

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

ANA PEREZ PIMENTA DE MENEZES LYRA

**O APOIO MATRICIAL NO TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA**

RECIFE
2019

ANA PEREZ PIMENTA DE MENEZES LYRA

**O APOIO MATRICIAL NO TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA**

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

Orientador: **Prof^a. Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque**

Co-orientadora: **Dr^a Fabiana de Oliveira Silva Sousa**

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L992a Lyra, Ana Perez Pimenta de Menezes.
O Apoio matricial no trabalho do Núcleo de Apoio à
Saúde da Família. - Recife: [s.n.], 2019.
109 p.: il., quad., graf., tab.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) –
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
Recife, 2019.

Orientador: Paulette Cavalcanti de Albuquerque;
coorientadora: Fabiana de Oliveira Silva Sousa.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Práticas
Interdisciplinares. 3. Equipe de Assistência ao Paciente.
4. Equipe multiprofissional. I. Albuquerque, Paulette
Cavalcanti de. II Sousa, Fabiana de Oliveira Silva. III.
Título.

CDU 614.39

ANA PEREZ PIMENTA DE MENEZES LYRA

**O APOIO MATRICIAL NO TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA**

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

Aprovada em: 29 / 03 / 2019.

BANCA EXAMINADORA

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

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

Dr^a. Cynthia Maria Barboza do Nascimento
UFPE

À minha família, o meu bem maior, o meu esteio, Murilo, Sara e Murilinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela saúde e pela oportunidade de chegar até aqui.

Aos meus pais, que me educaram e me fizeram ser quem sou, principalmente a minha mãe, que segura a onda com meus filhos enquanto trabalho e estudo.

A Murilo, Sara e Murilinho que entenderam a minha ausência com muito amor e paciência.

A toda a minha família, meu porto seguro, sei que sempre encontrarei apoio em vocês.

Ao Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, pela oportunidade e incentivo profissional.

A minha orientadora, Profa. Dra. Paulette Albuquerque, que me deu a oportunidade ímpar de ser sua orientanda. Que sempre achou respostas para as minhas incertezas.

As minhas colegas de mestrado, por todos momentos juntas, comemorações e desesperos, principalmente aquelas que o destino aproximou também para a vida: Morgana, Carol e Jaslene.

Aos profissionais que compõem a GEQAP, pelo apoio desde o momento da inscrição até aqui.

As minhas amigas que estiveram ao meu lado, me incentivando e me apoiando nos momentos mais difíceis: Kika, Adriana e Silvana.

As minhas amigas inspiradoras Fabiana e Cynthia, que acreditam em mim me ajudam em todas as horas.

A todos os profissionais do Nasf Camaragibe, que são como pedras preciosas para mim, sem vocês esse estudo não existiria.

A Vânia Casé que tanto tem me ajudado nas questões mentais e espirituais.

A Semente pela atenção, paciência e cordialidade durante todo o processo acadêmico.

A todos os que embora não citados, estiveram ao meu lado nessa importante fase de minha formação e irão comemorar comigo o final desse ciclo.

“A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ele ganha com isso,
mas o que ele se torna com isso.”
John Ruskin

LYRA, Ana Perez Pimenta de Menezes. **O Apoio matricial no trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica foi criado para apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de saúde e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização das ações da APS. Deve ser composta por equipe multidisciplinar norteada pela interdisciplinaridade e integralidade da atenção e pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Este estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento das ações de apoio matricial do Nasf. Trata-se de um estudo de caso único, com abordagem mista, realizado no município de Camaragibe, Pernambuco, no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019. Os dados foram coletados através da triangulação de técnicas, com análise de dados dos relatórios do e-sus e do Consolidado mensal dos profissionais, aplicação do FAM-RCaNasf e observação participante e, analisados e apresentados de forma descritiva e analítica. Os dados quantitativos foram organizados e analisados de acordo com a frequência simples e proporcionalidade das variáveis apresentadas e aplicação de cálculo estatístico para medidas pareadas – comparando a primeira e a última – com o Wilcoxon Signed Ranks Test; e os dados qualitativos através de análise temática. Os resultados evidenciaram que o Nasf estava pautado no apoio matricial, de forma equilibrada para as dimensões assistencial e técnico-pedagógica. Atuou de forma colaborativa, contribuindo para a ampliação do escopo de ações e da clínica dos profissionais da atenção básica, tendo a educação permanente como importante ferramenta no processo de trabalho e, sendo resolutiva para mais de 80% dos casos atendidos, evidenciado pelo número reduzido de encaminhamentos para outros pontos da rede e pela manutenção ou melhora da condição avaliada. A aplicação do FAM-RCaNasf mostrou que as ações do Nasf causaram impactos positivos sobre a qualidade de vida das pessoas, relacionadas a saúde, na percepção dos profissionais e do usuário.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Interdisciplinar. Equipe multiprofissional.

LYRA, Ana Perez Pimenta de Menezes. **Matrix support in the work of the Family Health Support Center**. 2019. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

The Extended Family Health and Primary Care Center was created to support the insertion of the Family Health Strategy in the health network and expand the scope, resolution, territorialization and regionalization of PHC actions. It must be composed of a multidisciplinary team guided by interdisciplinarity and integrality of care and by the theoretical and methodological framework of matrix support. This study aimed to analyze the development of Nasf matrix support actions. This is a single case study, with a mixed approach, carried out in the municipality of Camaragibe, Pernambuco, from September 2018 to February 2019. Data were collected through the triangulation of techniques, with data analysis from the reports of the e-sus and the monthly Consolidated of professionals, application of FAM-RCaNasf and participant observation and, analyzed and presented in a descriptive and analytical way. Quantitative data were organized and analyzed according to the simple frequency and proportionality of the variables presented and the application of statistical calculation for paired measures - comparing the first and the last - with the Wilcoxon Signed Ranks Test; and qualitative data through thematic analysis. The results showed that Nasf was based on matrix support, in a balanced way for the assistance and technical-pedagogical dimensions. It acted in a collaborative manner, contributing to the expansion of the scope of actions and the clinic of primary care professionals, with permanent education as an important tool in the work process and, being resolvable for more than 80% of the cases attended, evidenced by the reduced number referrals to other points in the network and for the maintenance or improvement of the assessed condition. The application of FAM-RCaNasf showed that Nasf's actions caused positive impacts on people's quality of life, related to health, on the perception of professionals and users.

Key words: Primary Health Care. Interdisciplinary. Multiprofessional team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Modalidades de Nasf por números de equipes vinculadas, carga horária e financiamento	26
Figura 1- Síntese de atividades do Nasf e território de atuação	27
Figura 2- Elementos estruturantes da agenda e carga horária por modalidade de Nasf	28
Figura 3- Dimensões do apoio matricial	31
Quadro 2- Plano de execução da pesquisa, fevereiro de 2019	36
Quadro 3- Consolidado de relatórios analisados mensalmente.....	38
Figura 4- Ilustração sobre o formulário de avaliação clínico-assistencial do Nasf	41
Quadro 4- Síntese das variáveis utilizadas segundo objetivo e fonte.....	39
Quadro 5- Pontuação do FAM-RCaNasf por magnitude ou extensão do problema relacionado à saúde.....	42
Quadro 6- Pontuação do FAM-RCaNasf pela influência na condição de saúde do indivíduo	43
Figura 5- Intervalos de tempo para aplicação do FAM-RCaNasf	44
Quadro 7- Composição das eNasf de Camaragibe, setembro de 2017 a agosto de 2018	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Temas para as reuniões, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe-PE	54
Tabela 2- Temas para a educação em saúde, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe-PE	57
Tabela 3- Perfil das pessoas atendidas pelas equipes Nasf segundo sexo e faixa etária, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.....	60
Tabela 4- Principais problemas e condições avaliadas em atendimentos específicos segundo categoria profissional do Nasf, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.....	61
Tabela 5- Atendimentos específicos realizadas pelas equipes Nasf segundo local e tipo de atendimento, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.....	62
Tabela 6- Procedimentos realizados pelas equipes Nasf nas atividades clínico-assistenciais, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.....	63
Tabela 7- Perfil dos usuários atendidos de forma compartilhada por profissionais do Nasf Camaragibe-PE, 2019	68
Tabela 8- Profissionais envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados e intervalo de tempo utilizado para aplicação do FAM-RCaNasf, Camaragibe-PE, 2019.....	70
Tabela 9- Análise estatística da evolução dos casos acompanhados pelas eNasf, por população de estudo, por componente da <i>Parte 1</i> do FAM-RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários.....	72
Tabela 10- Análise estatística da evolução dos casos acompanhados pelas eNasf, por população de estudo, por componente da <i>Parte 2</i> do FAM-RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários.....	73
Tabela 11- Evolução dos casos acompanhados pelas eNasf, por componente do FAM-RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais.....	74
Tabela 12- Evolução dos casos acompanhados pelas eNasf, por componente	

do FAM-RCaNasf, de acordo com a percepção dos usuários..... 75

LSTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
eAB	Equipe de Atenção Básica
ER	Equipe de Referência
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
eNasf	Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
FAM-RCaNasf	Formulário de Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
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
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Projeto Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Atenção Primária em Saúde	20
3.2 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica	24
3.2.1 <i>Apoio Matricial</i>	30
4 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	34
4.1 Desenho do estudo	34
4.2 Período do estudo	34
4.3 Local do estudo e unidade de análise	34
4.4 População de estudo	35
4.5 Coleta de dados	35
4.5.1 <i>Para alcançar o primeiro objetivo</i>	37
4.5.2 <i>Para alcançar o segundo objetivo</i>	38
4.5.3 <i>Para alcançar o terceiro objetivo</i>	40
4.5.4 <i>Para alcançar o quarto objetivo</i>	45
4.6 Análise de dados	45
4.7 Dificuldades no trabalho de campo	46
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
6.1 <i>As ações desenvolvidas pelo Nasf e o apoio matricial</i>	49
6.2 <i>As pessoas atendidas pelo Nasf e o apoio matricial</i>	59
6.3 <i>A resolutividade clínico assistencial do Nasf</i>	67
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A- RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO	89
ANEXO A – Formulário de Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Nasf (FAM-RCaNasf)	100
ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética	105

1 INTRODUÇÃO

Um dos primeiros documentos a conceituar a Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva da regionalização e hierarquização de serviços de saúde e com definição geográfica foi o Relatório Dawson, em 1920. Em 1978, com a declaração de Alma-Ata, houve uma ruptura do modelo convencional de atenção à saúde, ampliando o conceito de saúde, incluindo, neste, dependência e pobreza, propondo ação integral no sistema de saúde nacional, com desenvolvimento e participação social, tratamento a baixo custo e para todos, independentemente da classe social (GROISMAN; MORAES; CHAGAS, 2005; LAVRAS, 2011).

A APS refere-se a um conjunto de práticas individuais e coletivas, que visa responder a maioria dos problemas em saúde de uma população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). De acordo com Barbara Starfield (2002) para que a APS organize os modelos assistenciais é preciso que ela possua atributos essenciais como primeiro contato, longitudinalidade, atenção integral e coordenação do cuidado, além de ser focalizada na família, ter orientação comunitária e considerar a cultura local.

Apesar de certo consenso em relação a importância da APS, este é um termo que envolve distintas interpretações e, a sua organização varia entre os países que a adotaram. Giovanella (2008) identifica três concepções para a APS: 1. cuidados ambulatoriais na porta de entrada, não especializado e com amplo espectro de serviços clínicos; 2. política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva, com cesta restrita de serviços, que não se apresenta como estratégia de reorganização do sistema como um todo, chamada por Mário Testa (1992) de “primitiva”, “medicina pobre para pobres”; e 3. abrangente ou ampliada, que corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado centrado na APS com garantia de atenção integral.

No Brasil, há um tensionamento permanente entre a construção de um serviço nacional de saúde de acesso universal a todos os níveis de atenção e um sistema direcionado aos mais pobres com programas seletivos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, no Brasil, com a promulgação da Constituição, em 1988 e com a municipalização do SUS, no início da década de 1990, iniciou-se a estruturação mais uniforme da APS, sob responsabilidade dos municípios e, normatizado e financiado pelo Ministério da Saúde (MS) (LAVRAS, 2011;

MACHADO; CASTRO, 2010).

EM 1994, O Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF) na perspectiva de organizar o sistema de saúde, substituindo o modelo tradicional e curativista de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2016), que em 2006 passou a ser Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo Paim et al (2012) esta tem sido a principal estratégia de estruturação da Atenção Básica (AB) dos sistemas locais de saúde.

Em expansão em todo o território nacional, a ESF organiza os serviços de saúde da Atenção Básica através da priorização das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e continuada. As ações e serviços são estruturados a partir das necessidades da população, objetivando a criação do vínculo e em contato permanente com o território, para além da assistência médica (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Apesar dos avanços alcançados pela ESF, tais como a melhoria do desempenho do SUS e as condições de saúde (MENDES, 2012), redução da mortalidade infantil (ROSELLA; AQUINO; BARRETO, 2010) e a diminuição das hospitalizações por condições sensíveis à APS (SOUZA; COSTA, 2011), ainda existem fragilidades que repercutem diretamente na sua capacidade de intervir de forma resolutiva nos problemas de saúde da população, que, de acordo com Sousa (2016), são a organização do processo de trabalho, alta rotatividade dos profissionais e problemas estruturais das unidades.

A situação de saúde do Brasil é bastante complexa por causa da existência da tripla carga de doenças: persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, problemas de saúde reprodutiva, com mortes por causas consideradas evitáveis e o desafio das doenças crônicas, que necessitam de cuidados de longa duração e uma abordagem sistemática para o tratamento (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Shimazaki (2009) coloca que um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporâneos, incluindo o Brasil, consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, as ações de saúde não apresentam uma atuação contínua e integrada nos momentos “silenciosos” da condição crônica, levando-a à agudização.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um sistema de atenção primária incapaz de gerenciar, com eficácia, o HIV/Aids, o diabetes e a depressão, vai

se tornar obsoleto em pouco tempo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013). Um dos grandes desafios do SUS é qualificar a APS, ampliar sua capacidade resolutiva e de construir as Redes Integrais de Serviços de Saúde.

Nesta perspectiva, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e de ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização das ações da APS no Brasil, o MS criou, através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (BRASIL, 2008).

A equipe Nasf deve ser composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e devem atuar em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família (eSF), denominadas de Equipes de Referência (ER), compartilhando saberes e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes às quais está vinculado. Tal composição deve ser definida mediante critérios e prioridades locais e deve se constituir como apoio às eSF, e não como porta de entrada do sistema para os usuários (BRASIL, 2010).

O Nasf, deve atuar seguindo as diretrizes da APS propostas pelo MS: interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação permanente, territorialização, integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

A equipe Nasf deve buscar, de forma corresponsabilizada com a ESF, superar a lógica fragmentada de cuidado à saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, utilizando ferramentas tecnológicas tais como, Apoio Matricial, clínica ampliada, Projeto Terapêutico singular (PTS), Projeto Saúde no território (PST) e pactuação de apoio (BRASIL, 2010).

Dentre estas ferramentas tecnológicas, o apoio matricial se destaca pela capacidade de ampliação da clínica dos profissionais envolvidos. Segundo Campos et al. (2007), o apoio matricial é, de forma concomitante, arranjo organizacional e metodologia de trabalho, que visa promover retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às ER, responsáveis por uma abordagem generalista no cuidado aos usuários.

Em 2017, com a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o Nasf passou a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). A retirada do termo apoio de sua nomenclatura tem gerado dúvidas sobre o lugar que o matriciamento passa a ter para os gestores responsáveis pela sua

implementação (MELO et al., 2018), além disso o Nasf passa a apoiar, as eSF e as equipes de Atenção Básica (eAB). As principais diferenças entre a eSF e eAB estão relacionadas com a composição mínima e a flexibilização de carga horária para os profissionais que as compõem (BRASIL, 2017).

Ao longo dos dez anos de operacionalização do Nasf no Brasil, alguns estudos sobre essa proposta já foram realizados. A maioria dos trabalhos focou na descrição e análise do processo de implantação e organização do trabalho multidisciplinar; inserção e atuação de categorias profissionais específicas e análise de competências profissionais para trabalhar no Nasf (BARBOSA et al, 2010; BEZERRA et al, 2010; FERNANDES; MARTINIANO et al, 2013; NASCIMENTO, 2014; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; NASCIMENTO; SOUSA, 2013; SOUZA, 2013;). Embora a maioria desses autores apontem para a potencialidade do Nasf de contribuir efetivamente para fortalecer a atenção primária à saúde, através da ampliação da resolutividade das eSF e da articulação com outros serviços na rede de saúde, ainda é necessária a realização de estudos que mostrem as características do trabalho do Nasf à luz do apoio matricial.

O interesse em desenvolver esse estudo deve-se a atuação da pesquisadora, durante 7 anos, em uma equipe de Nasf no município de Camaragibe, onde, atualmente, atua como coordenadora do Nasf e, por estar também, na coordenação estadual no acompanhamento das equipes do Nasf em Pernambuco.

A análise do trabalho do Nasf configura-se como uma demanda das equipes de atenção básica e, mais enfaticamente, dos gestores municipais que implantaram essa proposta em seus territórios de gestão. Para a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), essa também é uma necessidade, visto que no cotidiano da avaliação e monitoramento da APS no estado, tem-se identificado uma grande diversidade de modelos de atuação dos Nasf's e uma grande quantidade de questionamentos quanto a resolutividade dessas equipes multiprofissionais.

Em um estudo de implantação e análise do processo de trabalho em três municípios da região metropolitana do Recife, Nascimento et al (2018) fez detalhada descrição e classificou as experiências conforme seu grau de aproximação da diretriz do apoio matricial em Nasf: matricial, semi-matricial e assistencial-curativista. Desta forma, a análise do trabalho do Nasf pode ser uma estratégia para compreender os modelos existentes de Nasf, o apoio matricial e seus resultados, além de contribuir para o aperfeiçoamento dessa proposta.

Cabral (2017) realizou estudo sobre a resolutividade clínico-assistencial do Nasf no qual ela propôs e validou, de forma qualitativa, por uma equipe de experts, um instrumento de medida para avaliação e monitoramento da dimensão clínico-assistencial do apoio matricial, denominado Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (FAM-RCaNasf) (Anexo A). Essa proposta estimula os profissionais a observar aspectos, para além do seu núcleo de saber e propicia a participação ativa do cidadão acompanhado no seu processo de cuidado e na tomada de decisões de forma coresponsabilizada.

A partir da aplicação do FAM-RCaNasf, no município de Recife, os resultados obtidos evidenciaram impactos positivos e estatisticamente significativos na qualidade de vida das pessoas, decorrente das ações clínico-assistenciais do Nasf, tanto na percepção dos profissionais, quanto na dos usuários. Entretanto, a autora refere a necessidade de novas aplicações, em diferentes contextos de saúde, para assegurar a validação do instrumento (CABRAL, 2017).

Considerando a necessidade da SES/PE e lacuna de conhecimento existente na literatura científica sobre os resultados da atuação do Nasf na APS, que é uma das mais importantes políticas de reorganização dos modelos de atenção do SUS e por ser uma estratégia que ainda está em processo de implantação/implementação, com potencial de expansão em todo país é que se pretende responder a seguinte questão norteadora: **De que forma o apoio matricial vem sendo desenvolvido no trabalho do Nasf?**

Neste estudo trabalhou-se com o pressuposto de que o Nasf deve atuar a partir do referencial teórico metodológico do apoio matricial, apresentando atividades das dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial.

Espera-se que os resultados desse estudo possam colaborar no aperfeiçoamento da missão da Secretaria Estadual de Saúde de apoiar e monitorar a atuação das equipes do Nasf nos municípios pernambucanos.

2 OBJETIVOS

Para aprofundarmos o conhecimento em relação ao trabalho do Nasf é que propomos os seguintes objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar o apoio matricial na organização do trabalho do Nasf.

2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar as ações desenvolvidas pelas equipes Nasf, de acordo com as dimensões do apoio matricial;
- b) Descrever o perfil dos usuários atendidos matricialmente pelo Nasf;
- c) Verificar a resolutividade do apoio matricial na perspectiva da dimensão clínico-assistencial do Nasf;
- d) Construir protocolo de organização e monitoramento do trabalho do Nasf na perspectiva do apoio matricial.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para uma melhor compreensão do objeto de estudo, vários autores foram revisitados, envolvendo os principais temas: Atenção Primária em Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e apoio matricial.

3.1 Atenção Primária à Saúde

Há consenso internacional de que uma APS resolutiva e coordenadora do cuidado, envolvendo os demais níveis de atenção, é estratégica para garantir um sistema de saúde universal e integral, influenciando na melhora da atenção do cuidado, promovendo impactos positivos na saúde da população e a eficiência do sistema (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008a, MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003). Entretanto, para promover a saúde é essencial compreendê-la como direito social (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o termo Atenção Básica foi adotado para ir de encontro ao uso hegemônico e consagrado de “atenção primária à saúde”, este termo surgiu pelo Movimento Sanitário Brasileiro para buscar uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária (seletiva), com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada (GUSSO; LOPES, 2012).

No presente estudo, seguindo a orientação da PNAB (2017), a APS será considerada como termo equivalente da AB, e, portanto, definida como:

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

A AB deve ser orientada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade conforme descritos abaixo (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017):

- Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta (primeiro contato) e preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

- Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade.

- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adstrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

O Brasil tem buscado estabelecer políticas e ações que fortaleçam a APS no intuito de melhorar a resolutividade e assumir o papel de coordenação do cuidado (SOUSA, 2014). Com a aprovação da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB-SUS 01/96), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) foram priorizados pelo ministério para fortalecer a atenção primária nos sistemas municipais de saúde (CASTRO; MACHADO, 2010), e instituiu os componentes fixos e variáveis do Piso da Atenção Básica (PAB) e financiamento de forma regular e automática para os municípios que adotassem tais programas (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Em 2006, através da Portaria do Ministério da Saúde Nº 648, foi criada Política Nacional da Atenção Básica que transforma o PSF em Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2006b).

Entretanto, em 2017, diante de um contexto político delicado, o MS lança a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria MS nº 2436, de 21 de setembro de 2017, trazendo uma posição ambígua sobre a ESF, onde, apesar de reafirma-la como modelo para organizar a AB, admite e incentiva outras estratégias de organização através de financiamento das eAB e flexibilização da carga horária dos profissionais que a compõem. Além disso, na composição mínima da eAB não há a obrigatoriedade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na sua composição, indo na contramão de vários estudos realizados no Brasil que mostram efeitos importantes da APS, especialmente da ESF, na melhoria da saúde da população e do importante papel do ACS em todo o processo (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; BEZERRA FILHO et al., 2007; FACCHINI et al., 2006; FACCHINI et al., 2008; FIGUEIREDO, 2016; MACINKO et al., 2006; MACINKO et al., 2007).

A possibilidade da eAB não ter o ACS em sua composição, tem sido alvo de

crítica quando se discute a nova PNAB. Tal crítica é contundente quando se reconhece o papel central desse profissional na mobilização e orientação comunitária, assim como na compreensão e inserção territorial (ALONSO; BEGUIN; DUARTE, 2018).

Esse novo formato de equipe e a flexibilidade de carga horária para médico, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem (até 3 profissionais por categoria de no mínimo de 10h, totalizando 40h semanais) tende a fortalecer a presença de profissionais cuja formação permanece fortemente orientada pelo modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais. Desta forma, antes mesmo que a ESF tenha avançado significativamente na transformação do modelo de atenção, a PNAB 2017 representa uma regressão em relação a esse propósito, criando as condições para a expansão da AB tradicional e fortalecendo o binômio queixa-conduta (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Contudo, iremos trabalhar na perspectiva da ESF como estratégia prioritária para uma AB resolutive e de qualidade.

A ESF é formada por equipes multiprofissionais, denominadas eSF, com equipe mínima composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Pode-se acrescentar a esta composição o Agente de Combate às Endemias (ACE) e a equipe de saúde bucal (eSB), composta por um cirurgião dentista e o auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

O número de ACS por equipe deverá ser definido, em cada local, considerando sua base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, contanto, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

Segundo relatório do Departamento de Atenção Básica, em dezembro de 2018, no Brasil, o número de equipes da estratégia de saúde da família é de com 43.016 equipes e garantem uma cobertura populacional 64%, o que corresponde a 133.316.067 milhões de pessoas com acesso à atenção básica (BRASIL, 2019).

Apesar dos avanços em relação a estruturação de um sistema integrado e do aumento da cobertura da AB no Brasil, a ESF ainda não se concretizou como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado, ou seja, um serviço de primeiro contato resolutive e de qualidade. O que se vê é o adiamento da assistência necessária em detrimento ao acesso restrito e fragmentado aos serviços especializados (ARRUDA et al., 2015; COSTA et al., 2014).

A ESF deve priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e continuada através de ações e serviços para além da assistência médica, baseados na necessidade da população, a partir do estabelecimento de vínculos pelo contato permanente com o território. É uma atenção à saúde centrada na família, entendida a partir do seu contexto físico e social, o que permite uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

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

Para que a AB apresente um bom potencial resolutivo deveria alcançar tais objetivos. Entretanto, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados para que a AB desempenhe com efetividade seu papel no sistema, tais como: infraestrutura inadequada nas unidades da ESF, a baixa densidade tecnológica, a falta de profissionalização da gestão, a ausência de equipes multiprofissionais, a precarização nas relações de trabalho, a fragilidade do modelo de atenção para dar conta de uma situação com forte prevalência de condições crônicas, a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e o subfinanciamento (MENDES, 2012).

Quando a AB se faz resolutiva reduz a demanda para os níveis mais complexos e especializados, viabiliza a adequada hierarquização da rede e, por consequência, a adoção de fluxos referenciados e mais equânimes, aproximando o processo assistencial da população e da comunidade (SOUSA, 2010). Para isso, se faz necessário ampliar o campo de ação da eSF, oferecendo-se alternativas de atenção à saúde não restritas à atenção médica ou de enfermagem.

Além disso, o sistema de referência e contra referência caracterizado pela verticalização das relações entre os profissionais e os serviços envolvidos, não tem se mostrado muito eficaz para o alcance dos resultados esperados.

Com o intuito de fortalecer a resolutividade da AB e o seu papel de coordenadora da rede, várias estratégias têm sido implementadas, como a integração dos sistemas de saúde, a informatização das histórias clínicas, a implantação de centrais de marcação de consultas, criação de redes regionalizadas, expansão da ESF, as ações de educação permanente dos trabalhadores, a implantação do

acolhimento e a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (ALMEIDA et al., 2010; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

3.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O Nasf propõe repensar a formação e as práticas em saúde experienciadas pela ESF, até o momento (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A inserção de diferentes formações profissionais e uma boa articulação entre elas devem contribuir para o compartilhamento de ações e responsabilidades e, com isso a ampliação dos campos de competências de cada profissional a partir dos diferentes núcleos de saber envolvidos (ampliação da clínica). Espera-se, desta forma, aumentar a capacidade de cuidado de toda a equipe, pressupondo o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais de forma alienada, fragmentada e tecnicista (modelo biomédico) para um centrado no usuário (modelo de atenção integral) (BRASIL, 2012).

A clínica ampliada reconhece os saberes de todas as disciplinas e sua integração frente a complexidade que engloba o cuidado, considerando o usuário e suas dimensões subjetivas e sociais envolvidas no processo saúde doença e buscando evitar a fragmentação da atenção (BRASIL, 2009), busca ainda retomar a perspectiva da subjetividade como produto da correlação de forças social e histórica, estabelecida no encontro entre os sujeitos (SUNDFELD, 2010). Para tanto é preciso romper com as relações de poder existentes dentro da ESF, as relações verticalizadas entre especialistas e generalistas (“professor-aluno”) e a baixa permeabilidade dos serviços especializados ao contato direto da AB, eternizados pelo modelo biomédico, reforçando a gestão da equipe de forma interdisciplinar (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Ao longo dos 11 anos de sua criação, alguns documentos normativos foram lançados pelo MS para orientar e consolidar a proposta do Nasf. O Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 27, em 2010, que apresenta as diretrizes, a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho, a PNAB, em 2012, que amplia as categorias profissionais que podem compor as equipes de Nasf, o CAB nº 39, em 2014, que traz as ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano e a Reformulação da PNAB, em 2017, que muda sua nomenclatura para Nasf-AB e amplia seu apoio às eAB (BRASIL, 2010, 2012, 2014, 2017).

O Nasf deve atuar nas seguintes áreas estratégicas: saúde da criança/do

adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2008) e seguindo as diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009a).

De acordo com a Portaria de sua criação, as equipes Nasf deverão ser formadas a partir da necessidade epidemiológica, das prioridades do território e da disponibilidade de profissionais na região, com a participação das equipes apoiadas, para que as necessidades de apoio e fortalecimento das ações já desenvolvidas sejam consideradas. O mesmo documento recomendou também que cada Nasf conte, com pelo menos, um profissional de Saúde mental, tendo em vista a importância epidemiológica dos transtornos mentais (BRASIL, 2008).

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

Inicialmente, apenas municípios que possuíam, no mínimo, 3 eAB implantadas puderam solicitar o credenciamento e implantação de equipe Nasf, entretanto, a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 universalizou as equipes de Nasf e redefiniu os parâmetros de implantação. Atualmente, todos os municípios podem implantar uma equipe de Nasf, de acordo com os critérios válidos até o momento (Quadro 1).

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

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Carga Horária	Incentivo financeiro
Nasf 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas.	Mínimo de 200 horas semanais; cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal*	R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)
Nasf 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas.	Mínimo de 120 horas semanais; cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal*	R\$ 12.000,00 (doze mil reais)
Nasf 3	1 a 2 eSF e/ou AB para populações específicas.	Mínimo de 80 horas semanais; cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal*	R\$ 8.000,00 (oito mil reais)

Fonte: BRASIL (2013).

Em relação aos incentivos financeiros, existem dois tipos de repasse instituído pelo governo federal, feitos de forma sistemática, Fundo à Fundo, para as equipes de Nasf, o de investimento, em parcela única no mês após a implantação da equipe e o de custeio, repassado mensalmente para a sua manutenção, ambas com o mesmo valor por modalidade.

Os repasses financeiros para a equipe serão suspensos, até que se corrija o problema, nas seguintes situações:

- a) Implantação de mais de uma modalidade de Nasf de forma concomitante;
- b) Não tiverem uma unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes;
- c) Descumprirem a carga horária mínima prevista por modalidade;
- d) Não alimentarem os dados do Sistema de Informação definido pelo MS;
- e) Tiverem a ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes, com exceções devidamente apontadas na portaria;
- f) Dentre outras orientações dispostas em portaria específica (BRASIL, 2013).

O trabalho do Nasf baseia-se no referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Esse arranjo foi pensado com o objetivo de ampliar o escopo e a resolutividade das ações da ER, através da inserção de uma equipe multidisciplinar - equipe matricial, para atuar de forma compartilhada e interdisciplinar, dando suporte pedagógico e assistencial a uma determinada quantidade de ER's (BRASIL, 2014). As duas dimensões que conformam o apoio matricial são consideradas, portanto, complementares na atuação do Nasf (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Para tanto, o Nasf deve atuar para dois públicos-alvo diretos: as ER e os usuários adstritos em seus territórios, criando mecanismos de identificação e escuta

das demandas advindas de cada ER para o planejamento das ações (BRASIL, 2014)

De acordo com o Ministério da Saúde, as ações que devem ser desenvolvidas pelos profissionais do Nasf são discussões de casos, atendimento individual e compartilhado realizado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio do usuário, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, entre outras (BRASIL, 2011, 2010, 2014,).

A figura 1 mostra algumas possibilidades de ações a serem desenvolvidas pelas eNasf bem como a utilização do território, para além da UBS.

Figura 1 - Síntese de atividades do Nasf e território de atuação



O Nasf pode construir diálogo com diferentes pontos de atenção, a fim de buscar corresponsabilização na condução do PTS. As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde o usuário circula devem ser considerados para a produção do cuidado.

<ul style="list-style-type: none"> Educação permanente; Atendimento individual específico; Atendimento individual compartilhado; Reunião de equipe, discussão de casos, construção de PTS; Atendimento em grupo; Atendimento domiciliar. 	UBS	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de casos; - Construção compartilhada de PTS; - Atendimento compartilhado; - Apoio matricial do Caps à AB; - Grupos terapêuticos; - Oficinas geração de renda. 	Caps
<ul style="list-style-type: none"> Grupos educativos; Práticas corporais; Encontros comunitários; Ações para a promoção de modos de vida saudáveis. 	Academia da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio às ações do PSE; - Ações de educação em Saúde. 	Escola
		<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de casos; - Construção compartilhada de PTS; - Ações coletivas para produção de cidadania. 	Cras

Fonte: BRASIL (2013)

A agenda de trabalho do Nasf deverá conter alguns elementos estruturantes (figura 2) e ser construída de forma integrada com as ER, a partir da necessidade e as amplas possibilidades de ações de cada território e as especificidades de cada categoria profissional, não devendo, portando ser algo engessado e estanque.

Figura 2 Elementos estruturantes da agenda e carga horária por modalidade de Nasf

<p>Nasf 1: cinco a nove equipes de AB vinculadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais com carga horária de 40h/semana: * Reunião em equipe Nasf: duas a quatro horas por semana. * Reunião de matriciamento: uma reunião por mês por equipe de AB vinculada com duração mínima de duas horas. * Turnos para ações compartilhadas (individuais ou coletivas): pelo menos dois a três turnos por semana. * Turnos para ações específicas do profissional do Nasf (individuais ou coletivas): conforme disponibilidade de agenda.
<p>Nasf 2: três a quatro equipes de AB vinculadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais com carga horária de 40h/semana: * Reunião em equipe Nasf: duas a quatro horas por semana. * Reunião de matriciamento: uma reunião quinzenal por equipe de AB vinculada com duração de aproximadamente duas horas. * Turnos para ações compartilhadas (individuais ou coletivas): pelo menos dois a três turnos por semana. * Turnos para ações específicas do profissional do Nasf (individuais ou coletivas): conforme disponibilidade de agenda.
<p>Nasf 3: uma a duas equipes de AB vinculadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais com carga horária de 20h/semana: * Reunião em equipe Nasf: duas horas por semana. * Reunião de matriciamento: uma/duas reuniões semanais por equipe de AB vinculada com duração de aproximadamente duas horas. * Turnos para ações compartilhadas (individuais ou coletivas): um a dois turnos por semana. * Turnos para ações específicas do profissional do Nasf (individuais ou coletivas): conforme disponibilidade de agenda.

Fonte: BRASIL (2014)

No que se refere a relação entre eSF e eNasf, Nascimento (2014) afirma que quando construída na cogestão potencializa a organização e o funcionamento do processo de trabalho das equipes e Souza (2013) aponta que os profissionais do Nasf não podem ser considerados como consultores, agindo de forma vertical, apresentando-se como o detentor do saber e que estão naquele espaço para ensinar as equipes a lidarem com as dificuldades encontradas.

Para Oliveira (2008), quando uma ER solicita apoio matricial, o que se pretende é que a equipe matricial a auxilie na execução de um projeto terapêutico para um sujeito, individual ou coletivo, que necessita de intervenção em saúde, o qual a ER teve dificuldades de realizar.

É importante ressaltar que o funcionamento do apoio matricial e da ER depende de arranjos organizacionais e de formas de gestão do trabalho em saúde que ampliem as possibilidades da prática da clínica ampliada e da integração dialógica entre

diferentes especialidades (CAMPO; DOMITTI, 2007).

Esse modelo de gestão do trabalho em saúde, chamada de cogestão, se faz necessária porque, entre as equipes, existem sujeitos com diferentes interesses e inserções sociais que devem coparticipar das etapas do processo de gestão e dos projetos de intervenção como: a definição de objetivos e de diretrizes, o diagnóstico, a interpretação de informações, a tomada de decisão e a avaliação de resultados (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O diálogo surge como uma forma de reorganizar a relação entre as eNasf e eSF, isso facilita a pactuação e a corresponsabilidade. Se o diálogo não acontece, dificilmente haverá a possibilidade de ocorrer o apoio matricial (OLIVEIRA, 2010). A equipe do Nasf tem importante responsabilidade de ampliar a resolubilidade e a integralidade da eSF, pressupondo uma efetiva aproximação afetiva e relacional com a SF (SOUZA, 2013).

Nesse contexto, Hirdes (2015) considera necessário o entrosamento das equipes do Nasf e da ESF para que haja a prática de apoio matricial, e que, para tal, sejam considerados os princípios profissionais que a sustentam: a interprofissionalidade, o vínculo, a integralidade no cuidado, a acessibilidade, a resolutividade e a longitudinalidade.

Sabe-se que as eSF e eNasf compõem a AB e sua atuação integrada deve ter como suporte a atenção especializada e de alta complexidade, onde o Nasf deve ser potencializador da RAS (BRASIL, 2011). Sendo assim, essa reorganização da forma de contato entre as equipes do Nasf e SF é necessária para a superação da lógica do encaminhamento sem responsabilização (FIGUEIREDO; FURLAN, 2010) e aumentar a resolutividade da AB, reduzindo os encaminhamentos desnecessários deste nível para outros níveis de atenção (ANDRADE et al., 2012).

Desta forma, cada núcleo profissional do Nasf deverá dar suporte às eSF no cuidado longitudinal dos indivíduos e famílias dentro da rede de saúde disponíveis, de acordo com a realidade local, tais como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), centros de reabilitação, redes sociais e comunitárias, entre outros (ANDRADE et al., 2012). Importante lembrar que o Nasf deve considerar como princípio estruturante do seu trabalho a integralidade do cuidado aos indivíduos e utilizar uma concepção ampliada da clínica, no seu cotidiano de pensar e fazer saúde (BRASIL, 2011). Todavia, quando não houver comunicação fluida entre os três níveis de atenção, a AB não conseguirá

exercitar seu papel na coordenação do cuidado (MENDES, 2010).

Além disso, a fragmentação da atenção no trabalho do Nasf, pode acontecer, em algumas situações, decorrente do predomínio do modelo biologicista e da falta de serviços especializados na RAS, podendo conduzir o Nasf para uma atuação inadequada, buscando dar conta dos serviços para responder as necessidades da população (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Apesar do apoio matricial já ter sido foco de vários estudos e ser citado em várias propostas do Ministério da Saúde, apenas em 2008 esse arranjo organizacional passou a ser financiado e estimulado de forma mais ampla na atenção básica, com a criação do Nasf (BRASIL, 2008) e da publicação das diretrizes normativas para sua operacionalização em 2009 (BRASIL, 2010).

3.2.1 Apoio Matricial

Os conceitos de apoio matricial e ER foram desenvolvidos por Campos (1998, 2000, 2003). O apoio matricial é uma metodologia para potencializar o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde (CAMPOS, 1999). Utiliza os conceitos de trabalho compartilhado e de cogestão, da interdisciplinaridade, visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado, em suas dimensões sociais, sanitárias e pedagógicas, e objetiva a construção de corresponsabilidade no cuidado em saúde entre equipes multiprofissionais e profissionais apoiadores especialistas (CAMPOS et al., 2013).

Para Chiaverini (2011), nenhuma especialidade detém o monopólio do processo de saúde-enfermidade-intervenção, pertencendo a todo o campo da saúde. Com isso o matriciamento torna-se, essencialmente, um processo de trabalho interdisciplinar, com práticas que envolvem trocas e construção do conhecimento.

O Apoio Matricial buscou se diferenciar das metodologias de trabalho baseadas na interconsulta e os sistemas de referência e contra referência, visando mecanismos de personalização, diálogo, decisão compartilhada, responsabilização e compromisso entre as equipes e os profissionais apoiadores especialistas. Essa metodologia, ao mesmo tempo que produz o cuidado compartilhado funciona como uma forma de educação permanente, já que os profissionais com distintas formações ampliam a comunicação entre eles ao conduzir casos de forma compartilhada. Opera com o conceito de núcleo e campo (CUNHA; CAMPOS, 2015).

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os indivíduos, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Via de regra, a eNasf terá dois tipos de público-alvo: a população e as ER apoiadas (BRASIL, 2009).

A dimensão técnico-pedagógica se refere às ações de desenvolvimento de competência e Educação Permanente (EP) tais como discussão de caso e temas, PTS, ações conjuntas/ compartilhadas com a eSF, entre outros. Estas ações possibilitam que o Nasf contribua para o aumento da capacidade de cuidado das equipes vinculadas, compartilhando com elas a resolução de problemas e o manejo de certas situações. O apoio pedagógico favorece a ampliação da clínica dos profissionais e produz mais autonomia para as equipes (MALTA; MERRY, 2010).

A dimensão clínico-assistencial possibilita que a eNasf agregue oferta de novas ações na AB por meio de sua intervenção direta em ações individuais ou coletivas, nos casos que requerem competências específicas e que a eSF não consegue resolver sozinha, definidas conforme a necessidade do usuário e possibilidades de intervenção na AB. Tais ações devem ser acordadas e reguladas pelas eAB sem perder sua função de coordenadora do cuidado ao longo da RAS e compreender as propostas das intervenções diretas dos profissionais do Nasf, sem transferência da responsabilidade pelo cuidado (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Na figura 3, pode-se observar as ações desenvolvidas pelo Nasf de acordo com as duas dimensões. Entretanto, essas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos, de acordo com a necessidade de cada ER (BRASIL, 2010).

Figura 3 - Dimensões do apoio matricial



Fonte: A autora

A forma de organização de cada local depende de vários fatores tais como a personalização da relação entre equipes de saúde, da ampliação dos cenários em que se realiza a atenção especializada e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem Apoio Matricial (CUNHA;CAMPOS, 2015), além de problemas como estrutura física das unidades e transporte (NASCIMENTO, 2014).

É importante ressaltar que a consolidação do apoio matricial é dependente da relação estabelecida entre as equipes envolvidas onde, por um lado, é importante que as eAB compreendam esse modelo de relação e atenção postos e visualizem o Nasf como apoio e não como um serviço especialistas na AB e por outro, os profissionais do Nasf devem se dispor a dividir conhecimentos, planejar e avaliar as ações de forma conjunta com as equipes apoiadas, mantendo a referência pelo cuidado pelas eAB. Entretanto, há que considerar a influência da organização dos serviços de saúde locais e o direcionamento da gestão municipal em sua estruturação (SOUZA, 2017).

Estudos mostram que a implantação do Nasf e a indução do trabalho interprofissional, junto às equipes de referência tem contribuído para o aumento da resolutividade dos problemas de saúde demandados (BRASIL, 2014; CAMPOS, et al., 2014; CUNHA, CAMPOS, 2011; NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010).

Segundo o MS, o desempenho do Nasf deverá ser avaliado por indicadores que abranjam as duas dimensões, observando resultados para a população e para a sua ação na equipe.

Souza e Calvo (2016) mostraram que ainda há poucos estudos sobre os resultados das ações do Nasf sobre as equipes apoiadas e/ou aos indivíduos assistidos e que os mecanismos de monitoramento e avaliação de tais ações estão numa etapa incipiente de desenvolvimento.

Alguns autores mostram um certo distanciamento entre a concepção dos modelos de atenção à saúde propostos e as ações e práticas realizadas pelos trabalhadores e usuários (ANDREAZZA et al., 2011; CARAPINHEIRO, 2001). Pode-se observar esse cenário com a implantação do Nasf, em que o Ministério da Saúde estabeleceu algumas normas e diretrizes para sua implantação e funcionamento. Entretanto, o que se observa é que essa proposta tem sido operada por diferentes trabalhadores (SF e Nasf) e gestores que também agem com seus saberes específicos e experiências, dando origem a um conjunto bastante distinto de práticas, com novas e diversas modelagens.

Sousa (2016) propõe um modelo teórico composto por três dimensões que correspondem aos principais objetivos do Nasf: ampliação do escopo; ampliação da resolutividade e da coordenação da atenção.

O referido estudo, evidenciou que a equipe Nasf do município estudado atua na lógica do apoio matricial e, apesar de algumas fragilidades no processo, esse novo arranjo assistencial tem impactado de forma positiva na atenção básica, com a ampliação do escopo das ações da atenção básica, a ampliação da clínica dos profissionais da ESF, aumento da resolutividade, qualificação dos encaminhamentos para a rede especializada, entre outras coisas. A autora afirma que há a possibilidade de o Nasf cumprir os objetivos para os quais foi criado, mas se faz necessário novos estudos, com estratégias metodológicas diversas, para avaliar os resultados da atuação dessa equipe (SOUSA, 2016).

Souza e Calvo (2016) realizaram revisão sistemática da literatura, com o objetivo de identificar os resultados esperados pelas ações do Nasf. Os autores identificaram que o Nasf tem intenções de impactar de forma positiva sobre as seguintes dimensões: equipes apoiadas, usuários assistidos, integração entre os serviços e modelos de atenção vigentes no SUS. Entretanto tais resultados ainda não são encontrados de forma explícita nas referências existentes.

Os autores referem também falta de clareza sobre o que se espera alcançar com a atuação compartilhada e integrada entre equipe matricial e ER, que os estudos se complementam, contudo trazem elementos novos do que se espera desse modelo organizacional (SOUZA; CALVO, 2016). Desta forma, fazem-se necessárias a identificação de objetivos específicos e dos resultados intermediários e finais esperados e posterior proposição de indicadores coerentes com o preconizado, a fim de contribuir para a consolidação e o avanço do Nasf.

4 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Para alcançar os objetivos propostos pelo estudo, buscou-se no arcabouço teórico, subsídios para delinear o percurso metodológico utilizado.

4.1 Desenho do estudo

O conhecimento científico é uma tentativa de articular a teoria e a realidade, onde a metodologia aplicada é a condução para se formular essa vinculação. Desta forma, a escolha do método a ser utilizado em uma pesquisa deve apresentar coerência entre o referencial teórico que guia o estudo e atender à necessidade de investigação requerida pelo fenômeno pesquisado (MINAYO; SANCHES, 2013).

Esse foi um estudo avaliativo de caso único que foi desenvolvido através da abordagem metodológica quantitativa e qualitativa.

O estudo de caso foi escolhido no intuito de compreender fenômenos sociais complexos, tais como são os objetivos propostos por essa pesquisa. Esse tipo de estudo é a estratégia mais escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, onde não se podem manipular comportamentos relevantes (YIN, 2005).

4.2 Período de coleta do estudo

O estudo foi realizado no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019.

4.3 Local do estudo e unidade de análise

O presente estudo foi realizado no município de Camaragibe, no estado de Pernambuco.

Esse município foi escolhido por ser considerado como pioneiro na implantação da atenção primária à saúde e precursor de arranjos de produção da saúde considerados inovadores (BEZERRA et al., 2010; CASÉ, 2002; RODRIGUES, 1998; SANTOS et al., 2007). Além disso, dois recentes estudos de avaliação do Nasf foram realizados pelo grupo de pesquisas AcesSus nesse município (NASCIMENTO, 2014; SOUSA, 2016;), fato que proporciona uma maior facilidade de acesso à rede de saúde

do município e de adesão dos profissionais que atuam nesses serviços de saúde.

A rede básica de saúde do município é composta por 44 Unidades de Saúde da Família (USF), comportando 45 Equipes de Saúde da Família (eSF), 13 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 05 equipes Nasf (eNasf) que apoiam 09 eSF, cada, 01 academia da saúde e 01 consultório na rua.

Camaragibe faz parte da Região Metropolitana do Recife (RMR) e está localizado a 16 quilômetros (km) da capital, com uma área territorial de 55.083 km². É um município totalmente urbano com uma população de 156.361 habitantes (IBGE, 2017).

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

O município em questão possui 4 territórios de saúde concebidos por meio de critérios e indicadores socioeconômicos, culturais, epidemiológicos e geopolíticos, nos quais está distribuída a sua rede de serviços.

Como estudo de caso único a unidade de análise é o município de Camaragibe onde serão estudadas as equipes Nasf.

4.4 População de estudo

O estudo tomou como referência as informações de produção das 05 equipes Nasf do município de Camaragibe e os dados clínicos registrados no FAM-RCaNasf de 19 pessoas atendidas de forma compartilhada pelos profissionais do Nasf e ESF. Foram analisados quatro formulários de cada Nasf (Nasf 1, Nasf 2, Nasf 3 e Nasf 5), exceto o Nasf 4, apenas três formulários.

Os critérios de inclusão, para os usuários, foram residir na área de abrangência das ER e ter a necessidade de ser atendido pelos profissionais do Nasf, independente de idade, sexo, doença ou condição de saúde. Os usuários sem condições de interagir com os profissionais (crianças, déficit cognitivo, fala comprometida, etc.) foi solicitado um representante para participar da avaliação, familiar ou não.

4.5 Coleta de dados

Diante da necessidade de se obter diversas informações para concretização do

estudo, será realizada uma triangulação de técnicas para coleta de dados, de acordo com Minayo et al. (2005, p. 71):

[...] não é um método em si, mas uma estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares e que deve ser escolhida quando contribuir para aumentar o conhecimento do assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar.

Sendo assim, foram utilizadas, simultaneamente, diversas técnicas de coletas, fontes de dados e modalidades de análise, tais como: informações obtidas de formulários e relatórios de produção das equipes - e-SUS; formulário próprio para coleta de dados de produção das equipes, criado pela coordenação do município estudado e denominado Consolidado mensal; aplicação do FAM-RCaNasf, observação participante e diário de campo.

Para um melhor entendimento, o quadro 2 possui o resumo dessa pesquisa, com objetivos, método de coleta de dados e as fontes de informação, correlacionando-os.

Quadro 2 - Plano de execução da pesquisa, fevereiro de 2019.

Objetivo da pesquisa	Método e técnica de pesquisa	Análise dos dados
Objetivo 1: Caracterizar as ações desenvolvidas pelas equipes Nasf, de acordo com as dimensões do apoio matricial.	Métodos: quantitativo e qualitativo Técnicas: análise do relatório do e-SUS e do consolidado mensal e observação participante no diário de campo.	Dados quantitativos: descritiva e analítica Dados qualitativos: análise simples
Objetivo 2: Descrever o perfil dos usuários atendidos matricialmente pelo Nasf	Métodos: quantitativo. Técnicas: análise do relatório do e-SUS	Dados quantitativos: descritiva e analítica
Objetivo 3: Analisar a resolutividade da dimensão clínico-assistencial do Nasf, contextualizando-a com o apoio matricial;	Método: quantitativo e qualitativo Técnicas: aplicação do FAM-RCaNasf e diário de campo	Dados quantitativos: descritiva e analítica Dados qualitativos: análise simples
Objetivo 4: Construir protocolo de organização e monitoramento do trabalho do Nasf na perspectiva do apoio matricial	Método: quantitativo e qualitativo Técnicas: análise de documentos oficiais municipais e do MS.	

Fonte: A autora, 2019

4.5.1 Para alcançar o primeiro objetivo específico

Para caracterizar as ações desenvolvidas pelas equipes Nasf foram utilizados dados secundários, através dos relatórios do e-SUS AB e dos formulários do Consolidado mensal, no período de setembro de 2017 a agosto de 2018.

O Ministério da Saúde tem buscado a reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde, em um processo de informatização qualificada do SUS buscando um SUS eletrônico. Nesta perspectiva, a coleta de dados da Atenção Básica que utilizava o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) desde 1994 foi substituída, em 2016, pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) por intermédio do e-SUS AB (BRASIL, 2015).

Essa ferramenta tecnológica é executada usando-se um software que funciona como Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A escolha do modelo utilizado depende da especificidade e disponibilidade dos recursos de informática e internet de cada local (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2013).

No modelo CDS as fichas disponíveis são: Atendimentos Individuais, Atividades Coletivas, Procedimentos e Visita Domiciliar, utilizadas de acordo com a especificidade de cada profissão. O PEC, além de enviar todas as informações contidas nas fichas do CDS, também funciona como prontuário clínico, registrando todas as informações do atendimento individual de cada paciente, organiza a demanda da unidade e gerencia a agenda dos profissionais.

Os dados coletados através do CDS ou PEC são enviados para o SISAB, onde é possível tirar relatórios por equipe ou por profissional.

Para alcançar o primeiro objetivo foram utilizadas as seguintes variáveis, de acordo com a fonte dados:

a) Consolidado mensal:

- Atividade: Ação realizada pelo profissional do Nasf que pode ser – Atendimento individual, atendimento compartilhado, atendimento domiciliar, atendimento domiciliar compartilhado, reuniões (gestão, discussão de casos, rede e de equipe), educação em saúde, educação permanente e Projeto terapêutico Singular (PTS).

b) Relatórios de e-SUS:

- Público-alvo da atividade coletiva: comunidade em geral, população específica (por faixa etária ou por grupo de risco: gestante, pessoas com doenças crônicas, usuários de álcool ou outras drogas, entre outros) e profissionais de educação;
- Tipo de reunião: reunião de equipe, reunião (intra e intersetorial), educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação/procedimento coletivo e mobilização social;
- Tema: Principal assunto abordado no grupo de educação em saúde ou reunião.

A escolha da fonte de dados para cada variável se deu pelo detalhamento das informações existentes em que cada relatório.

No quadro 3, estão apresentadas as quantidades de relatórios coletados mensalmente, de cada fonte de dados.

Quadro 3- Consolidado de relatórios analisados mensalmente

Total de relatórios	Quantidade de profissionais participantes												Média
	2017				2018								
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	jun	Jul	ago	
e-SUS	24	23	23	22	22	22	22	23	25	20	21	20	22
Consolidado mensal	26	24	20	28	24	23	18	22	21	20	23	23	23

Fonte: A autora, 2019

Cabe ressaltar que, pelo fato de não ter sincronia na quantidade de relatórios, os dados não serão comparados e podem ocorrer diferenças entre os universos apresentados.

4.5.2 Para alcançar o segundo objetivo específico

Para descrever o perfil dos usuários atendidos pelo Nasf foram utilizados dados secundários, através dos relatórios do e-SUS.

Para a classificação, serão utilizadas as seguintes variáveis:

- a) Idade: idade (anos) do usuário no dia do atendimento;
- b) Sexo: feminino ou masculino;
- c) Problemas/condições avaliadas: classificação padrão do e-SUS;
- d) Local de atendimento: UBS, Domicílio ou outros;
- e) Tipo de atendimento: atendimento de urgência, consulta agendada, consulta agendada programada, consulta no dia, escuta inicial;

- f) Procedimento: avaliação/diagnóstico, procedimentos clínicos/terapêuticos, prescrição terapêutica;
- g) Conduta/desfecho: retorno para consulta agendada, retorno para cuidado continuado/programado, agendamento para grupos, agendamento para Nasf, alta do episódio;
- h) Encaminhamento: interno no dia, para serviço especializado, para CAPS, para internamento hospitalar, para urgência, para serviço domiciliar, intersetorial.

O quadro 4 apresenta uma síntese das variáveis utilizadas para alcançar os objetivos propostos.

Quadro 4 – Síntese das variáveis utilizadas segundo objetivo e fonte.

Objetivo da pesquisa	Fonte	Variáveis
Objetivo 1: Caracterizar as ações desenvolvidas pelas equipes Nasf, de acordo com as dimensões do apoio matricial.	Consolidado mensal	- Atividade: Ação realizada pelo profissional do Nasf que pode ser – Atendimento individual, atendimento compartilhado, atendimento domiciliar, atendimento domiciliar compartilhado, reuniões (gestão, discussão de casos, rede e de equipe), educação em saúde, educação permanente e Projeto terapêutico Singular (PTS).
	e-SUS AB	- Público-alvo da atividade coletiva: comunidade em geral, população específica (por faixa etária ou por grupo de risco: gestante, pessoas com doenças crônicas, usuários de álcool ou outras drogas, entre outros) e profissionais de educação; - Tipo de reunião: reunião de equipe, reunião (intra e intersetorial), educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação/procedimento coletivo e mobilização social; - Tema: Principal assunto abordado no grupo de educação em saúde ou reunião.
Objetivo 2: Descrever o perfil dos usuários atendidos matricialmente pelo Nasf	e-SUS AB	- Idade: idade (anos) do usuário no dia do atendimento; - Sexo: feminino ou masculino; - Problemas/condições avaliadas: classificação padrão do e-SUS; - Local de atendimento: UBS, Domicílio ou outros; - Tipo de atendimento: atendimento de urgência, consulta agendada, consulta agendada programada, consulta no dia, escuta inicial; - Procedimento: avaliação/diagnóstico, procedimentos clínicos/terapêuticos, prescrição terapêutica; - Conduta/desfecho: retorno para consulta agendada, retorno para cuidado continuado/programado, agendamento para grupos, agendamento para Nasf, alta do episódio; - Encaminhamento: interno no dia, para serviço especializado, para CAPS, para internamento hospitalar, para urgência, para serviço domiciliar, intersetorial.

Fonte: A autora, 2019

4.5.3 Para alcançar o terceiro objetivo específico

Para analisar a resolutividade da dimensão assistencial do Nasf, os dados foram coletados através da aplicação do Formulário de Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Nasf (FAM-RCaNasf) (CABRAL, 2018) e diário de campo.

O formulário utilizado não substitui outras ferramentas de avaliação utilizadas na clínica própria de cada profissão. O FAM-RCaNasf é de uso comum aos profissionais atuantes no Nasf e deve ser utilizado por todos que estejam envolvidos no caso em questão.

Da mesma forma que o prontuário clínico, o formulário registra o que foi avaliado pelos profissionais de saúde e também permite qualificar a magnitude ou extensão das queixas daqueles usuários que necessitam de acompanhamento da eNasf.

O FAM-RCaNasf está dividido em duas partes de avaliação, onde são registrados os dados sobre funcionalidade e incapacidade (*Parte 1*); e dos fatores contextuais (*Parte 2*) para que o avaliador encontre mais facilmente quais são as queixas ou problemas considerados relevantes ao usuário (Figura 4).

Figura 4- Ilustração sobre o Formulário de avaliação clínico-assistencial do Nasf.



*existe um espaço adicionado em cada subcategoria para descrição de outras questões, caso não esteja previamente contemplada.

Fonte: Cabral; Albuquerque (2016)

A *Parte 1* (funcionalidade e incapacidade) está dividida em dois componentes:

1) Funções e Estruturas do corpo (FE) - nesta parte o formulário está dividido em 8 categorias relacionadas às condições clínicas do usuário: mental; sensorial e dor, voz e fala; sistema cardiovascular, respiratório e imunológico; aparelho digestivo, sistemas metabólicos e endócrino; geniturinárias e reprodutivo; neuromusculoesquelética e relacionada com os movimentos; e, pele e estruturas relacionadas. Tais categorias apresentam 39 subcategorias especificando o problema;

2) Atividades e participação (AP) - nesta parte o formulário está dividido em 9 categorias relacionadas às questões intelectuais e sociais: aprendizagem e aplicação do conhecimento; tarefas e exigências gerais; comunicação; mobilidade; autocuidado; vida doméstica; interação e relacionamentos interpessoais; áreas principais de vida; vida comunitária e social. Tais categorias estão subdivididas em 31 subcategorias especificando o problema.

A *Parte 2* (fatores contextuais) possui apenas um componente, relacionado

aos aspectos social, familiar e do indivíduo (SFI) e que estejam influenciando na condição de saúde do mesmo. Este componente está dividido em 6 categorias: produtos e tecnologias; ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem; apoio e relacionamento; atitudes; serviços, sistemas e políticas; aspectos pessoais relevantes à condição de saúde/doença. As categorias, por sua vez, apresentam 23 subcategorias, com as especificações dos problemas.

Na *Parte 1*, o FAM-RCaNasf registra as principais queixas dos usuários assistidos pelas eNasf, em cada área analisada, a partir de qualificadores para estratificação da magnitude ou extensão das queixas. Cada qualificador é representado por um código numérico, que varia de 1 (um) a 4 (quatro) (Quadro 5).

Quadro 5- Pontuação do FAM-RCaNasf por magnitude ou extensão do problema relacionado à saúde, Brasil, 2017.

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

Fonte: Cabral (2018).

Além dos qualificadores supracitados, o formulário possui mais três códigos numéricos. O código 8 (oito) quando o profissional não possui meios tecnológicos para qualificar o problema, o código 9 (nove) que significa *não aplicável*, quando o problema não pode mais ser avaliado e 0 (zero) quando o problema não é relevante ao caso. Os códigos 8 (oito) e 9 (nove) não são contabilizados no somatório dos qualificadores.

Já na *Parte 2*, existe um diferencial relacionado aos qualificadores. Caso suas subcategorias representem um fator facilitador para a condição de saúde do avaliado, aplicar-se-á a numeração como o sinal positivo (+) e se a questão for algo que gere um obstáculo (barreira), o qualificador deverá ser registrado com o sinal negativo (-) (Quadro 6).

Quadro 6- Pontuação do FAM-RCaNasf pela influência na condição de saúde do indivíduo

Influência na condição de saúde	Facilitadores	Obstáculos
Leve	+4	-1
Moderado	+3	-2
Elevado	+2	-3
Completo	+1	-4

Fonte: A autora, 2019.

Em ambas as partes (1 e 2), os qualificadores devem ser usados apenas quando a questão clínica for relevante ao usuário avaliado. Caso algum aspecto importante não esteja contemplado nas subcategorias, o avaliador deverá descrever, em um espaço denominado de *outras* (subcategorias), e qualificar. Ao final da avaliação, a equipe fará o somatório (Σ) dos qualificadores em cada uma das categorias que precisou ser avaliada.

Para os espaços destinados ao usuário, em ambas as partes do FAM-RCaNasf, o auxílio de algum familiar ou cuidador pode ser conveniente, caso o próprio não consiga expressar as suas perspectivas.

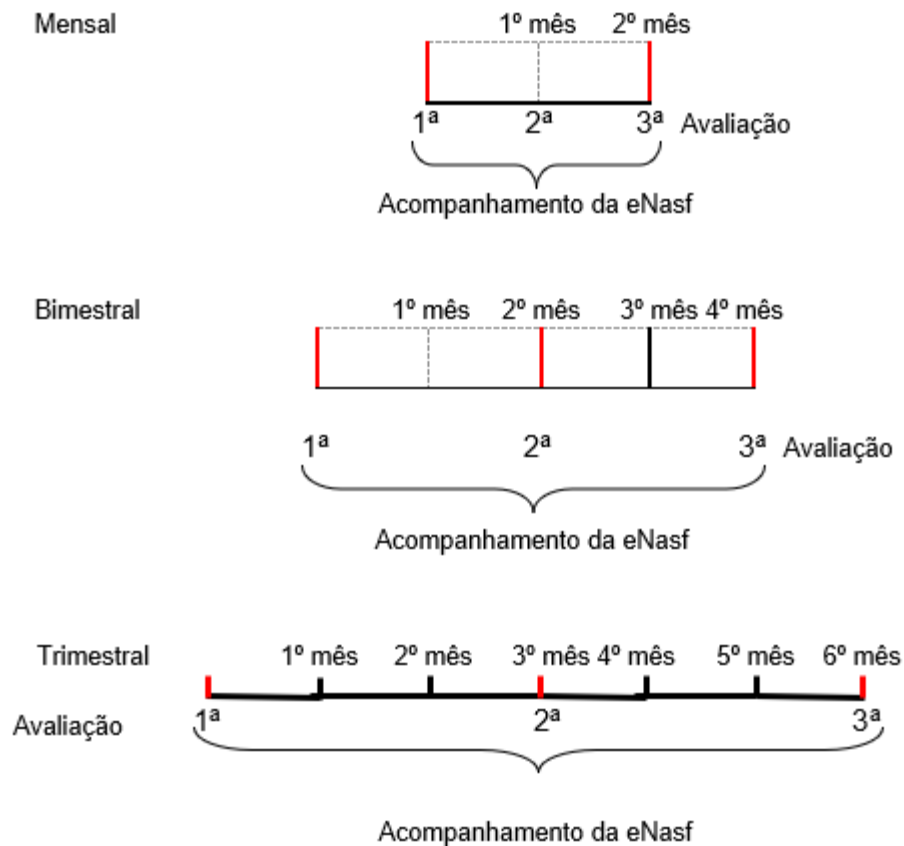
Para facilitar o preenchimento dos espaços destinados ao registro da percepção do usuário, tanto na *Parte 1* quanto na *Parte 2*, o avaliador deve utilizar os códigos alfanuméricos contidos nas categorias e subcategorias que forem relevantes ao usuário, familiar ou cuidador solicitando que os mesmos qualifiquem utilizando as mesmas referências de pontuações.

Os qualificadores geram pontuações, que servem como parâmetros para medir quantitativamente a evolução clínica de cada caso acompanhado pela eNasf, tanto na perspectiva da equipe quanto do usuário. Ao comparar esses dados, registrados em momentos distintos, pode-se ter ciência da resolutividade das ações do Nasf, na perspectiva de melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde do usuário assistido.

Para a análise da resolutividade, a partir dessa comparação das pontuações, é preciso que haja o cuidado longitudinal do usuário, ou seja, este deve ser acompanhado por, pelo menos, três vezes pela eNasf, podendo ser de forma mensal, bimensal, trimestral (Figura 5) ou de acordo com a necessidade do usuário e/ou disponibilidade da equipe.

Cada formulário poderá registrar até três avaliações e deve ser preenchido por profissional da equipe Nasf, durante avaliação clínica, em atendimento domiciliar ou na unidade de saúde, ou em reuniões clínicas.

Figura 5- Intervalos de tempo para aplicação do FAM-RCaNasf, Brasil, 2017.



Fonte: Cabral; Albuquerque (2016)

Legenda: FAM-RCaNasf= Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio a Saúde da Família; eNasf= equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Para a adesão e utilização do FAM-RCaNasf foram realizadas três reuniões com os profissionais do Nasf.

A primeira reunião foi dividida em dois momentos. No primeiro momento foi realizada apresentação do instrumento (conteúdo e forma de preenchimento) e dos resultados da primeira pesquisa com a aplicação do formulário. No segundo momento foi realizada a parte prática, com preenchimento de dados a partir de casos fictícios.

A segunda e terceira reuniões foram destinadas a sanar as dúvidas que os profissionais estavam apresentando relacionadas ao preenchimento dos formulários e pontuação dos qualificadores.

Para este estudo foram aplicados 20 FAM-RCaNasf, distribuídos para as 5 eNasf do município analisado. Entretanto, 1 destes formulários foi descartado por não estar preenchido corretamente.

Os casos foram selecionados pelas eNasf a partir da complexidade do problema, necessitando da construção de Projeto Terapêutico Singular, cuidado multiprofissional e longitudinal.

4.5.4 Para alcançar o quarto objetivo específico

Para a construção do protocolo de organização e monitoramento do trabalho do Nasf na perspectiva do apoio matricial foram utilizados, como base, documentos oficiais municipal e do Ministério da Saúde.

Foram planejados 3 encontros com a participação dos profissionais do Nasf e da coordenação com a finalidade de discutir o protocolo já existente e construir um novo protocolo com base na realidade local a partir do referencial teórico-metodológico do apoio matricial.

Em seguida o protocolo será apresentado e discutido com as eSF para validação pelos profissionais.

Após validação pelas equipes, o produto final será submetido ao conselho municipal de saúde para análise e aprovação.

Serão entregues 6 cópias para a coordenação do Nasf para implantação no município.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados e apresentados de forma descritiva e analítica.

Os dados quantitativos coletados do e-SUS, do consolidado mensal e do FAM-RCaNasf foram organizados e analisados de acordo com a frequência simples e proporcionalidade das variáveis construídas.

Os dados qualitativos foram analisados

Para inferir a resolutividade das ações clínico-assistenciais dos Nasf estudados, foram utilizadas as somas das pontuações total dos qualificadores, registrados na primeira e última avaliação, por componente do FAM-RCaNasf e em seguida, foi realizado cálculo estatístico para medidas pareadas – comparando a primeira e a última – com o Wilcoxon Signed Ranks Test.

Este teste para dados pareados é um dos mais utilizados em ciências do comportamento. Ao invés de considerar apenas o sinal das diferenças entre os pares,

considera o valor dessas diferenças, para cada indivíduo. Assim sendo, algumas diferenças são positivas e outras negativas (HADDAD, 2004).

Os softwares utilizados para análise dos dados foram o Excel® 2010 e o SPSS® – Statistical Package for Social Sciences – para Windows®, versão 20.0, com nível de confiança de 95%.

4.7 Dificuldades no trabalho de campo

Desde a sua implantação, a ficha do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) (Apêndice 2) era utilizado para o envio da produção dos profissionais da AB, inclusive do Nasf. Tais registros faziam parte do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS), além disso o município utilizava formulários próprios para registro das atividades.

Entretanto, em um processo de informatização qualificada, em busca de um SUS eletrônico, o MS por meio da Portaria 1.113, de 31 de julho de 2015 instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) operacionalizado pelo software e-SUS AB CDS ou e-SUS AB PEC, à partir de 01 de janeiro de 2016 (BRASIL, 2015).

Desde então, o município passou a utilizar o e-SUS AB CDS e as fichas do sistema de Atividade individual e de Atividade Coletiva passaram a ser utilizados pelas eNasf em substituição a do SIA-SUS e os formulários próprios foram extintos (Diário de Campo).

Na prática, a mudança de sistema aumentou o rol de possibilidades de registro das atividades, bem como da qualidade das informações. No SIA-SUS os registros se resumiam a quantidade de pessoas atendidas, por idade e quantidade de atividades coletivas e número de participantes (Diário de Campo).

Entretanto, o acesso às informações ficou bastante restrito, o que era de domínio público passou a ser acessado apenas em um computador, denominado centralizador.

Para a utilização do e-SUS, o programa deve estar instalado no computador e ser atualizado mensalmente. No município estudado há três formas de digitação da produção: os profissionais das eAB preenchem as fichas físicas do e-SUS e enviam para a digitação no nível central, digitam na unidade, caso possua computador ou digitam em computador particular. Toda a produção digitada é compilada em um

arquivo e deve ser enviada para a base municipal centralizadora que fará o envio para a base do MS que enviará para o SISAB (Diário de campo).

O acesso ao computador centralizador dificultou o processo de coleta de dados, por ser a única máquina para organizar o processo de informação de toda a AB.

Ao ter acesso ao sistema, verificou-se que algumas produções ficaram sem ser enviadas ao MS, não sendo possível acessar os relatórios.

Após ter ciência das faltas de envio, foi solicitado ao coordenador dos sistemas do município que enviasse as produções que estavam faltando, contudo, não foi possível para os arquivos do ano de 2017, pois o MS só acata envio de, no máximo, 1 ano de atraso.

Além disso, a Secretaria de Saúde do município estudado passou por mudança na sua equipe de gestão, nos meses de setembro e novembro de 2018. Tais mudanças geraram desorganização da gestão e, com isso, no processo de trabalho, de modo geral.

Todo esse processo atrasou a finalização do estudo, e causou a ausência de algumas produções.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi avaliado pela Secretaria de Saúde de Camaragibe que concedeu sua anuência, autorizando a realização do estudo em sua rede de saúde. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), com o parecer N° 1.615.740.

Dessa maneira, o estudo atende aos requisitos preestabelecidos na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar o entendimento dos resultados aqui encontrados e subsidiar a sua discussão, os mesmos serão apresentados em três seções, de acordo com os objetivos da pesquisa.

6.1 As ações desenvolvidas pelo Nasf e o apoio matricial

A implantação do Nasf em camaragibe se deu em três momentos, o primeiro em junho de 2008, com a implantação de duas equipes de Nasf, que apoiaram as eSF do Território 3 (T3) e do Território 4 (T4), o segundo em 2010, com a implantação de mais duas eNasf, que apoiaram as eSF do Território 1 (T1) e as eSF do Território 2 (T2) e o terceiro em 2017, com a implantação da quinta eNasf para adequação à Portaria MS 2436, que redefine a quantidade de equipes apoiadas para o Nasf tipo 1, que passa a ser de 5 a 9 eSF (BRASIL, 2014). Desta forma, cada eNasf municipal passou a apoiar 9 eSF.

Desde sua implantação, o município organizou o seu processo de trabalho a partir da diretriz do Apoio Matricial e utilizou a experiência de alguns profissionais que participaram de dois programas municipais anteriores, Saúde Mental na Comunidade (SAMECO) e Programa de Promoção à Saúde e Reabilitação na Família (PPSRF) e que passaram a compor o Nasf (CAMARAGIBE, 2014).

No quadro 7 estão dispostas as composições das eNasf, no período estudado, sendo as equipes nomeadas de acordo com o território apoiado (Nasf 1 a 5).

Quadro 7- Composição das eNasf de Camaragibe, setembro de 2017 a agosto de 2018.

NASF 1	NASF 2	NASF 3	NASF 4	NASF 5
1 Nutricionista (40h semanais)	1 Nutricionista (40h semanais)	1 Nutricionista (40h semanais)	1 Nutricionista (40h semanais)	1 Nutricionista (40h semanais)
1 Psicólogo (40h semanais)	1 Psicólogo (40h semanais)	1 Psicólogo (40h semanais)	1 Psicólogo (40h semanais)	1 Psicólogo (40h semanais)
2 Fisioterapeutas (20h semanais)	2 Fisioterapeutas (20h semanais)	2 Fisioterapeutas (20h semanais)	2 Fisioterapeutas (20h semanais)	2 Fisioterapeutas (20h semanais)
2 Assistentes sociais (20h semanais)	1 Fonoaudiólogo (40h semanais)	1 Fonoaudiólogo (40h semanais)	2 Assistentes sociais (20h semanais)	2 Assistentes sociais (20h semanais)
1 M. Veterinário (40h semanais)	2 Terapeutas Ocupacionais (20h semanais)	1 Psiquiatra (40h semanais)	2 Terapeutas Ocupacionais (20h semanais)	1 Psiquiatra (40h semanais)

Fonte: A autora

No município, no período de estudo, as atividades que o Nasf desenvolveu foram: atendimentos individuais (AI) e compartilhados (AC); atendimentos domiciliares (AD) e compartilhados (ADC); Educação em Saúde, Educação Permanente (EP), construção e monitoramento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e reuniões de equipe, podendo estas serem de quatro tipos: com a eSF através de discussão de casos (DC), reunião de equipe (RE) para planejamento e avaliação entre as equipes Nasf; reunião com a gestão (RG) e reunião de articulação de rede com os serviços de referência (RR) (Diário de campo).

Ao compararmos esses dados com os achados de Sousa (2016), em estudo realizado no mesmo município, observou-se que houve mudança na organização das agendas das eNasf, algumas atividades foram incorporadas, como RG e EP e outras foram implementadas, como o PTS. Este movimento dá indícios da evolução do trabalho colaborativo e o aperfeiçoamento do apoio matricial no município.

Ainda sobre a implementação do PTS, foi instituído um formulário para uniformizar, nortear e facilitar o registro e a avaliação e monitoramento das ações. Além disso, nas RG havia um espaço destinado para a apresentação e discussão dos PTS construídos. Cada mês uma equipe apresentava um caso novo e os avanços dos casos já apresentados (Diário de Campo).

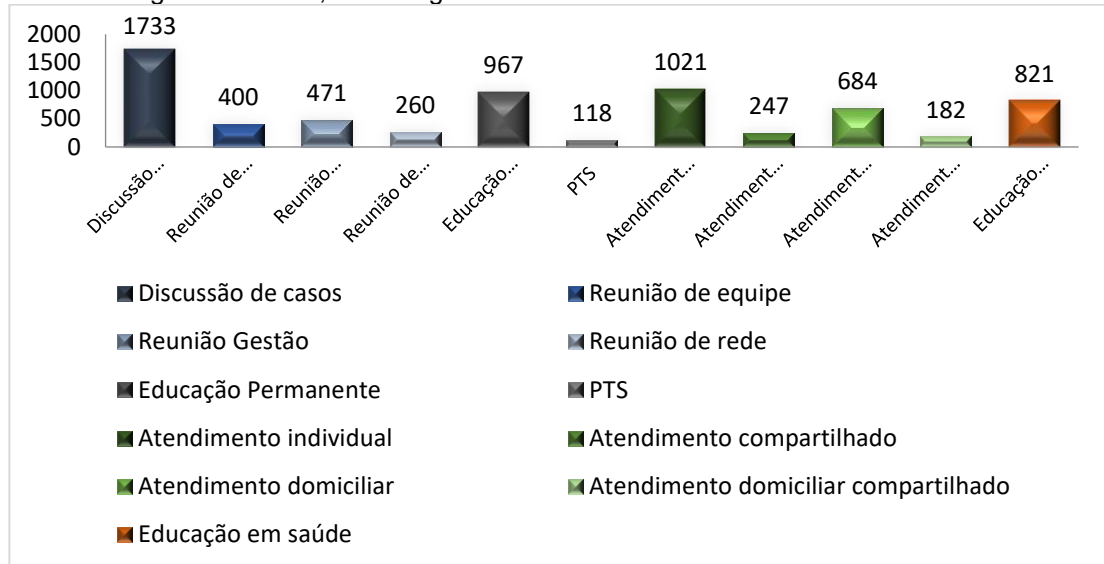
Para fins comparativos, entre as atividades individuais e coletivas, os dados de atendimentos específicos (individuais e compartilhados) foram transformados em turnos, dividindo a quantidade total de atendimentos pela média de atendimentos estipulados para cada turno, de acordo com o protocolo municipal, a saber: 7 pessoas para atendimento individual, 3 para atendimento compartilhado, atendimento domiciliar e atendimento domiciliar compartilhado (CAMARAGIBE, 2014).

Na análise da produção do Nasf, no município e período estudados, foi possível identificar o tipo e o quantitativo de atividades que as equipes realizaram. No gráfico 1, observou-se que a atividade com maior número de registros foi a reunião entre eSF e eNasf, denominada pela gestão reunião de discussão de casos (DC) (Diário de campo). Essa reunião se destina a fortalecer o diálogo e o vínculo entre as equipes, planejar as ações, construir as agendas, discutir casos e temas, organizar o processo de trabalho, entre outros. Deve ser priorizado e protegido na agenda dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2014).

Essa predominância da DC pode ser justificada, por ser um espaço estruturante do processo de trabalho do Nasf e ser um espaço importante para a criação de vínculos

entre as equipes e para o re(conhecimento) de suas necessidades tendo assim, caráter obrigatório no município (SOUSA, 2016).

Gráfico 1- Ações realizadas pelas equipes Nasf segundo tipo de atividade, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.



Fonte: A autora a partir do Consolidado mensal

Na busca de um trabalho mais integral e articulado, é importante a organização do trabalho do Nasf, com a criação de espaços de discussão voltados a cogestão do cuidado. (CAMPOS et al., 2014; LANCMAN et al., 2013). A responsabilização compartilhada pelos casos aumenta a resolutividade das eSF e impulsiona o trabalho interdisciplinar e, conseqüentemente, a ampliação das competências desse nível de atenção (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; D'AMOUR et al., 2008; ROCHA, BARRETO; MOREIRA, 2016).

Ainda no gráfico 1, ao analisarmos as atividades a luz do apoio matricial, observou-se que as ações com características técnico-pedagógicas (discussão de casos, educação permanente e PTS) somaram 41%, as clínico-assistenciais (atendimentos individual e domiciliar e, educação em saúde) somaram 37%, as que possuíam características das duas dimensões (atendimentos compartilhados) somaram 5% e, aquelas destinadas à organização do processo de trabalho do Nasf e articulação com outros pontos de atenção (reuniões de equipe, com a gestão e de rede) somaram 17%. Percebeu-se a existência das atividades preconizadas para o apoio matricial do Nasf e um certo equilíbrio entre a quantidade de ações realizadas, de cada dimensão.

Para Tesser (2017) a dimensão técnico-pedagógica tem tido maior ênfase em

relação a clínico-assistencial pelos textos oficiais, mas pondera que as duas funções só se efetuem se desempenhadas de modo sinérgico. Afirma ainda que existe certo exagero na indução de compartilhamento constante das práticas e que o cuidado exercido apenas pelo especialista também pode ter um componente interdisciplinar. Entretanto, Melo (2018) considera que tais questões devem ser enfrentadas cuidadosamente e que a priorização de um tipo ou outro de prática pode acontecer a depender das necessidades locais.

Chama atenção o baixo percentual de atendimentos compartilhados, apesar de ser uma atividade prioritária para o MS, preconizada através do Caderno de Atenção Básica, nº 39 (BRASIL, 2014).

Entretanto, se considerarmos o estudo realizado por Sousa (2016), no qual não houve registros desta atividade na produção dos profissionais, apesar de constar no protocolo municipal, ressalta-se que o aparecimento da mesma pode indicar o deslocamento do trabalho individualista, para um trabalho mais colaborativo entre os profissionais, tendo em vista que para esse tipo de ação é necessário planejamento conjunto e avaliação da ação realizada (BRASIL, 2014). Além disso as ações compartilhadas requerem mais desprendimento e vínculo entre os profissionais.

As ações assistenciais individuais e, especialmente as compartilhadas, possuem caráter indispensável para aumentar a compreensão do caso e potencializar a resolutividade das eSF (BEZERRA, 2013; SILVA et al., 2012).

O Nasf deve desenvolver um modelo de atenção à saúde em defesa da vida, através do compartilhamento de saberes e práticas para o fortalecimento da cogestão dos processos de trabalho, baseado nos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade e na prática pautada pela clínica ampliada (BONALDI, RIBEIRO, 2014; OLIVEIRA, ROCHA, CUTOLO, 2012; SAMAPIO et al., 2012;). Contudo, não se pode afirmar que há colaboração entre os profissionais, apenas por estarem juntos (MELO et al., 2018).

Por outro lado, quando analisamos o total de ações conjuntas entre a eNasf e as ER, identificou-se um número expressivo (46%), dando indícios da integração entre as equipes. A integração, portanto, se materializa por meio do “compartilhamento de problemas, de trocas de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada das intervenções” (BRASIL, 2014, p.17).

Dessa forma, o Apoio Matricial busca personalizar os sistemas de referência e contra referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre a equipe primariamente

responsável pelo caso e o especialista de apoio (CAMPOS; DOMITTI, 2007). O Nasf deve superar a lógica fragmentada, especializada e medicalizadora do cuidado, buscando uma atenção à saúde mais integral (ANJOS, et al., 2013; CAMPOS et al., 2014; MOURA; LUZIO, 2014).

Considerando que o Nasf tem como objetivo aumentar a resolutividade da AB a partir da ampliação da clínica dos profissionais envolvidos, através do trabalho conjunto, a garantia de espaços regulares de diálogos entre os atores configura-se uma potencialidade para o fortalecimento do trabalho na lógica do apoio matricial. Estabelecendo um novo tipo de relação interprofissional, mais horizontal e dialógica (DIMENSTEIN et al., 2009a; JORGE et al., 2012; QUINDERÉ et al., 2013). O trabalho colaborativo é considerado uma estratégia importante para o fortalecimento de um modelo de atenção ampliado (FRAGELLI, SHIMIZU, 2014).

Corroborando com a assertiva acima, Nascimento et al. (2018) trazem que a equipe multiprofissional que trabalha de forma integrada com as equipes de referência é a que mais se aproxima do modelo preconizado pelo MS e, com isso pode ser definida como equipe matricial.

Ainda no gráfico 1, observou-se que a reunião de rede aparece com percentual de 4%. A instituição de espaços permanentes de diálogos entre os serviços da rede de atenção à saúde, favorece a implantação da cogestão do cuidado e a possibilidade da transformação das práticas hegemônicas (ARONA, 2009; MINOZZO; COSTA, 2013). Dessa forma, a AB deve ser potencializada como porta de entrada preferencial da RAS, reforçando estratégias para o trabalho colaborativo e horizontal entre os diversos setores e pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2008, 2014).

O Nasf deve atuar de forma a reduzir os encaminhamentos desnecessários para a RAS, através da reorganização da demanda, a melhoria da relação entre os diferentes serviços e setores envolvidos com o cuidado e otimização dos fluxos de referência e contra referência instituídos (SILVA et al., 2012; SOBRINHO et al., 2014).

O apoio matricial estimula um novo desenho da rede do SUS, abrindo as fronteiras entre a AB e serviços especializados, aproximando os serviços e reduzindo as barreiras existentes entre eles (CASTRO; CAMPOS, 2016).

Na tabela 1 estão dispostos os principais temas para as reuniões realizadas pelas eNasf. Identificou-se percentual de 31,5% para as reuniões relacionadas ao processo de trabalho e planejamento e monitoramento das ações da equipe e 9,1% para as questões administrativas e de funcionamento das equipes.

Um desafio importante para a operacionalização do Nasf diz respeito a sua relação com os processos de gestão. Diferente das dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial, as dimensões de gestão se apresentam de forma transversal no trabalho do apoiador (MELO et al., 2018).

Os temas das reuniões relacionados as questões administrativas e de funcionamento das equipes podem estar se referindo à gestão da própria equipe Nasf ou das ER, neste caso, os apoiadores exercem, em algum grau, a função do apoio institucional (MELO, et al., 2018). Alguns autores trazem que a oferta desse apoio pelo Nasf se apresenta como potencial para as mudanças desejadas no processo de trabalho das ER (MOURA; LUZIO, 2014).

Entretanto, a função do apoio institucional pode acarretar deslocamento do objetivo do trabalho do Nasf e sobrecarga de trabalho. Ademais, podem existir tensionamentos e conflitos entre os profissionais componentes destas equipes, ocasionando entraves na integração, o que contraria a lógica do apoio matricial (MOURA; LUZIO, 2014).

Tabela 1 – Temas para as reuniões, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.

Variável	Reunião	
	N	%
Questões administrativas / Funcionamento	288	9,1
Processo de trabalho	583	18,3
Diagnóstico do território / Monitoramento do território	85	2,7
Planejamento / Monitoramento das ações da equipe	430	13,5
Discussão de caso / Projeto terapêutico singular	959	30,2
Educação permanente	661	20,8
Outros	174	5,5
Total	3180	100

Fonte: A autora a partir do sistema e-SUS AB

Ao analisar a tabela 1, os achados referentes à educação permanente, verificou-se que 20,8% dos temas estavam relacionados a esta excelente ferramenta de aprendizagem no/para o trabalho. Neste sentido, Vargas (2016) aponta que a possibilidade de aprendizagem ao longo da trajetória profissional, tendo como cenário de prática o trabalho, se mostra como importante característica para a construção coletiva de conhecimentos, trocas de experiências e cooperação.

O fortalecimento da EP, no trabalho do Nasf, surgiu a partir da realização de oficina de planejamento, articulada pela coordenação, frente a necessidade de aperfeiçoamento do processo de trabalho do Nasf, sentida por ela e pelos profissionais, a partir de discussão anterior, quando do processo de autoavaliação e avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (Diário de campo) .

Foram três dias de oficina, no período de 30 de agosto a 1 de setembro de 2017, onde as equipes e a coordenação imergiram no processo de planejamento guiado pelo ZOPP (Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos), que permitiu uma análise sobre os problemas de seus processos de trabalho, partindo de uma descrição prévia do mesmo, e proposições de alternativas detalhadas para seu enfrentamento. Este método propõe pensar sobre a realidade do trabalho, realizar reflexões, debates, decisões de forma conjunta, criando um ambiente de responsabilização e compromisso entre os membros da equipe.

O resultado principal da oficina, foi o reconhecimento de um entrave no trabalho entre Nasf e ER, unânime entre as equipes, a falta de compreensão por parte das eSF sobre o que é o Nasf, mesmo 9 anos após a sua implantação. Sabe-se que a alta rotatividade de profissionais na AB pode ser um elemento negativo no trabalho conjunto. Entretanto, chegou-se à conclusão que, para o avanço do processo de trabalho, seria necessário buscar estratégias para minimizar esse problema (Diário de campo).

Tal fato não é exclusivo do município estudado, outros estudos mostraram que há uma maior clareza sobre a lógica de atuação do Nasf entre os profissionais apoiadores, quando comparados aos apoiados e que tal descompasso pode desvirtuar a proposta de trabalho integrado para uma proposta mais assistencialista (Gonçalves et al., 2015. LANCMAN et al., 2013).

Diante disso, a equipe Nasf 1 iniciou um processo de planejamento e de sensibilização de suas equipes apoiadas sobre a importância da discussão conjunta sobre processo de trabalho, na busca de melhor integração. Para atingir esse objetivo, foram planejadas 6 oficinas de EP a serem realizadas com cada ER, havendo a necessidade de reorganização das agendas dos profissionais, com a priorização desses espaços de discussão em detrimento das outras atividades. Para tanto, o apoio da gestão, foi de fundamental importância (Diário de campo).

A consolidação do apoio matricial, vai depender da relação das equipes

envolvidas, da organização dos serviços de saúde e do direcionamento da gestão municipal em sua estruturação (SOUZA, 2017).

A partir dos resultados exitosos das oficinas de EP, maior aproximação das equipes, fortalecimento dos vínculos e o (re)conhecimento do apoio que o Nasf pode oferecer, acarretando fluidez no trabalho multidisciplinar, a coordenação sentiu a necessidade de expandir esse processo para os outros territórios. Desta forma, a equipe Nasf 1 construiu um guia denominado “Guia de Educação Permanente sobre o processo de trabalho multidisciplinar na Atenção Básica” e a coordenação proporcionou encontro de um dia, para troca de experiências, através do método de educação popular em saúde, carrossel pedagógico (Diário de campo).

Além disso, sentiu-se a necessidade de instituir espaço de EP para os profissionais do Nasf. Assim, foi instituído um turno mensal destinado para a EP na agenda dos mesmos, resultando em dois turnos para o encontro entre profissionais e gestão (Diário de campo).

Processos de cogestão e educação permanente estão relacionados como facilitadores da implantação adequada do Apoio Matricial (BONFIM et al., 2013).

Ainda na tabela 1, pode-se inferir que ocorreu uma priorização do planejamento das ações a partir da discussão de casos e construção de PTS (30,2%). Entretanto, as questões relacionadas com o território, princípio do trabalho na AB, ainda aparecem incipientes, representando 2,7%.

Percebe-se que ações de diagnóstico/monitoramento do território ainda está bem distante do cotidiano das eAB. A territorialização ou orientação para o trabalho comunitário, por vezes, é negligenciada pelas eSF (SALA et al., 2011) seja pela sobrecarga de trabalho, falta de capacitação dos profissionais ou priorização das ações assistencialistas impostas pelos gestores (REIS et al., 2016).

Considerando que as equipes da AB têm como ênfase do trabalho a família, a comunidade e o território, deveriam utilizar mais frequentemente ações e instrumentos de diagnóstico dos mesmos. Essa fragilidade também foi identificada em estudo sobre processo de trabalho do Nasf, onde evidenciou-se que os instrumentos de diagnóstico do território e da família não são utilizados (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019).

A territorialização deve considerar o ambiente, espaço e dinâmica social, através de diálogo entre os diversos setores e equipamentos de saúde, de forma a se conhecerem os condicionantes e determinantes sociais, além dos dados epidemiológicos locais (GONDIM et al., 2008; SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Tabela 2 – Temas para a educação em saúde, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.

Variável	Educação em saúde	
	N	%
Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	3	0,4
Agravos negligenciados	9	1,2
Alimentação saudável	145	19,3
Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	105	13,9
Cidadania e direitos humanos	50	6,6
Dependência química (tabaco, álcool e outras drogas)	5	0,7
Envelhecimento (climatério, andropausa, etc.)	14	1,9
Plantas medicinais / Fitoterapia	28	3,7
Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	24	3,2
Saúde ambiental	6	0,8
Saúde bucal	13	1,7
Saúde do trabalhador	15	2,0
Saúde mental	89	11,8
Saúde sexual e reprodutiva	27	3,6
Semana saúde na escola	3	0,4
Outros	205	27,2
Não informado	12	1,6
Total	753	100

Fonte: A autora a partir do sistema e-SUS AB

Em relação à educação em saúde, descritos na tabela 2, os principais temas abordados foram alimentação saudável, autocuidado de pessoas com doenças crônicas, saúde mental e, cidadania e direitos humanos representando 19,3%, 13,9%, 11,8% e 6,6% respectivamente.

Segundo o MS, o Nasf deve atuar nas ações já existentes na rotina das eAB ou criar novos dispositivos de cuidado (BRASIL, 2014). De certa forma, a expressividade de temas específicos de alguns núcleos de saber corroborou com a definição de que o Nasf deve ajudar a aumentar o escopo das ações da AB, agregando novas ofertas de cuidado nas UBS.

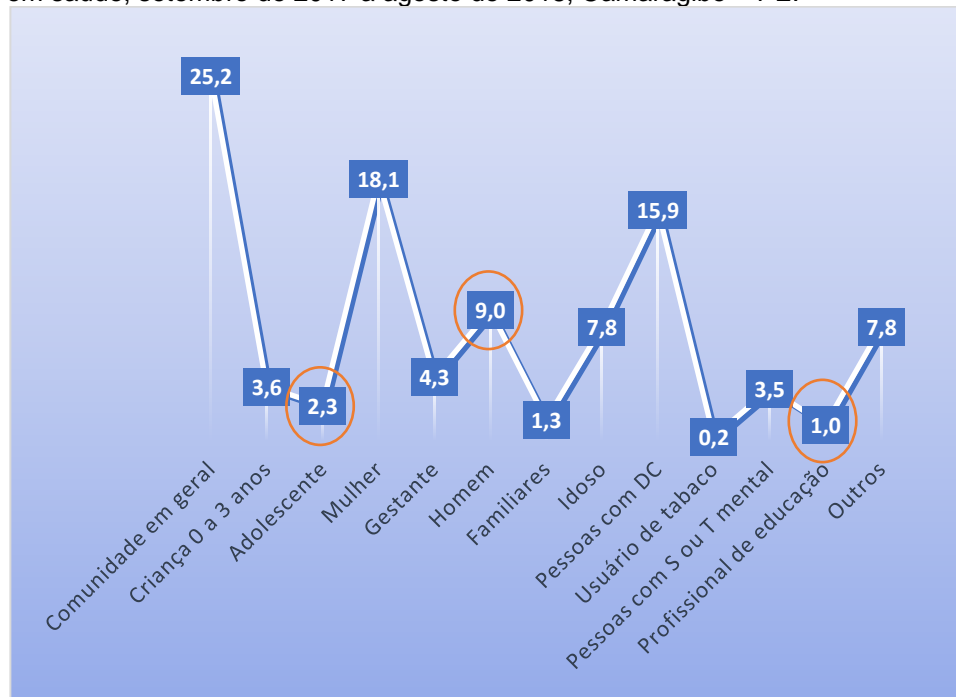
Alguns estudos comprovam que o apoio do Nasf ampliou a capacidade da AB em enfrentar os problemas relacionados à saúde mental, transição nutricional, entre outras (REIS et al., 2012). O trabalho do Nasf causa impacto nas doenças crônicas e na melhoria da qualidade de vida da população assistida (VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015).

Ainda na tabela 2, é importante notar que, apesar de serem em pequenos

percentuais, houve uma amplitude de temas abordados, inclusive, com o aparecimento de saúde do trabalhador (2%), evidenciando a ampliação do escopo de ações da AB através da atuação do Nasf (Sousa, 2016).

O Nasf se constitui como um dispositivo inovador, capaz de potencializar as ações das equipes da ESF e de confrontar desafios a serem enfrentados na AB (SILVA et al., 2012).

Gráfico 2 – Percentual do perfil do Público-alvo para as atividades de educação em saúde, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.



Fonte: A autora a partir do sistema e-SUS AB

Legenda: DC- doenças crônicas; S- sofrimento; T- transtorno

Ainda sobre as atividades de educação em saúde, o gráfico 2 apresenta o público-alvo destas, em percentuais. Dos 603 registros, os maiores percentuais foram para a população em geral (25,2%), seguido de mulheres (18,1%) e pessoas com doenças crônicas (15,9%).

Apesar de historicamente representarem populações a margem das ações de saúde ou como políticas de saúde recentemente implantadas, destacamos a representatividade de atividades com homens (9,0%), adolescentes (2,3%) e profissionais da educação (1,0%), perfazendo o total do público-alvo em 12,3% dos registros. Esses dados podem ser um indicativo do aumento do escopo das ações da atenção básica, através da atuação do Nasf, contribuindo para o aumento da resolutividade desse nível de atenção.

Estudo realizado em um município da região Sul mostrou que os gestores reconheceram o trabalho do Nsf na ampliação do olhar para a produção do cuidado e de ações ofertadas na UBS aos seus usuários, relacionadas à atenção aos ciclos de vida anteriormente pouco assistidos; aos novos grupos terapêuticos; ao desenvolvimento do apoio matricial; e à ampliação de ações de prevenção e promoção (VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015).

6.2 As pessoas atendidas pelo Nsf e o apoio matricial

Na tabela 3, identificamos que o sexo feminino predominou em todos os atendimentos com percentuais acima de 65%, exceto nos do fonoaudiólogo que ficou com 55,7%. Outros estudos apresentaram resultados semelhantes, com a ausência dos homens nos serviços de saúde (CABRAL, 2017; LIRA, 2017; REIS et al., 2012; SOUSA, 2016). Essa ausência pode estar relacionada a questões culturais ligadas a concepção do homem quanto ao processo de saúde e adoecimento e da organização e ofertas dos serviços de saúde (GOMES et al., 2011). Souza et al. (2011) indica que há a necessidade da implantação mais efetiva da política nacional da saúde do homem no intuito de reduzir essa iniquidade.

Em relação a faixa etária houve um predomínio de atendimento para as pessoas acima de 30 anos em todas as categorias profissionais, exceto para o fonoaudiólogo que apresentou um percentual de 30,8% para crianças de 3 a 9 anos.

A prevalência de crianças abaixo de 10 anos também foi apresentada por Sousa (2016), tendo como principais causas para o atendimento as alterações de fala, seguidas das alterações de voz e linguagem. Essa tendência pode ser explicada pela importância da comunicação nessa fase da vida, além da ansiedade que a família apresenta em relação ao desenvolvimento da fala pelas crianças (DINIZ; BORDIN, 2011).

Ainda na tabela 3, o percentual de atendimentos para a faixa etária de crianças e adolescentes apresentou-se com 31,6%, seguindo os achados de outros estudos que trazem o perfil do atendimento específico do psicólogo (ANSELMINI, 2010; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2015; DUARTE et al., 2015; SOUSA, 2016).

Diante do exposto, percebe-se que estamos diante de casos que, provavelmente, as eSF teriam dificuldades em resolver e demandariam para a rede

especializada. Sendo assim, podendo configurar-se como o aumento do escopo das ações na AB, proposto pelo marco legal do Nasf. Segundo o MS, “a presença do psicólogo possibilita ampliar o escopo de ofertas, seja por meio de escuta direta com os usuários, seja matriciando a ação dos outros profissionais, compartilhando tecnologias etc.” (BRASIL, 2014, p. 22).

O Nasf pode atuar apoiando na análise dos problemas e na construção de propostas de intervenção ou na realização de ações diretas com os usuários, individuais ou coletivas, agindo sobre as necessidades e demandas populacionais não alcançadas pelas eAB (ANJOS et al., 2013; CAMPOS, et al., 2014).

Tabela 3 – Perfil das pessoas atendidas pelas equipes Nasf segundo sexo e faixa etária, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.

Variável	Fisio		TO		Fono		Nutri		Psi		Psiq		MV		AS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo																
Masculino	401	32,4	88	28,6	430	44,3	567	27,6	492	30,1	307	31,6	24	33,3	372	32,1
Feminino	837	67,6	220	71,4	540	55,7	1490	72,4	1143	69,9	663	68,4	48	66,7	787	67,9
Total	1238	100	308	100	970	100	2057	100	1635	100	970	100	72	100	1159	100
Faixa etária																
0 a 2 anos	25	2,0	9	2,9	145	14,9	124	6,0	16	1,0	0	0,0	0	0,0	37	3,2
3 a 9 anos	33	2,7	40	13,0	299	30,8	132	6,4	222	13,6	2	0,2	10	13,9	42	3,6
10 a 19 anos	36	2,9	41	13,3	72	7,4	203	9,9	310	19,0	40	4,1	7	9,7	96	8,3
20 a 29 anos	74	6,0	26	8,4	89	9,2	199	9,7	219	13,4	99	10,2	8	11,1	135	11,6
30 a 59 anos	594	48,0	105	34,1	240	24,7	895	43,5	648	39,6	620	63,9	30	41,7	506	43,7
≥ de 60 anos	476	38,4	87	28,2	125	12,9	504	24,5	220	13,5	209	21,5	17	23,6	343	29,6
Total	1238	100	308	100	970	100	2057	100	1635	100	970	100	72	100	1159	100

Fonte: A autora a partir do sistema e-SUS AB

Na tabela 4, estão os principais problemas e condições avaliados pelos profissionais do Nasf em atendimentos específicos. Notou-se uma atuação com características de cada núcleo de saber, onde as categorias fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional tiveram seu maiores índices na reabilitação, 77,3%, 46,1% e 32,2%, respectivamente, o nutricionista apresentou uma maior atuação entre as doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão arterial e obesidade), com 86,9% e o psicólogo e psiquiatra, nas condições relacionadas à saúde mental, com percentuais acima de 90%.

É importante uma presença mais efetiva do Nasf, no cotidiano do cuidado, frente a demanda crescente de idosos, pessoas com comorbidades e com problemas de saúde mental (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

No entanto, observou-se que todos os profissionais possuíam como condição avaliada, a saúde mental, inclusive com percentuais expressivos entre algumas categorias como o médico veterinário, 57,1%, o terapeuta ocupacional, 46,6%, o assistente social, 28%, e o fonoaudiólogo, 27,1%, o fisioterapeuta e o nutricionista apresentaram o percentual de 2,1%, cada.

O trabalho interdisciplinar, posto pelo apoio matricial, tem colaborado para que os conhecimentos e ações historicamente reconhecidos como inerentes à prática "psi" sejam ofertados aos profissionais das equipes, de modo a auxiliá-los a ampliar sua clínica e escuta, a acolher o sofrimento psíquico e a lidar com a subjetividade dos usuários (CASTRO; CAMPOS, 2016).

Tabela 4 - Principais problemas e condições avaliadas em atendimentos específicos segundo categoria profissional do Nasf, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.

Variável	Fisio		TO		Fono		Nutri		Psi		Psiq		MV		AS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ASMA	4	0,3	1	0,3	1	0,1	14	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DESNUTRIÇÃO	2	0,1	2	0,6	6	0,8	152	6,4	3	0,2	0	0,0	0	0,0	10	0,8
DIABETES	62	4,3	13	3,8	50	6,3	491	20,5	5	0,3	0	0,0	1	14,3	61	4,9
DPOC	8	0,6	1	0,3	19	2,4	12	0,5	2	0,1	0	0,0	0	0,0	11	0,9
Hipertensão Arterial Sistêmica	180	12,4	23	6,8	69	8,7	715	29,9	5	0,3	1	0,1	0	0,0	252	20,3
Obesidade	35	2,4	7	2,1	4	0,5	872	36,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	2,2
Pré-Natal	0	0,0	12	3,5	0	0,0	37	1,5	7	0,4	1	0,1	0	0,0	12	1,0
Puericultura	0	0,0	6	1,8	45	5,7	16	0,7	1	0,1	0	0,0	0	0,0	7	0,6
Puerpério	0	0,0	0	0,0	5	0,6	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	1,0
Reabilitação	1123	77,3	109	32,2	364	46,1	9	0,4	13	0,8	3	0,3	1	14,3	250	20,2
Saúde Mental	31	2,1	158	46,6	214	27,1	50	2,1	1577	97,0	967	98,6	4	57,1	347	28,0
Saúde Sexual	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	67	5,4
Tabagismo	7	0,5	1	0,3	8	1,0	6	0,3	1	0,1	2	0,2	0	0,0	10	0,8
Usuário de Álcool	0	0,0	3	0,9	4	0,5	16	0,7	8	0,5	5	0,5	1	14,3	30	2,4
Usuário de Outras Drogas	0	0,0	3	0,9	1	0,1	0	0,0	4	0,2	1	0,1	0	0,0	142	11,5
Total	1452	100	339	100	790	100	2391	100	1626	100	981	100	7	100	1239	100

Fonte: A autora a partir do sistema e-SUS AB

Em relação ao local de atendimento (tabela 5), observou-se que os realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS) apareceram com percentual acima de 70% para todos os profissionais, exceto para o Assistente Social que apresentou 37%, isso pode ser explicado pela característica da categoria profissional na necessidade de avaliar o contexto familiar e domiciliar do usuário.

Em pesquisa realizada em um distrito de Belo Horizonte, 64,2% dos casos foram atendidos na UBS e 35,8% em domicílio (PRATES, et al., 2013). Essa predominância de atendimentos na UBS pode ser atribuída ao fato de que os atendimentos domiciliares devem ser realizados a partir de critérios e fluxos estabelecidos entre as equipes e a gestão (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar, a existência de atendimentos realizados em outros locais, mesmo aparecendo para apenas três categorias profissionais e com um percentual abaixo de 3%. Essa é uma atividade que sugere a utilização do território, para além da UBS e do domicílio. De acordo com o MS, as ações desenvolvidas pelo Nasf devem utilizar os espaços da AB, que pode ser a UBS ou outros dispositivos do território - escolas/ creches, associações de moradores, etc. (BRASIL, 2014).

Tabela 5 – Atendimentos específicos realizadas pelas equipes Nasf segundo local e tipo de atendimento, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.

Variável	Fisio		TO		Fono		Nutri		Psi		Psiq		MV		AS	
	N	1238	N	308	N	970	N	2057	N	1635	N	970	N	72	N	1159
Local de atendimento	%		%		%		%		%		%		%		%	
Domicílio	24,2		28,9		18,0		11,6		11,8		12,4		23,6		62,8	
UBS	75,8		71,1		79,5		88,4		88,2		87,6		76,4		37,0	
Outros	0,1		0,0		2,5		0,0		0,0		0,0		0,0		0,2	
Total	100		100		100		100		100		100		100		100	
Tipo de atendimento	%		%		%		%		%		%		%		%	
Atendimento de Urgência	0,1		1,0		0,0		0,4		0,7		0,0		0,0		1,2	
Consulta Agendada	69,5		73,7		45,8		88,8		75,5		72,2		52,8		71,5	
Consulta Agendada Programada	23,6		16,9		46,2		3,8		18,2		24,6		47,2		20,3	
Consulta no Dia	6,3		8,4		5,88		5,9		4,8		3,1		0,0		3,5	
Escuta Inicial	0,6		0,0		2,2		1,1		0,8		0,1		0,0		3,5	
Total	100		100		100		100		100		100		100		100	

Fonte: A autora a partir do sistema e-SUS AB

Nota: Fisio- Fisioterapeuta, TO- Terapeuta Ocupacional, Fono- Fonoaudiólogo, Nutri- Nutricionista, Psi- Psicólogo, Psiq- Psiquiatra, MV- Médico Veterinário, AS- Assistente Social, UBS- Unidade Básica de Saúde.

Ao analisar o tipo de atendimento realizado pelos profissionais, notou-se que a consulta agendada apareceu acima de 50% para todas as categorias profissionais, exceto para o fonoaudiólogo, que há uma equivalência em relação entre esta e a consulta agendada programada.

Há a desconfiança de que não havia o correto entendimento para a definição consulta agendada programada, parecendo que esta, era entendida como a consulta agendada após a primeira avaliação do profissional do Nasf, quando do retorno do usuário para o próprio profissional (consulta de retorno).

A existência de atendimentos como o de urgência, consulta no dia e escuta inicial, nos remete a questão de que a agenda do Nasf parecia não estar engessada e a equipe disponível para atuar em casos programados e imprevistos.

Mafra (2012), traz em seu estudo que o engessamento das ações do Nasf pode ser influenciado pela lógica da gestão. Desse modo, a compreensão por parte dos gestores atua como facilitador no trabalho do Nasf na lógica do apoio matricial.

Na tabela 6 estão dispostos os procedimentos realizados nas ações clínico-assistenciais do Nasf, por categoria profissional. Tais procedimentos parecem estar coerentes com as características de cada categoria.

Tabela 6 – Procedimentos realizados pelas equipes Nasf nas atividades clínico-assistenciais, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.

Variável	Fisio		TO		Fono		Nutri		Psi		Psiq		MV		AS		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Procedimento																	
Avaliação/ diagnóstico	321	18,4	119	31,1	465	29,2	791	28,3	1101	56,6	755	44,1	54	62,1	456	39,2	
Procedimentos clínicos/ terapêuticos	407	23,4	60	15,7	398	25,0	65	2,3	291	15,0	9	0,5	0	0,0	72	6,2	
Prescrição terapêutica	474	27,2	75	19,6	418	26,3	1753	62,6	36	1,9	810	47,3	30	34,5	5	0,4	
Não informado	541	31,0	129	33,7	310	19,5	190	6,8	517	26,6	137	8,0	3	3,4	631	54,2	
Total	1743	100	383	100	1591	100	2799	100	1945	100	1711	100	87	100	1164	100	

Fonte: A autora a partir do sistema e-SUS AB

Nota: Fisio- Fisioterapeuta, TO- Terapeuta Ocupacional, Fono- Fonoaudiólogo, Nutri- Nutricionista, Psi- Psicólogo, Psiq- Psiquiatra, MV- Médico Veterinário, AS- Assistente Social, UBS- Unidade Básica de Saúde.

O fonoaudiólogo apresentou os percentuais mais equiparados entre avaliação, procedimento terapêutico e prescrição terapêutica e o psiquiatra entre diagnóstico e a prescrição terapêutica. O psicólogo e o médico veterinário apresentaram os maiores índices de avaliação e a nutricionista de prescrição terapêutica.

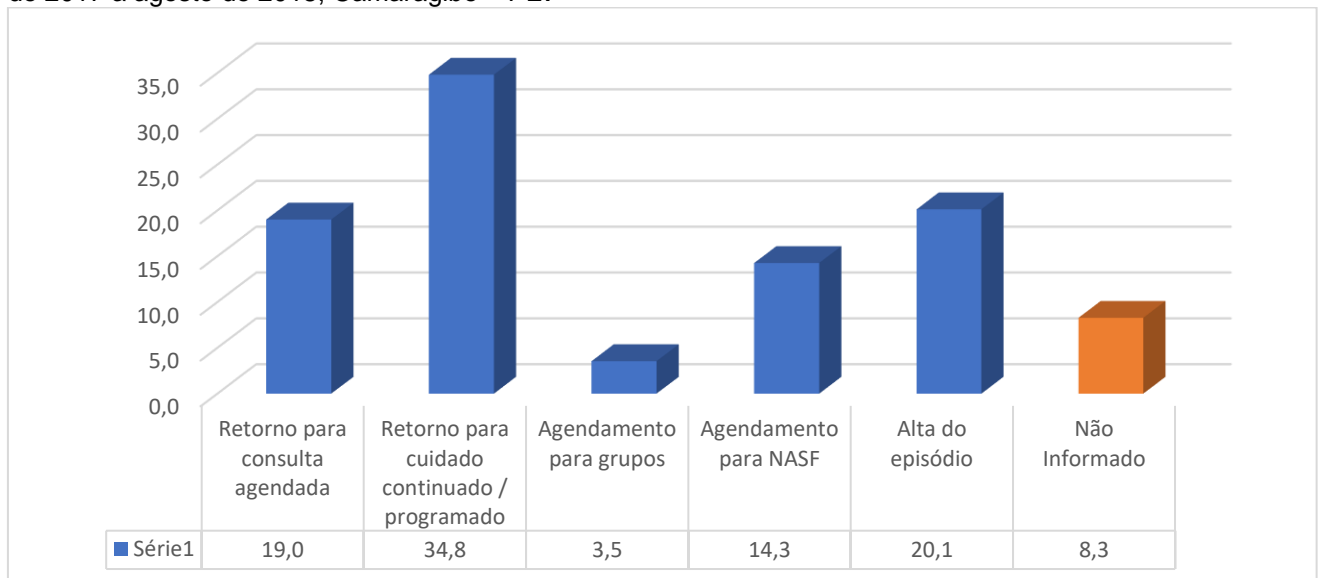
Os procedimentos ‘não informados’ parecem estar relacionados a ‘orientações’, que não está no rol de opções e é uma prática usual no trabalho do Nasf, isso é corroborado quando observamos o percentual deste procedimento para o assistente social, 54,2%, o qual tem como característica principal de sua categoria, realizar

orientações.

Desta forma, os procedimentos realizados pelos profissionais do Nasf parecem estar relacionados ao aumento da resolutividade da atenção básica, utilizando-se do saber do especialista para dar respostas às dificuldades encontradas pelas eSF.

O gráfico 3 mostra o desfecho das atividades específicas realizadas pelos profissionais do Nasf. Verificou-se que a maioria dos casos precisaram de nova consulta, seja ela agendada ou para cuidado continuado/ programado, totalizando 53,8%, ou para avaliação por outro profissional do Nasf, 14,3% e 3,5% foram agendados para acompanhamento em grupo.

Gráfico 3 – Conduta/ desfecho para as atividades específicas realizadas pelas equipes Nasf, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.



Fonte: A autora a partir do sistema e-SUS AB

É importante perceber que ainda é insipiente a transição de atendimento individual para atendimento em grupo. Isso pode estar relacionado ao modelo assistencialista que ainda é bastante forte para os usuários e a dificuldade das UBS em construir e manter espaços coletivos de cuidado.

Segundo Cabral (2017, p 99),

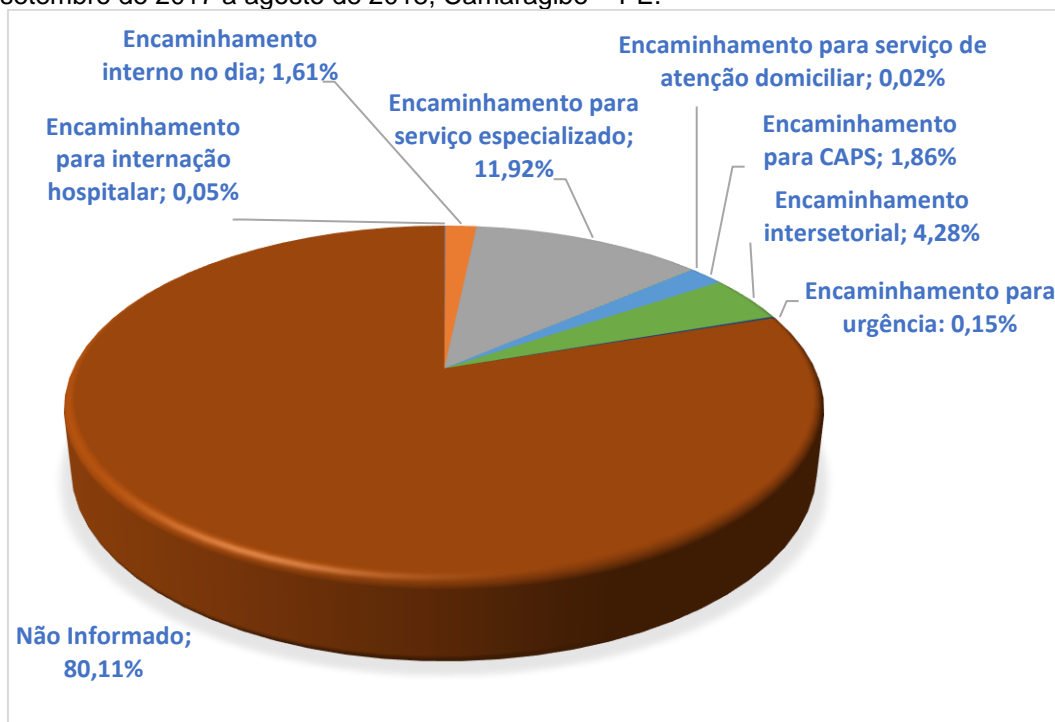
Atualmente, uma das transformações mais significativas do trabalho em saúde “é a permuta entre um trabalho de ação individual para um trabalho em grupo” (ALBUQUERQUE, 2012b, p.220). Essa mudança é um desafio que o Nasf se propõe a enfrentar visando ampliar a resolutividade na APS.

Vale ressaltar, ainda no gráfico 3, que no campo de registro, conduta/ desfecho, só aparecem opções de ações para dentro da AB ou alta do episódio, portanto, por exclusão, o campo ‘não informado’ pode ser entendido como encaminhamento para

outros pontos de atenção, aparecendo com apenas 8,3% e os que permanecem na AB somam 91,7%.

Por outro lado, no gráfico 4, os dados chamados “não informado” podem ser entendidos como os pacientes que ficaram na própria atenção básica, tendo em vista que as opções de encaminhamentos existentes são para outros pontos da rede de atenção, exceto ‘encaminhamento interno no dia’. Com isso, observa-se que o percentual total de pessoas que ficam na própria atenção básica é de 81,71%.

Gráfico 4 – Perfil dos encaminhamentos realizados após atendimentos específicos, setembro de 2017 a agosto de 2018, Camaragibe – PE.



Fonte: A autora a partir do sistema e-SUS AB

Ao analisar os dados do gráfico 3 e 4, constatou-se que mais de 80% dos usuários atendidos pelo Nasf, permaneceram na AB. Observou-se que 20,1% dos usuários tiveram seu problema resolvido, tendo como desfecho, alta do episódio, após a intervenção profissional (Gráfico 3).

A PNAB reforça a necessidade de a AB ser resolutiva, com a utilização e articulação de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário (BRASIL, 2017). Quando a AB funciona adequadamente possibilita a resolução da maioria dos problemas de saúde com o apoio de outros profissionais (FAUSTO et al., 2014).

A resolutividade da AB pode ser avaliada pela capacidade do próprio serviço atender a sua demanda, até o nível de sua competência, encaminhando para os outros pontos da RAS, quando necessário (FAUSTO et al., 2014; SOUSA, 2016; TURRINI et al., 2008).

A resolutividade das equipes sofrem impacto do apoio matricial, pela ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, reduzindo o número de encaminhamentos desnecessários, pelo uso da classificação de risco e pela (re)organização do fluxo de encaminhamentos (ARONA, 2009; FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009; SANTOS; LACAZ, 2012; SILVEIRA, 2012; PENA et al., 2012).

Entretanto, é importante atentar para que o Nasf, diante da demanda da população, não assuma o papel dos serviços especializados, na falta destes e, assim, culminar em um trabalho inadequado (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O gráfico 4 mostra os tipos de encaminhamentos realizados pelos profissionais do Nasf após os atendimentos específicos. Observou-se a presença de encaminhamentos para todos os tipos de serviços, inclusive para urgência e internamento.

Considerando que as equipes matriciais estudadas possuíam espaços permanentes de diálogo com outros serviços da RAS, a utilização de outros pontos de atenção à saúde no cuidado do usuário pode estar relacionada com a integralidade do cuidado. Segundo Sousa (2016) a ausência de comunicação entre os serviços e/ou profissionais pode inibir o acesso, fragilizando a integralidade.

Para Paim (2009) a integralidade é “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Para a materialização da integralidade, é preciso políticas abrangentes e generosas, vários tipos de serviços, organizados e articulados em rede, dando conta das diferentes necessidades da população (BRASIL, 2014).

Para Mattus (2006) parece difícil uma concepção única sobre integralidade. O referido autor discute seus diferentes sentidos em três conjuntos, sobre as práticas dos profissionais de saúde; sobre a organização dos serviços e sobre as respostas governamentais aos problemas de saúde.

Pinheiro (2001, p. 65), define integralidade como

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

6.3 A resolutividade clínico assistencial do Nasf

Participaram desta etapa do estudo 19 pessoas, as quais foram selecionadas dentre os critérios estabelecidos para a utilização do FAR-MCaNasf.

A tabela 7 apresenta o perfil dos usuários atendidos de forma compartilhada por profissionais do Nasf. Os dados relacionados ao sexo e faixa etária seguiram os resultados mostrados, anteriormente, neste estudo, com maiores percentuais de atendimentos para as mulheres e, adultos e idosos.

Ao observarmos o nível de escolaridade e os medicamentos utilizados pelas pessoas atendidas, na tabela 7, verificou-se que estes dados ficaram com os percentuais maiores no campo 'sem informação', apresentando percentuais de 45% e 65%, respectivamente.

Entretanto, dentre as pessoas que informaram o nível de escolaridade, houve uma predominância na baixa escolaridade, corroborando com os achados de outros autores (ARAÚJO, 2014; PIRES, 2013; CABRAL 2017).

Estudo realizado por Cabral (2017), em Recife, com a ampliação do FAR-MCaNasf, indicou que a falta de informações sobre os medicamentos utilizados pode ser decorrente da dificuldade ou negativa do usuário em dar a informação, bem como a falta de registros atualizados nos prontuários dos mesmos.

Ainda na tabela 7, em relação à doença ou condição avaliada, 45% dos problemas estavam relacionadas aos transtornos mentais, 35% a fraturas e sequelas físicas pós-traumática, 10% a tuberculose, e 5% a AVE e hanseníase, cada.

Dentre os problemas de transtorno mental estão depressão, acumuladores, distúrbio de comportamento, ansiedade e transtorno afetivo bipolar.

Novamente, este estudo mostra a alta incidência de transtornos mentais, dentre as causas que demandam o apoio do Nasf no cuidado dos usuários. Segundo Molina et al. (2012) a prevalência de transtornos de ansiedade e depressão, na atenção básica, eram de 27,9% e 23,9%, respectivamente, e que 14,9% apresentaram risco de suicídio. Deste modo, os problemas relacionados a saúde mental devem ser priorizados, com a oferta de cuidados mais abrangentes na atenção básica, bem como

a integração dos serviços de saúde (GONÇALVES et al., 2014).

Tabela 7- Perfil dos usuários atendidos de forma compartilhada por profissionais do Nasf Camaragibe-PE, Brasil, 2019.

Variáveis	Usuários (%)
Sexo	
Feminino	65,0
masculino	35,0
Faixa etária	
0 a 11 anos de idade (criança)	5,0
12 a 18 anos de idade (adolescente)	15,0
19 a 21 anos de idade (adulto jovem)	5,0
22 a 45 anos (adulto)	40,0
46 a 59 anos de idade (meia idade)	15,0
≥60 anos de idade (idoso)	20,0
Escolaridade	
Analfabeto ou semianalfabeto	15,0
Alfabetizado	0,0
Nível fundamental	30,0
Nível médio (antigo 2º grau)	10,0
Não foi informada	45,0
Doença ou condição de saúde	
Relacionados a transtornos mentais	45,0
Tuberculose	10,0
Hanseníase	5,0
Fraturas, sequelas físicas pós-traumática	35,0
Acidente Vascular encefálico	5,0
Medicamento	
Não faz uso	10,0
Faz uso de um	5,0
Faz uso de dois a três	10,0
Faz uso de quatro ou mais	10,0
Não foi informado	65,0

Fonte: A autora a partir do FAR-MCaNasf

Quando analisamos os profissionais envolvidos no cuidado aos usuários, dispostos na tabela 8, observou-se que todas as categorias existentes nas eNasf estudadas participaram da aplicação do FAR-MCaNasf. Contudo, os dados mostraram que as menores participações foram do psiquiatra e do médico veterinário, fato que pode ser explicado por serem as categorias com menor número de profissionais na composição das equipes, 2 e 1, respectivamente.

Apesar dessa capilaridade de categorias profissionais que participaram do cuidado dos usuários, houve certa dificuldade na adesão do formulário, a partir do não reconhecimento do mesmo como um facilitador do processo de trabalho, nem como

instrumento onde os profissionais consigam visualizar a resolutividade do Nasf dentro do serviço, para além da pesquisa.

Ainda não consegui visualizar os benefícios desse instrumento para o nosso trabalho nem como vamos conseguir analisar a resolutividade na prática, para além da pesquisa (Diário de campo).

A baixa adesão ao formulário também foi apresentada por Cabral (2017), entretanto, nesse caso, a justificativa foi a dificuldade do trabalho interprofissional que a equipe apresentou. Contudo, a mesma afirma a baixa adesão “não inviabiliza os achados, pois, trata-se de demandas que foram solicitadas aos cuidados dos Nasf estudados e estavam enquadradas nos critérios preestabelecidos para aplicação do formulário”.

Apesar disso, após um tempo de utilização, alguns profissionais relataram que o formulário era de fácil preenchimento e que ajudava na condução das avaliações dos usuários.

Já nem acho o formulário difícil, depois que a gente começa a usar percebe que ele é fácil de preencher e ajuda na hora da avaliação do paciente (Diário de campo).

Em relação aos profissionais das eSF, constatou-se que o maior percentual de participação foi dos médicos, com 26,1%. Entretanto, chamou atenção para dois fatos, em mais da metade dos casos analisados não houve o registro da participação da eSF e o registro do Agente Comunitário de Saúde como profissional envolvido no cuidado, mesmo que em um percentual baixo. Aspecto que revela a importância de fortalecer mais a integração das eSF com as eNasf, ampliando as ações compartilhadas.

Apesar do trabalho compartilhado ser preconizado para o Nasf, os aspectos relacionados às metas de produção, impostas pela gestão, para os profissionais da AB interferem para a concretização dessas ações, influenciando a qualidade das relações estabelecidas, o tempo disponibilizado para tais ações e o alcance dos resultados esperados (LANCMAN et al., 2013; BONALDI; RIBEIRO, 2014). Alguns estudos mostram a resistência ou pouca disponibilidade das equipes para a prática do matriciamento (BARROS, et al, 2015; CELA; OLIVEIRA, 2015).

Ainda na tabela 8, os tempos determinados para as reavaliações se mostraram uniformes, com leve aumento para as avaliações bimestrais. Revisitando os formulários não foi possível atribuir o tempo de avaliação à uma condição específica,

podendo estar relacionado a disponibilidade de agenda dos profissionais ou do tempo necessário entre as avaliações, estabelecido pela a equipe.

Tabela 8- Profissionais envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados e intervalo de tempo utilizado para aplicação do FAM-RCaNasf, Camaragibe-PE, Brasil, 2019.

Variáveis	Usuários (%)
Profissionais das eNasf envolvidos	
Assistente social	12,5
Fisioterapeuta	22,9
Nutricionista	14,6
Psicólogo	16,7
Fonoaudiólogo	12,5
Psiquiatra	4,2
Terapeuta Ocupacional	10,4
Médico Veterinário	6,3
Profissionais das eSF envolvidos	
Enfermeiro	17,4
Médico	26,1
Agente Comunitário de Saúde	4,3
Não informado	52,2
Tempo de avaliação do FAM-RCaNasf	
Mensal	20,0
Bimestral	35,0
Trimestral	20,0
Outros	20,0

Fonte: A autora a partir do FAM-RCaNasf.

Nota: FAM-RCaNasf= Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; eNasf= equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; eSF= equipe de Saúde da Família.

Para avaliar a resolutividade clínico-assistencial do Nasf, foi realizada uma análise estatística a partir da soma das pontuações obtidas na primeira e terceira avaliação, registradas no FAM-RCaNasf, pelos profissionais do Nasf. Para a análise estatística, foi realizada a comparação entre as médias e consideradas significantes quando apresentar o p-valor <0,05.

Considerando o alto percentual de pessoas atendidas que apresentaram problemas relacionados à saúde mental e, para a ampliação da análise dos dados, as pessoas avaliadas foram classificadas em dois grupos: pessoas com Transtorno Mental (TM) e pessoas sem transtorno mental. Além disso, foram analisados os dados dos dois grupos juntos, denominados população geral.

A tabela 9 apresenta os dados da análise estatística referente à *parte 1* do formulário. Pode-se observar que existiu uma diferença significativa na melhoria das Funções e Estruturas (FE) do corpo nos 19 pacientes, na visão dos profissionais, e

que essa mudança possui uma probabilidade altíssima (p -valor = 0,001) de ser verdadeira. Essa mudança é mais sustentada pelas pessoas sem TM, porque ela continua sendo significativa para esse grupo (p -valor=0,005) e não sendo significativa para as pessoas com TM (p -valor=0,116).

Tal achado pode ser explicado pelo fato de que, as questões mentais são mais complexas e, talvez, necessitem de tempo mais prolongado para a percepção das mudanças. Entretanto, quando cruzamos os dados referentes à evolução dos casos (Tabela 11), observou-se que, dos usuários com TM, 62,5% evoluíram de forma positiva, 25% se mantiveram iguais e apenas 12,5% evoluíram de forma negativa. Sendo assim, mesmo não sendo estatisticamente significativa, a atuação do Nasf provocou mudanças positivas na saúde da maioria dos usuários e manteve $\frac{1}{4}$ deles, estável.

A mesma perspectiva foi encontrada ao analisar a percepção do usuário relacionada a FE, na tabela 9, a população geral, apresentou uma diferença média importante na evolução do caso (-2,388), sendo estatisticamente significativa (p -valor=0,017). As pessoas sem TM se apresentam de forma semelhante (-2,214; p -valor=0,027). Entretanto, as pessoas com TM não apresentaram diferenças entre as médias, não sendo estatisticamente significativa (1,0; p -valor =0,317).

Ao analisar a tabela 12, observou-se que 87,5% usuários com TM mantiveram a sua classificação nas duas avaliações, em relação a FE, ou seja, as pessoas com TM não perceberam mudança na sua condição de saúde, podendo estar relacionada a própria característica do transtorno.

Em relação a Atividade e Participação (AP), na tabela 9, ao analisar os dados pela percepção do profissional, verificou-se que a evolução do caso foi estatisticamente significativa, tanto para a população geral (p -valor=0,003), quanto para as pessoas sem TM (p -valor=0,005). Sendo assim, a atuação do Nasf influenciou de forma positiva nas relações interpessoais e nas atividades de rotina do usuário.

Para as pessoas com TM, ainda na percepção dos profissionais, apesar da evolução do caso não ser estatisticamente significante (p -valor=0,141), houve melhora na condição avaliada para 62,5% dos usuários (Tabela 11). Para melhor compreensão, pode-se citar o exemplo dos pacientes que apresentaram dificuldades para comer, se lavar e/ou realizar as atividades domésticas na primeira avaliação, tiveram melhora, mesmo que pequena, nas referidas condições, na última avaliação.

Em relação a AP, na visão do usuário, a tabela 9 mostra que, a população em

geral apresentou evolução do caso estatisticamente significativa (p -valor=0,05). Entretanto, ao analisar a população separadamente, pela sua condição de saúde, nenhuma das duas categorias apresentaram significância estatística entre as avaliações, isso se deve a provável dificuldade do usuário em se auto avaliar.

Por outro lado, na tabela 12, ao analisar a evolução dos casos, 72,7% das pessoas sem TM apresentaram melhora na avaliação, enquanto 75% das pessoas com TM mantiveram a sua condição.

É importante ressaltar que, no contexto de doenças crônicas, os resultados esperados não estão relacionados à cura, a manutenção do quadro clínico do paciente pode ser entendida como algo positivo (PEREIRA, 2008).

Tabela 9- Análise estatística da evolução dos casos acompanhados pelas eNasf, por população de estudo, por componente da *Parte 1* do FAM-RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários.

População de estudo	PROFISSIONAIS		USUÁRIOS		PROFISSIONAIS		USUÁRIOS	
	Funções e estruturas do corpo		Funções e estruturas do corpo		Atividade e participação		Atividade e participação	
	DIF MED	<i>W Test</i>	DIF MED	<i>W Test</i>	DIF MED	<i>W Test</i>	DIF MED	<i>W Test</i>
População geral	-3,221	,001**	-2,388	0,017**	-2,922	,003**	-2,814	,005**
Pessoas sem TM	-2,808	,005**	-2,214	,027**	-2,803	,005**	-2,527	,012**
Pessoas com TM	-1,572	0,116*	-1,000	,317*	-1,472	,141*	-1,342	,180*

Fonte: A autora a partir do FAM-RCaNasf

Nota: * Não significativo; ** Significativo, TM – Transtorno mental, DIF MED – Diferença média, *W Test* - *Wilcoxon Signed Ranks Test*. p valor= significância estatística (<0,05).

Na tabela 10 estão descritas as análises estatísticas da *Parte 2* do formulário, relacionadas aos aspectos sociais, familiar e do indivíduo (SFI), classificados como facilitadores e dificultadores.

As questões avaliadas nesta parte do formulário apresentam maior grau de complexidade para o alcance de melhorias, em curto prazo, por estarem relacionadas aos contextos individuais e de vulnerabilidade sociais (CABRAL, 2017). Sendo assim, os fatores facilitadores e dificultadores, por sua essência, são difíceis de serem alteradas.

Observou-se também a falta de registro nessa parte do formulário, com índice alto de “zeros” entres as categorias. Isso se deve às características das categorias ou áreas avaliadas, que são de cunho mais subjetivo, levando a necessidade de mais tempo para que os profissionais consigam captar os dados relevantes à condição de

saúde do usuário, sejam positivos ou negativos (CABRAL, 2017).

Essas dificuldades foram observadas, na tabela 10, no que se refere aos facilitadores, onde os resultados não apresentaram significância estatística em nenhuma das situações. Entretanto, ao analisar os dificultadores, observou-se que houve alteração significativa estatisticamente na percepção dos profissionais, em todas as avaliações e, para os usuários, não foi estatisticamente significativa, apenas para as pessoas com transtorno mental (p-valor=0,180).

Observou-se na análise dos formulários que as mudanças estavam relacionadas as categorias SFI. 3 - Apoio e relacionamentos e SFI. 5 - Serviços, sistemas e políticas. Fazendo uma análise desta parte do formulário, notou-se que realmente, essas categorias são as mais suscetíveis a mudanças pela atuação do Nasf.

Os dificultadores avaliados e que melhoraram com a intervenção do Nasf estavam relacionados ao CAPS, família próxima e profissionais de saúde. Sendo assim, observa-se a capacidade do Nasf na articulação da RAS e na intervenção direta ao usuário, podendo estar relacionada a sua capacidade de aumentar a resolutividade na AB. Salientando que essa resolutividade pode ser identificada a partir da

(...) resolução final dos problemas trazidos pelos usuários ao serviço e à satisfação desses e dos profissionais. Onde a resolutividade é a resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Essa resposta não compreende, exclusivamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde (TURRINI *et al.*, 2008, p. 663).

Tabela 10- Análise estatística da evolução dos casos acompanhados pelas eNasf, por população de estudo, por componente da *Parte 2* do FAM-RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários.

População de estudo	PROFISSIONAIS		USUÁRIOS		PROFISSIONAIS		USUÁRIOS	
	FACILITADORES	FACILITADORES	FACILITADORES	FACILITADORES	DIFICULTADORES	DIFICULTADORES	DIFICULTADORES	DIFICULTADORES
	DIF MED	<i>W Tzst</i>	DIF MED	<i>W Tzst</i>	DIF MED	<i>W Tzst</i>	DIF MED	<i>W Tzst</i>
População geral	0	1,000*	-1,841	,066*	-2,937	,003**	-2,536	0,011**
Pessoas sem TM	-0,73	,465*	-1,342	,180*	-2,201	,028**	-2,226	0,026**
Pessoas com TM	-0,447	,655*	-1,342	,180*	-2,023	,043**	-1,342	,180*

Fonte: A autora a partir do FAM-RCaNasf

Nota: * Não significativo; ** Significativo, TM – Transtorno mental, DIF MED – Diferença média, *W Tzst* - *Wilcoxon Signed Ranks Test*. p-valor= significância estatística (<0,05).

A tabela 11, mostra a evolução dos casos acompanhados pelas eNasf, por componente, na avaliação dos profissionais. Observou-se que os componentes FE e AP são os que apresentaram influência positiva pela atuação do Nasf, a maioria dos casos tiveram melhoria na avaliação, em todas as populações.

Em seu estudo, Cabral (2017, p. 118) refere que

as ações das eNasf tenderam a gerar resultados de forma mais rápida sobre o componente FE, que demonstrou uma evolução clínica favorável à melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde dos indivíduos assistido de forma compartilhada.

Quando analisamos os facilitadores, percebeu-se que houve predominância para a manutenção da condição avaliada, em todas as avaliações. Já para os dificultadores, houve a predominância para a melhoria das condições avaliadas.

Cabe ressaltar, que durante o estudo, atentou-se ao fato de que os índices de qualificador para a categoria facilitadores podem gerar confusão, na hora do preenchimento, tendo em vista o (+1) representa um facilitador completo e o (+4) facilitador leve. Seguindo a lógica de, quanto mais, melhor, tais índices deveriam ser categorizados de forma invertida.

Tabela 11- Evolução dos casos acompanhados pelas eNasf, por componente do FAM-RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais.

Componente	1ª e 3ª avaliações dos profissionais								
	Evolução (% dos casos)								
	População geral (N=19)			Sem TM (N=11)			Com TM (N=8)		
	Positiva	Negativa	Manteve	Positiva	Negativa	Manteve	Positiva	Negativa	Manteve
FE	78,9	10,5	10,5	90,9	9,1	0,0	62,5	12,5	25
AP	78,9	5,3	15,8	90,9	0,0	9,1	62,5	12,5	25
SFI (+)	15,8	15,8	68,4	18,2	18,2	63,6	12,5	12,5	75
SFI (-)	57,9	0,0	42,1	54,5	0,0	45,5	62,5	0	37,5

Fonte: A autora a partir do FAM-RCaNasf

Nota: TM – Transtorno mental; FE – Funções e estruturas; AP- Atividade e Participação; SFI- Social, Familiar e Individual.

Ao analisar a evolução dos casos, pela percepção dos usuários, na tabela 12, percebeu-se que não houve piora entre as avaliações, para todos os componentes e que houve predominância para a manutenção dos fatores avaliados na população geral e pessoas com TM, exceto para AP, na população em geral, com 52,6% dos casos evoluindo positivamente, e nas pessoas sem TM predominou a melhoria da evolução dos casos.

Diante disso, pressupõe-se que a intervenção realizada pelos profissionais do

Nasf ajudou para a manutenção ou melhoria dos fatores contextuais – SFI – sejam facilitadores ou dificultadores, pela concepção do usuário.

No estudo de Cabral (2017), em relação aos aspectos facilitadores - SFI (+) – também houve a predominância pela manutenção dos fatores avaliados, não sendo essa condição, desfavorável.

Tabela 12- Evolução dos casos acompanhados pelas eNasf, por componente do FAM-RCaNasf, de acordo com a percepção dos usuários.

1ª e 3ª avaliações dos Usuários									
Componente	Evolução (% dos casos)								
	População geral (N=19)			Sem TM (N=11)			Com TM (N=8)		
	Positiva	Negativa	Manteve	Positiva	Negativa	Manteve	Positiva	Negativa	Manteve
FE	36,8	0,0	63,2	54,5	0,0	45,5	12,5	0,0	87,5
AP	52,6	0,0	47,4	72,7	0,0	27,3	25	0,0	75
SFI (+)	21,1	0,0	78,9	18,2	0,0	81,8	25	0,0	75
SFI (-)	42,1	0,0	57,9	54,5	0,0	45,5	25	0,0	75

Fonte: A autora a partir do FAM-RCaNasf

Nota: TM – Transtorno mental; FE – Funções e estruturas; AP- Atividade e Participação; SFI- Social, Familiar e Individual.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa foi realizada pelo desejo de mostrar que é possível materializar o apoio matricial e que os resultados obtidos são gratificantes, para todos os envolvidos.

Em meio a um turbilhão de acontecimentos e sentimentos eis que surge o resultado de um trabalho realizado por profissionais comprometidos com o SUS.

Ao revisitar os resultados e discussão notou-se que o estudo conseguiu alcançar o objetivo ao qual foi proposto. Sendo assim, pode-se afirmar que as eNasf do município estudado, trabalham na lógica do apoio matricial, apresentando atividades que contemplam as dimensões clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas e, em menor quantidade, atividades com características do Apoio Institucional.

Observou-se certo equilíbrio entre as dimensões do apoio matricial, sendo a reunião de discussão de casos o espaço de diálogo e planejamento das ações entre as equipes, de forma prioritária e protegida, resultando em maior integração e coresponsabilização dos casos entre os profissionais.

Em relação a dimensão clínico-assistencial, houve a priorização dos atendimentos individuais, entretanto, percebeu-se um avanço em relação aos atendimentos compartilhados, demonstrando superação dos desafios postos pela busca de um modelo de atenção à saúde mais colaborativo.

Quanto a dimensão técnico-pedagógico observou-se a valorização da educação permanente e a criação de espaços para a sua implantação, favorecendo, dessa forma, a ampliação da clínica dos profissionais envolvidos.

Percebeu-se a oferta de cuidado especializado para os problemas relacionados com a reabilitação, a saúde mental, as doenças crônicas não transmissíveis, entre outras, além da utilização dos diversos dispositivos de cuidado, tais como grupos de homens e de adolescente, demonstrando uma ampliação do escopo de ações na atenção básica.

O Nasf apresentou excelente desempenho em relação aos atendimentos ofertados aos usuários, alcançando um percentual de resolução acima de 80%, percebidos a partir dos registros dos profissionais, no campo desfecho do caso 91,7% permaneceram na atenção básica, destes 20,1% tiveram seu problema resolvido completamente e receberam alta do episódio, apenas 8,3% dos usuários precisaram utilizar serviço fora da atenção básica. No campo encaminhamentos 81,72% não

foram encaminhados para os serviços de referência. Além disso, a atuação das eNasf se mostrou de forma capilarizada dentro do município, percorrendo os diversos setores e serviços de atenção à saúde, percebidos nos índices apresentados para as reuniões de rede e intersetoriais, na tentativa de aproximar e alinhar os pontos da rede, em prol da integralidade do cuidado.

O apoio da gestão teve influência positiva no trabalho do Nasf na lógica do apoio matricial, impulsionando os espaços de educação permanente e com isso, maior integração entre as equipes.

Ainda sobre a dimensão clínico-assistencial constatou-se que as intervenções realizadas pelos profissionais do Nasf, de forma compartilhada, influenciaram de forma positiva na qualidade de vida das pessoas atendidas.

Apesar da amostra estudada ter sido pequena, foi possível verificar a resolutividade do Nasf a partir da aplicação do FAM-RCaNasf, na maioria dos casos, o Nasf se mostrou resolutivo, seja pela melhoria ou manutenção da condição avaliada. Essa resolutividade é melhor visualizada quando realizado o cruzamento dos dados quantitativos e qualitativos contidos no instrumento.

Diante da dificuldade de encontrar um modelo de avaliação das ações do Nasf, as informações contidas no sistema de informação e-SUS AB parece abrir um horizonte de possibilidades de indicadores para mensurar o trabalho dessas equipes, contudo, não se pode esquecer que os dados quantitativos não conseguem avaliar a qualidade da intervenção.

O apoio matricial não é um modelo estático, lançando mão das ações das dimensões técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais para a sua efetivação. Tais dimensões sofrem influência das diversas relações e realidades locais. Desse modo, elas podem fazer um jogo de posições, ora com dominação de uma sobre a outra, ora em equilíbrio, a depender da necessidade e do contexto do momento.

Nesse jogo de posições, as eNasf do município, no período do estudo, mostraram estar em equilíbrio entre as dimensões, havendo certa sincronia entre as atividades realizadas, com o apoio da gestão ao trabalho na lógica do apoio matricial.

Cabe aqui relatar que, todo o trabalho construído e implementado ao longo dos 10 anos de existência do Nasf no município foi destruído pelo gestor que assumiu a pasta da saúde. Todos os profissionais foram demitidos e o Nasf foi extinto do município, mesmo que de forma provisória, como dito pelo gestor.

Um verdadeiro retrocesso para o SUS que foi permeado de muito pesar,

sofrimento e revolta. Os profissionais foram pegos de surpresa e a população ficou desassistida.

O trabalho do Nasf teve o reconhecimento do seu trabalho exacerbado ao receber o apoio das diversas instituições de ensino e de categorias profissionais, através de notas de repúdio e, dos profissionais da saúde e da população através de mobilização social realizada após publicização do fato.

Tal fato corrobora com a importância do entendimento por parte da gestão para a efetivação e manutenção do trabalho do Nasf na lógica do apoio matricial.

Apesar disso, é preciso continuar acreditando e lutando para que o Nasf se consolide e seja reconhecido como uma estratégia que qualifica a atenção à saúde.

Embora apresente limites metodológicos, esse estudo pode contribuir na discussão do trabalho do Nasf pautado no apoio matricial, tão importante para a mudança do modelo de atenção à saúde. Também contribuiu para o reconhecimento do FAR-MCaNasf como instrumento para medir a resolutividade da dimensão clínico-assistencial do Nasf. No entanto, se fazem necessários outros estudos utilizando diversas estratégias metodológicas para o aprofundamento dos dados e a utilização do instrumento em outras realidades para comprovar a sua efetividade.

Essa pesquisa evidenciou que o trabalho do Nasf na lógica do apoio matricial é possível e que dessa forma, consegue aumentar a resolutividade da atenção básica. Os desafios existem e estão postos, cabe a todos tentar superá-los, de forma conjunta, em busca de um SUS mais justo, de qualidade e para todos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 29, n.2, p.84-95, 2011.
- ANDREAZZA, R. et al. Do Centro de Saúde à Unidade de Saúde Familiar: narrativas de ausência e intermitências. Anais do 12º Congresso Paulista de Saúde Pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, p.200-201, 2011. Suplemento.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F. de; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, Boston, v. 99, n. 1, p. 87-93, jan. 2009.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015.
- BARBOSA, E.G. et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento**, Paraná, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.
- BEZERRA, R. S. S. et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do Nasf em Camaragibe/PE. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 51-59, 2010.
- BEZERRA FILHO, J. G. et al. Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceará, Brazil, 2000-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 1173-1185, maio 2007.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Presidência da República. Casa civil. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 23 de junho de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e diretrizes operacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 23 de junho de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 23 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, 2008. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.

Acesso em: 23 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 2009. (Cadernos de atenção básica). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 23 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde**: direito de todos: 2008-2011. Brasília, DF, 2007. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf.

Acesso em: 23 de junho de 2017.

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

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 23 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 23 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DF, 2011a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Acesso em: 23 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-

AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília: DF, 2011b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1383_09_07_2013_rep.html.

Acesso em: 23 de junho de 2017.

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: DF, 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 23 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013**. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html. Acesso em: 23 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014, v. 1. (Cadernos de Atenção Básica nº 39). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 23 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.113, de 31 de julho de 2015**. Instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1113_31_07_2015.html. Acesso em: 23 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>. Acesso em: 23 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura de equipes de saúde da família em 2018**. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_tecnica_relatorio_de_cobertura_AB.pdf. Acesso em: 16 de abril de 2018.

BROUSSELLE, A.; et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

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.

CAMARAGIBE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de diretrizes e práticas do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família – Nasf / Camaragibe**. Camaragibe, 2014.

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

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo,

SP: Hucitec, 2000, 236p.

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

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

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, supl. 1, p. 983-995, 2014.”

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

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

CASTRO, C. P.; 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.

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

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961–970, 2011.

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

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.

DINIZ, R. D.; BORDIN, R. Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.16, n.2, p.126-131, 2011.

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

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

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s159-s172, jan. 2008.

FACCHINI, L. A.; TOMAS, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 208-223, 2018.

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

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

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

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à saúde. In: GIOVANELLA, C. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

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

GONÇALVES, R. M. A.; LANCMAN, S.; CORDONE, N. E.; BARROS, J. O. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 20, n 10, p. 355-362, 2015.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. (Org.) **Território, ambiente e saúde**, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 237-255,

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

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

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

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

HARTZ, Z. M. A. CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema

sem muros. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004.

IBGE. **Censo demográfico de 2017**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 28 de novembro de 2018.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. A.; CORDONE, N. E.; BARROS, J. O. Estudo do trabalho e do trabalhador no núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 867-875, 2013.

LAVRAS, C. Atenção Primária em Saúde e a organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

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.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p. 269-291, 2001.

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

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

MACINKO, J. et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social science & medicine**, Oxford, v. 65, n. 10, p. 2070-2080, Nov. 2007.

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.

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

MELO, E. A. et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p.328-340, Set. 2018.

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

MENDES, E. V. A APS no Brasil. In: Mendes E. V, (Org.) **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 71-99.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 71-103.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PHN): a cogestão em ato. **Interface: Comunicação, Saúde, educação**, Botucatu, v. 13, p. 627-640, 2009. Suplemento 1.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.18, supl.1, p. 957-970, 2014.

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

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1565-1572, 2016.

NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J. C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho. **Trabalho educação saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Mundo saúde**, São Paulo, v.12, n.34, supl.1, p.92- 96, 2010.

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

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015.

OLIVEIRA, M. A., de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 66, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, R. S.; BORBA, P. C.; SAMPAIO, Y. P. C. C. Organização de serviços e

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

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008**: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 12, p.60054-8, 2012.

RODRIGUES, C. R. F. **Participação e atenção primária em saúde**: o Programa de Saúde da Família em Camaragibe, PE (1994-1997). 1998. Dissertação. (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1998.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, 2005.

REIS, M. L.; MEDEIROS, M.; PACHECO, L. E.; CAIXETA, C. C. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto Contexto Enfermagem**, v. 1, n. 25, 2016

SALA, L.; LUPPI, C. G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA R. G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde; avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960. 2011.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização; incorporando as relações, produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SANTOS, F. A. S. et al. Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 50-54, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. **Avaliação e humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Ijuí, 2009.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.187-192, 2000.

SOUSA, F. O. S. **O processo de trabalho em saúde e a demanda por assistência especializada na rede básica de saúde do Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação

Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

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

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 Coletiva). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. Recife, 2016.

SOUZA, T. T. **Avaliação dos resultados dos Núcleos de Apoio à saúde da família de Santa Catarina**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

SOUZA, T. T.; CALVO, M. C. M. Resultados esperados do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.25, n.4, p.976-987, 2016.

STARFIELD, B. et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. **Journal of Family Practice**, Oxford, v.46, p.216-225, 1998.

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

STARFIELD, B. William Pickles Lecture. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. **British Journal of General Practice**, London, v.53, n. 494, p.723-729, 2003.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. **Health Policy**, London, v. 60, p.201-218, 2002.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Phisys**, vol. 20, n. 4, p.1079-1097, Dez. 2010.

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

TEIXEIRA, L. A. Comentário: Rodolfo Mascarenhas e a história da saúde pública em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 3-19, Jan./Fev. 2006.

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 e debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 221-231, Dez. 2015.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina**

Sanitaria Panamericana, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A- RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

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

ANA PEREZ PIMENTA DE MENEZES LYRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO AO MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE – PROTOCOLO
DE TRABALHO PARA O NASF**

**RECIFE
2019**

ANA PEREZ PIMENTA DE MENEZES LYRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO AO ESTADO DE PERNAMBUCO – PROTOCOLO
DE TRABALHO PARA O NASF**

Projeto de intervenção como contribuição ao estado de Pernambuco, oriundo dos resultados da dissertação de mestrado profissional a ser apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães /Fundação Oswaldo Cruz.

**RECIFE
2019**

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) criou, através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e de ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização das ações da APS no Brasil, (BRASIL, 2008).

Compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, a equipe Nasf, deve atuar em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família (eSF), denominadas de equipes de referência, compartilhando saberes e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes ao qual está vinculado. Tal composição deve ser definida mediante critérios e prioridades local e deve se constituir como apoio às eSF, e não como porta de entrada do sistema para os usuários (BRASIL, 2010).

O Nasf deve buscar, de forma corresponsabilizada com a ESF, superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, utilizando ferramentas tecnológicas tais como, apoio matricial, clínica ampliada, Projeto Terapêutico singular (PTS), Projeto Saúde no território (PST) e pactuação de apoio (BRASIL, 2010).

De acordo com a proposta do Ministério da Saúde, o trabalho do Nasf baseia-se no referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Esse arranjo foi pensado com o objetivo de ampliar o escopo e a resolutividade das ações da ESF -equipe de referência, através da inserção de uma equipe multidisciplinar -equipe matricial, para atuar de forma compartilhada e interdisciplinar, dando suporte pedagógico e assistencial a uma determinada quantidade de ER's (BRASIL, 2014).

É importante ressaltar que o funcionamento do apoio matricial e da equipe de referência depende de arranjos organizacionais e de formas de gestão do trabalho em saúde que ampliem as possibilidades da prática da clínica ampliada e da integração dialógica entre diferentes especialidades (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Esse modelo de gestão do trabalho em saúde, chamada de cogestão, se faz necessária porque, entre as equipes, existem sujeitos com diferentes interesses e inserções sociais que devem coparticipar das etapas do processo de gestão e dos projetos de intervenção como: a definição de objetivos e de diretrizes, o diagnóstico, a interpretação de informações, a tomada de decisão e a avaliação de resultados (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Nesse contexto, Hirdes (2015) considera necessário o entrosamento das equipes do Nasf e da ESF para que haja a prática de apoio matricial, e que, para tal, sejam considerados os princípios profissionais que a sustentam: a interprofissionalidade, o

vínculo, a integralidade no cuidado, a acessibilidade, a resolutividade e a longitudinalidade.

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os indivíduos, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Via de regra, a eNasf terá dois tipos de público-alvo: a população e as equipes de referência apoiadas (BRASIL, 2009).

A forma de organização de cada local depende de vários fatores tais como a personalização da relação entre equipes de saúde, da ampliação dos cenários em que se realiza a atenção especializada e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem Apoio Matricial (CUNHA; CAMPOS, 2015). Além de problemas como estrutura física das unidades e transporte (NASCIMENTO, 2014).

Pesquisas indicam, que os profissionais do Nasf se queixam de má formação para o exercício do apoio matricial (TESSER, 2017; CORREIA, GOULART, FURTADO, 2017).

Ante essas questões, identifica-se a importância de formular documentos norteadores do trabalho do Nasf, que evidenciem as funções de cada profissão e as diretrizes de organização do processo de trabalho dessas equipes.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Construir protocolo de organização e monitoramento do trabalho do Nasf na perspectiva do apoio matricial.

2.2 Objetivos Específicos:

Apresentar sistematização das orientações contidas nas normativas do Ministério da Saúde e os resultados da pesquisa “o apoio matricial no trabalho do Nasf” em relação ao processo de trabalho das equipes Nasf;

Construir junto com as equipes do Nasf um protocolo com a descrição das atribuições dos profissionais e as atividades a serem desenvolvidas por essas equipes;

Pactuar com as equipes do Nasf as metas e indicadores que serão utilizados para monitorar o processo de trabalho dessas equipes.

3. MÉTODO

3.1 Cenário da intervenção

O município de Camaragibe está localizado na região metropolitana do Recife e é reconhecido como um dos pioneiros na implantação da atenção primária à saúde e precursor de arranjos de produção da saúde considerados inovadores (BEZERRA et al., 2010; SANTOS et al., 2007; CASÉ, 2002; RODRIGUES, 1998). Além disso, tem sido objeto de vários estudos sobre o Nasf atuante em seu território (SOUSA, 2016; NASCIMENTO, 2014), fato que evidencia a colaboração desse município e suas equipes gestoras no apoio de pesquisas científicas e implementação de estratégias de melhoramento da qualidade do cuidado ofertado na sua rede de atenção básica.

A rede básica de saúde do município é composta por 44 Unidades de Saúde da Família (USF), comportando 45 Equipes de Saúde da Família (eSF), 13 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 05 equipes Nasf (eNasf) que apoiam 09 eSF, cada, 01 academia da saúde e 01 consultório na rua. Suas ações estão hierarquizadas em níveis de complexidade da atenção à saúde, sendo a estratégia de saúde da família a principal porta de entrada do sistema para atender às demandas da população.

O município em questão possui 4 territórios de saúde concebidos por meio de critérios e indicadores socioeconômicos, culturais, epidemiológicos e geopolíticos, nos quais está distribuída a sua rede de serviços.

3.2 Sujeitos envolvidos

Coordenador municipal do Nasf e os profissionais que compõe as 5 equipes do Nasf.

Estratégias envolvidas

Pretende-se realizar 3 encontros com a finalidade de apresentar discutir o referencial normativo do ministério da saúde e o protocolo já existente sobre a organização do trabalho do Nasf; construir um novo protocolo com base na realidade local a partir do referencial teórico-metodológico do apoio matricial; e definir metas e indicadores para monitorar o trabalho das equipes.

Em seguida o protocolo será apresentado e discutido com as eSF para validação pelos profissionais.

Após validação pelas equipes, o produto final será submetido ao conselho municipal de saúde para análise e aprovação.

Serão entregues 6 cópias para a coordenação do Nasf para implantação no município.

Quadro 1 - Plano de atividades e cronograma da intervenção

Objetivo	Atividade	Estratégia metodológica	Responsáveis	Prazo	
Apresentar sistematização das orientações contidas nas normativas do Ministério da Saúde e os resultados da pesquisa.	1ª Oficina com profissionais do Nasf	a) Apresentação de revisão normativa dos documentos do MS com orientações sobre as atribuições e as atividades dos profissionais do Nasf		mai/19	
		b) Apresentação dos resultados da pesquisa "o apoio matricial no trabalho do Nasf"			
		c) Reflexão e debate em pequenos grupos sobre as orientações normativas, os resultados da pesquisa e as particularidades do trabalho em cada equipe.			
		d) Apresentação das discussões e construção de painel com consensos e dissensos das 5 equipes do Nasf			
Construir junto com as equipes do Nasf um protocolo com a descrição das atribuições dos profissionais e as atividades a serem desenvolvidas	2ª Oficina com profissionais do Nasf	a) Utilização do painel de consensos e dissensos para trabalho em pequenos grupos de acordo por eixos temáticos: Atribuições profissionais, atividades assistenciais, atividades coletivas, atividades de educação permanente e atividades de planejamento e gestão do processo de trabalho do Nasf	Coordenação do Nasf como facilitadora e equipes como participantes	jun/19	
		b) Apresentação das discussões dos grupos e sistematização do protocolo municipal			
Pactuar com as equipes do Nasf as metas e indicadores para monitorar o processo de trabalho	3ª Oficina com profissionais do Nasf	a) Divisão de grupos para construção de metas e indicadores para monitoramento das atividades do Nasf			jun/19
		b) Consolidação de uma matriz de monitoramento das atividades do Nasf			
Apresentação do protocolo às eSF e ao conselho municipal de saúde	Reunião com equipes de saúde da família e no conselho municipal de saúde	Apresentação e validação do protocolo.			jul/19

3.4 Recursos utilizados

Os recursos a serem utilizados serão disponibilizados pela Secretaria de Saúde. Serão solicitados disponibilidade do auditório e equipamentos/ materiais, tais como: computador, Datashow, impressora, papel madeira e piloto.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se realizar todas as oficinas com as equipes do Nasf para elaboração do protocolo no primeiro semestre de 2019. E, após aprovação do conselho Municipal de Saúde, implementar o protocolo e a Matriz de Monitoramento do processo de trabalho do Nasf a partir do segundo semestre do referido ano.

Espera-se ainda que esse processo de construção e o protocolo elaborado contribua para aperfeiçoar o trabalho do Nasf no município de Camaragibe e fortalecer os resultados da atuação da atenção básica na qualificação do cuidado à população.

AVALIAÇÃO

A avaliação do processo de construção do protocolo será realizada de modo processual e participativo, ao final de cada oficina de trabalho com as equipes do Nasf.

REFERÊNCIAS

- BEZERRA, R. S. S. et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do Nasf em Camaragibe/PE. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 51-59, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27); (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Cadernos de Atenção Básica nº 39, Brasília: DF, 2014.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CASÉ, V. et al. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: JATENE, A. D.; LANCETTI, A. (Org.). **Saude Loucura**. São Paulo: Hucitec, 2002. v. 7.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. Saúde e sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961–970, 2011.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2009. (Cadernos de atenção básica).
- NASCIMENTO, C. M. B. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife, 2014.
- RODRIGUES, C. R. F. **Participação e atenção primária em saúde: o Programa de Saúde da Família em Camaragibe, PE (1994-1997)**. 1998. Dissertação. (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1998.
- SANTOS, F. A. S. et al. Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 14, n.3, p.50-54, 2007.
- SOUSA, F.O.S. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado**. [Tese] Doutorado em Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. Recife, 2016.

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

ANEXO A – Formulário para Avaliação e Monitoramento da resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (FAM-RCaNasf).

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

Nome: _____ **Medicamento(s)** _____ **Coordenador (nome/profissão):** _____
Nº Identificação: _____ **Profissionais envolvidos** _____
Data de nascimento: ____/____/____ **Escolaridade:** _____ **(nome/profissão):** _____
Sexo: _____ **Unidade de Saúde da Família:** _____
ACS: _____

Doença(s)/condição de saúde:

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.

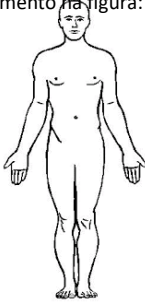
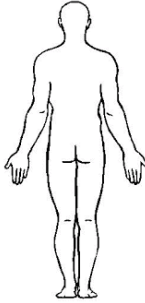
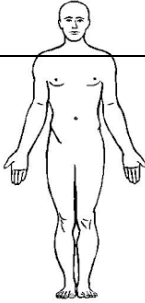
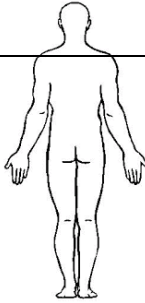
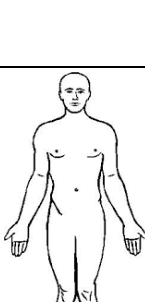
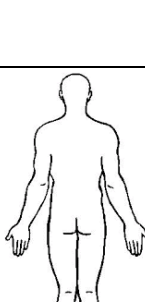
CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	AVALIAÇÃO			CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	AVALIAÇÃO		
	1ª	2ª	3ª		1ª	2ª	3ª
FE. 1. Mental:				FE. 5. Aparelho digestivo, sistemas metabólico e endócrino:			
1.1. Comprometimento relacionado à orientação (tempo, lugar, pessoa) e consciência				5.1. Comprometimento relacionado à sucção			
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 <i>Mellitus</i>			
1.7. Comprometimento relacionado ao temperamento e personalidade				5.7. Outro(s):			
1.8. Outro(s):							
ΣQualificadores:				ΣQualificadores:			
FE. 2. Sensorial e dor:				FE. 6. Geniturinária e reprodutivas:			
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 mecânica 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:				FE. 7. Neuromusculoesquelética e relacionada com o movimento:			
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			
ΣQualificadores:				7.6. Outro(s):			
ΣQualificadores:				ΣQualificadores:			
FE. 4. Sistema cardiovascular, respiratório e imunológico:				FE. 8. Pele e estruturas relacionadas:			
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:		1ª	2ª	3ª	AP. 6. Vida doméstica:		1ª	2ª	3ª
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:		1ª	2ª	3ª	AP. 7. Interação e relacionamentos interpessoais:		1ª	2ª	3ª
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:		1ª	2ª	3ª	AP. 8. Áreas principais da vida:		1ª	2ª	3ª
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:		1ª	2ª	3ª	AP. 9. Vida comunitária e social:		1ª	2ª	3ª
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:		1ª	2ª	3ª	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= Coprometimento 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: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>	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):						
ΣQualificadores:							ΣQualificadores:						
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):						
ΣQualificadores:							ΣQualificadores:						
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						
							6.6. Outro(s):						
ΣQualificadores:							ΣQualificadores:						

INSTRUÇÕES (espaço para registro da percepção do usuário/familiar ou cuidador): Questione 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 (-)=

ANEXO B- Aprovação pelo CEP da pesquisa “Núcleo de Apoio a Saúde da Família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado”.

 Plataforma
Brasil

[Público](#) [Pesquisador](#) [Alterar Meus Dados](#)

Fabiana de Oliveira SI

astros

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador Responsável: Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37036814.9.0000.5190


Submetido em: 24/11/2014

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE



**CENTRO DE PESQUISAS
AGGEU MAGALHÃES/**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53408516.1.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.615.740

Apresentação do Projeto:

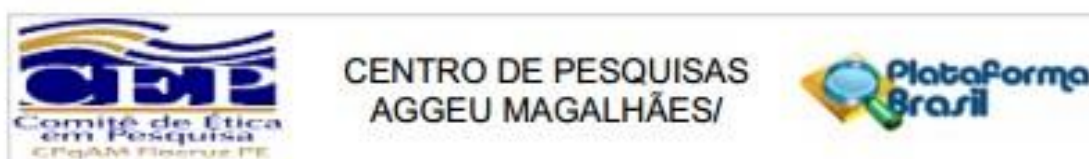
Este estudo buscará discutir o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) a partir de um estudo de múltiplos casos, com abordagem metodológica qualitativa e quantitativa, utilizando coleta de dados primários das ações desenvolvidas pelas equipes, grupos focais e entrevistas. Utilizará, como áreas de estudo,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

Objetivo da Pesquisa:

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

Específicos:

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



Continuação do Parecer: 1.615.740

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram devidamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem estruturado e de relevância inquestionável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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