relacionado à micção			
2.4. Comprometimento relacionado à dor (condição tumoral)				6.4. Comprometimento relacionado a alterações no período gestacional			
2.5. Outro(s):				6.5. Outro(s):			
ΣQualificadores:				ΣQualificadores:			
FE. 3. Voz e fala:	1ª	2ª	3ª	FE. 7. Neuromusculoesquelética e relacionada com o movimento:	1ª	2ª	3ª
3.1. Comprometimento relacionado ao desenvolvimento da linguagem				7.1. Comprometimento decorrente de queda(s)			
3.2. Comprometimento decorrente de distúrbio(s) de voz				7.2. Comprometimento decorrente de fratura(s)			
3.3. Comprometimento devido ao déficit auditivo				7.3. Comprometimento relacionado à síndrome do imobilismo (>15 dias acamado)			
3.4. Comprometimento relacionado à alteração da motricidade oral				7.4. Comprometimento relacionado à Osteoartrite(s) e/ou Osteoartrose(s)			
3.5. Outro(s):				7.5. Comprometimento relacionado à alteração de força muscular e/ou tônus			
				7.6. Outro(s):			
ΣQualificadores:				ΣQualificadores:			
FE. 4. Sistema cardiovascular, respiratório e imunológico:	1ª	2ª	3ª	FE. 8. Pele e estruturas relacionadas:	1ª	2ª	3ª
4.1. Comprometimento relacionado a funções da pressão arterial				8.1. Comprometimento decorrente de Hanseníase			
4.2. Comprometimento relacionado a funções cardíacas				8.2. Comprometimento decorrente de queimadura(s)			
4.3. Comprometimento relacionado a funções respiratórias				8.3. Comprometimento decorrente de ferida(s)			
4.4. Comprometimento relacionado a funções imunológicas (alergias, linfedema)				8.4. Outro(s):			
4.5. Outro(s):							
ΣQualificadores:				ΣQualificadores:			

PARTE 1: FUNCIONALIDADE/ COMPONENTE: ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO (AP)

INSTRUÇÕES (espaço para registro dos profissionais): QUALIFIQUE, usando os códigos numéricos descritos abaixo (**QUALIFICADORES**), apenas as **ATIVIDADES/PARTICIPAÇÃO** em que o usuário avaliado apresente **ALGUM TIPO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL**. Caso alguma questão não esteja contemplada nas subcategorias contidas neste quadro, **DESCREVA-A**, em “outras”, e **QUALIFIQUE**. Ao final da avaliação, faça o **SOMATÓRIO** (Σ) dos qualificadores de cada categoria.

QUALIFICADORES: 1= Dificuldade leve; 2= Dificuldade moderada; 3= Dificuldade grave; 4= Dificuldade muito grave ou total; 0= Não aplicável; 8= Problema não especificado.

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS				AVALIAÇÃO			CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS				AVALIAÇÃO		
AP. 1. Aprendizagem e aplicação do conhecimento:				1 ^a	2 ^a	3 ^a	AP. 6. Vida doméstica:				1 ^a	2 ^a	3 ^a
1.1. Dificuldade para concentrar a atenção							6.1. Dificuldade para selecionar, comprar, transportar e armazenar alimentos						
1.2. Dificuldade para resolver problemas							6.2. Dificuldade para realizar as atividades domésticas						
1.3. Dificuldade para tomar decisões							6.3. Dificuldade para ajudar os membros da família e/ou outros						
1.4. Outra(s):							6.4. Outra(s):						
Σ Qualificadores:							Σ Qualificadores:						
AP. 2. Tarefas e exigências gerais:				1 ^a	2 ^a	3 ^a	AP. 7. Interação e relacionamentos interpessoais:				1 ^a	2 ^a	3 ^a
2.1. Dificuldade para realizar uma tarefa específica (apenas uma tarefa com dificuldade)							7.1. Dificuldade referente aos relacionamentos familiares						
2.2. Dificuldade para realizar várias tarefas (mais de uma tarefa com dificuldade)							7.2. Dificuldade referente aos relacionamentos íntimos						
2.3. Dificuldade para realizar rotina diária (atividades do dia a dia)							7.3. Dificuldade referente aos relacionamentos sociais formais						
2.4. Dificuldade para lidar com o estresse							7.4. Dificuldade referente aos Relacionamentos sociais informais						
2.5. Outra(s):							7.5. Outra(s):						
Σ Qualificadores:							Σ Qualificadores:						
AP. 3. Comunicação:				1 ^a	2 ^a	3 ^a	AP. 8. Áreas principais da vida:				1 ^a	2 ^a	3 ^a
3.1. Dificuldade para emitir e/ou receber mensagens verbais							8.1. Dificuldade relacionada ao estudo/trabalho (remunerado ou não remunerado)						
3.2. Dificuldade para emitir e/ou receber mensagens não verbais							8.2. Dificuldade relacionada à participação e controle econômico						
3.3. Outra(s):							8.3. Outra(s):						
Σ Qualificadores:							Σ Qualificadores:						
AP. 4. Mobilidade:				1 ^a	2 ^a	3 ^a	AP. 9. Vida comunitária e social:				1 ^a	2 ^a	3 ^a
4.1. Dificuldade para mudar ou manter a posição do corpo							9.1. Dificuldade para realizar atividades de recreação e lazer						
4.2. Dificuldade para levantar, transportar e manusear objetos							9.2. Dificuldade para participar de atividades religiosas e espirituais						
4.3. Dificuldade para andar							9.3. Outra(s):						
4.4. Dificuldade para se deslocar utilizando algum tipo de equipamento													
4.5. Outra(s):													
Σ Qualificadores:							Σ Qualificadores:						
AP. 5. Autocuidado:				1 ^a	2 ^a	3 ^a	OBSERVAÇÕES DOS PROFISSIONAIS						
5.1. Dificuldade para se lavar													
5.2. Dificuldade para realizar cuidado(s) no processo de excreção													
5.3. Dificuldade para se vestir													
5.4. Dificuldade para comer													
5.5. Dificuldade para beber													
5.6. Dificuldade para cuidar da própria saúde													
5.7. Outra(s):													
Σ Qualificadores:													

PARTE 1: FUNCIONALIDADE			
INSTRUÇÕES (espaço para registro da percepção do usuário/familiar ou cuidador): Considere as questões que são relevantes ao usuário e use os CÓDIGOS das categorias/subcategorias (PARTE 1 – páginas 1 e 2). Peça ao usuário, familiar ou cuidador que QUALIFIQUE os problemas/queixas relatados (qualificadores descritos abaixo) e, se necessário, DESCREVA-OS . Por fim, faça o SOMATÓRIO (Σ) dos qualificadores.			
COMPONENTE: FUNÇÕES E ESTRUTURAS DO CORPO (FE)		COMPONENTE: ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO (AP)	
QUALIFICADORES: 1= Comprometimento leve; 2= Comprometimento moderado; 3= Comprometimento grave; 4= Comprometimento muito grave ou total; 0= Não aplicável; 8= Problema não especificado.		QUALIFICADORES: 1= Dificuldade leve; 2= Dificuldade moderada; 3= Dificuldade grave; 4= Dificuldade muito grave ou total; 0= Não aplicável; 8= Problema não especificado.	
USUÁRIO, FAMILIAR OU CUIDADOR: Linhas destinadas ao registro da percepção do(s) problema(s)/queixa(s)	1ª AVALIAÇÃO (/ / / /) Σ Qualificadores:	Quando necessário, peça ao usuário que LOCALIZE o seu comprometimento na figura: 	1ª AVALIAÇÃO Σ Qualificadores:
	2ª AVALIAÇÃO (/ / / /) Σ Qualificadores:		2ª AVALIAÇÃO Σ Qualificadores:
	3ª AVALIAÇÃO (/ / / /) Σ Qualificadores:		3ª AVALIAÇÃO Σ Qualificadores:

PARTE 2: FATORES CONTEXTUAIS/ COMPONENTE: ASPECTOS SOCIAL, FAMILIAR E DO INDIVÍDUO (SFI)																					
INSTRUÇÕES (espaço para registro dos profissionais): QUALIFIQUE, usando os códigos numéricos descritos abaixo (QUALIFICADORES), apenas os ASPECTOS SOCIAL, FAMILIAR e/ou do INDIVÍDUO que representem fatores FACILITADORES (+) ou que são DIFICULTADORES (-) ao desempenho funcional ou qualidade de vida do usuário avaliado. Caso alguma questão não esteja contemplada nas subcategorias contidas neste quadro, DESCREVA-A , em "outros", e QUALIFIQUE. Por fim, faça os SOMATÓRIOS (Σ) dos qualificadores.																					
QUALIFICADORES DE FACILITADORES: (+)1= Facilitador completo; (+)2= Facilitador elevado; (+)3= Facilitador moderado; (+)4= Facilitador leve; (+)8= Facilitador não especificado; 0= Não aplicável. QUALIFICADORES DE DIFICULTADORES: (-)1= Dificultador leve; (-)2= Dificultador moderado; (-)3= Dificultador grave; (-)4= Dificultador muito grave; (-)8= Dificultador não especificado.																					
CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS					AVALIAÇÃO			CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS					AVALIAÇÃO								
					1ª	2ª	3ª						1ª	2ª	3ª						
SFI. 1. Produtos e tecnologia:					+	-	+	-	+	-	SFI. 4. Atitudes:					+	-	+	-	+	-
1.1. Necessidade de substâncias para o consumo pessoal											4.1. Atitudes individuais de membros da família										
1.2. Necessidade de produtos e tecnologias para uso na vida diária											4.2. Atitudes individuais de prestador de cuidados										
1.3. Outro(s):											4.3. Atitudes individuais de amigos, vizinhos e estranhos										
											4.4. Atitudes individuais de profissionais de saúde										
											4.5. Outro(s):										
Σ Qualificadores:											Σ Qualificadores:										
SFI. 2. Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem:					+	-	+	-	+	-	SFI. 5. Serviços, sistemas e políticas:					+	-	+	-	+	-
2.1. Condição do domicílio e /ou peridomicílio (entorno do imóvel)											5.1. Relacionados com a saúde										
2.2. Condição do solo (no domicílio, peridomicílio e/ou comunidade)											5.2. Relacionados com o emprego/escola										
2.3. Lixo (no domicílio, peridomicílio e/ou comunidade)											5.3. Relacionados com o transporte										
2.4. Existência de animal (no domicílio, peridomicílio e/ou comunidade)											5.4. Relacionados com serviços de utilidade pública										
2.5. Outro(s)											5.5. Outro(s):										
Σ Qualificadores:											Σ Qualificadores:										
SFI. 3. Apoio e relacionamentos:					+	-	+	-	+	-	SFI. 6. Aspectos pessoais relevantes à condição de saúde/doença:					+	-	+	-	+	-
3.1. Família próxima (nuclear ou ampliada)											6.1. Ser criança ou idoso (a) (idades: zero a 11 anos ou ≥ 60 anos)										
3.2. Prestador de cuidados											6.2. Ser analfabeto (a) ou semianalfabeto (a)										
3.3. Amigos, vizinhos e estranhos											6.3. Estar desempregado (a)										
3.4. Profissionais de saúde											6.4. Ser chefe da família										
3.5. Outro(s):											6.5. Estado emocional relacionado à condição de saúde/doença										
Σ Qualificadores:											Σ Qualificadores:										
INSTRUÇÕES (espaço para registro da percepção do usuário/familiar ou cuidador): Questionar ao usuário COMO SE SENTE EM RELAÇÃO A SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE/DOENÇA e, em seguida, peça ao mesmo que qualifique a questão relatada como um facilitador (+) ou dificultador (-) (qualificadores supracitados). ATENÇÃO: Registre apenas as que são RELEVANTES AO USUÁRIO e, sempre que possível, use os CÓDIGOS das categorias/subcategorias acima. Por fim, faça o SOMATÓRIO (Σ) dos qualificadores, tanto dos facilitadores como dos aspectos dificultadores.																					
USUÁRIO, FAMILIAR OU CUIDADOR	1ª AVALIAÇÃO (/ / /)				2ª AVALIAÇÃO (/ / /)				3ª AVALIAÇÃO (/ / /)												
		Σ	FACILITADORES (+)=	DIFICULTADORES (-)=		Σ	FACILITADORES (+)=	DIFICULTADORES (-)=		Σ	FACILITADORES (+)=	DIFICULTADORES (-)=									

Fonte: Cabral (2017).

