

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

THAIS CHIAPINOTTO DOS SANTOS

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UMA ANÁLISE A
PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

Porto Alegre
2018

THAIS CHIAPINOTTO DOS SANTOS

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UMA ANÁLISE A
PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dra. Andréa Kruger Gonçalves

Porto Alegre
2018

CIP - Catalogação na Publicação

dos Santos, Thais Chiapinotto

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) / Thais Chiapinotto dos Santos. -- 2018.

79 f.

Orientador: Andréa Kruger Gonçalves.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação em saúde. 3. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. I. Gonçalves, Andréa Kruger, orient. II. Título.

THAIS CHIAPINOTTO DOS SANTOS

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 06 de agosto de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dra. Anaclaudia Gastal Fassa - UFPEL

Prof^ª Dra. Denise Bueno - UFRGS

Prof^ª Dra. Érica Rosalba Mallmann Duarte - UFRGS

Prof^º Dr^º. Gímerson Erick Ferreira - UFMT

Porto Alegre
2018

Dedico essa dissertação a todos que contribuíram para a execução desse trabalho e estiveram comigo ao longo da minha trajetória acadêmica. Em especial, à minha família, que sempre me incentivou na busca pelo conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço pela oportunidade de concluir mais uma fase da minha vida acadêmica em uma instituição que tenho orgulho de fazer parte: a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ao longo desses dois anos, posso afirmar que não foi um caminho fácil... Ter contado com o apoio, o incentivo e a torcida de familiares, amigos, colegas e professores foi fundamental para poder chegar até aqui.

Agradeço pela experiência em ter sido avaliadora do PMAQ-AB, onde pude conversar de perto com trabalhadores, usuários e gestores de diferentes localidades e conhecer diversas realidades do SUS no país. Também agradeço por ter feito parte da equipe de coordenação técnica do PMAQ-AB da Rede Governo Colaborativo em Saúde e às amigadas que afloraram desse trabalho, vocês me trouxeram inspiração! E assim, do amadurecimento dessas duas experiências, somada ao meu interesse pela área da Saúde Coletiva, surge o desejo do ingresso para o Mestrado Acadêmico.

Agradeço à minha orientadora por ter aceitado a temática proposta, por ter me guiado nessa trajetória e depositado confiança no meu trabalho. Obrigada pela paciência, disponibilidade para os nossos encontros, por todas as correções e sugestões realizadas. Tens todo o meu carinho e admiração pela profissional e ser humano que és!

Agradeço aos professores da banca examinadora pela disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos, pela leitura minuciosa no texto e as sugestões apontadas para o aprimoramento do trabalho.

Agradeço à minha família e amigos pelo incentivo e inspiração, que através de gestos e palavras me impulsionaram até aqui. Essa conquista é nossa, nós conseguimos!

Agradeço ao meu noivo, pelo apoio incondicional para a conclusão desse trabalho e pela compreensão nos meus momentos de ausência. Te amo!

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados em 2008 para ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade das ações da Atenção Básica (AB). Passados 10 anos desde a sua criação, mecanismos de monitoramento, avaliação das ações e resultados alcançados pelo NASF ainda são insuficientes. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado em 2011, visa incentivar os gestores e as equipes de saúde para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários do SUS e o fortalecimento da AB. O objetivo dessa pesquisa foi analisar a organização e a prática profissional do NASF no Brasil, com base nos dados coletados no segundo ciclo do PMAQ-AB (2013 - 2014). Para este estudo quantitativo e descritivo utilizou-se a base de dados secundários provenientes da avaliação externa das equipes de AB que participaram do PMAQ-AB. Foram utilizados dois instrumentos de avaliação externa: 1) Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada); e 2) Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Do primeiro, foram escolhidos três domínios do Módulo II: Adequação da composição das equipes às necessidades do território; Acesso das equipes ao NASF; e Articulação das ações de apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial. Do segundo, os seguintes domínios: Educação permanente; Organização do apoio matricial às EAB; e Gestão da demanda e da atenção compartilhada. Para a análise dos dados utilizou-se o SPSS versão 22.0. Os resultados indicaram a inserção de novos profissionais na AB, em especial o Fisioterapeuta, o Profissional de Educação Física e o Médico Veterinário. Ficou evidente o planejamento de ações conjuntas entre o NASF e a eSF, embora a literatura aponte muitas dificuldades para essa atividade. Principais meios de contato entre as equipes: em dias programados ou pelo telefone, já o e-mail era pouco usual. Dentre as atividades realizadas em conjunto, as visitas domiciliares e as consultas individuais foram destaque para as eSF. Para os profissionais do NASF: discussão de casos e visitas com profissionais da sua equipe. Discussões sobre monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada tiveram um resultado pouco expressivo na rotina das equipes. Público-alvo atendido pelo NASF: adultos e idosos, destacando-se atividades voltadas para a atenção nutricional e atenção às pessoas com doenças crônicas.

Palavras chave: Atenção primária à saúde; Avaliação em saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Política de Saúde

ABSTRACT

The Family's Health Support Centers were created in 2008 to broaden the coverage, scope and solvability of Basic Attention's programs. Ten years after its creation, monitoring mechanisms, measurement of programs and results achieved by NASF are still scarce. The National Improvement Program of Access and Quality of Basic Attention (PMAQ-AB), launched in 2011, aims to motivate managers and health teams to improve quality of services offered to SUS' users and to strengthen Basic Attention. The goal of this research was to analyze the organization and the professional practice of NASF in Brazil, based on data collected in the second cycle of PMAQ-AB (2013-2014). To this quantitative and descriptive study, we used the secondary database from the external evaluation of AB teams that participated in PMAQ-AB. Two instruments were used for the external evaluation: 1) Attention Basic teams (Family's Health and Parameterized Teams); and 2) Family's Health Support Centers – NASF. From the first, we picked three domains from the II module: adjustment of team's composition to the territory needs; access from teams to NASF; and articulation of actions from technical-pedagogical support, as well as clinical-care. From the second, the following domains: Perennial education; organization of matrix support to the EAB; and demand and shared attention management. For data analysis we used SPSS version 22.0. Results pointed to the insertion of new professionals at AB, especially Physical Therapist, Physical Education professional and Veterinarian. It was evident the lack of joint action planning between NASF and eSF, although literature references many difficulties in this activity. The main points of contact between teams: in scheduled days or through the phone, since e-mail was barely used. Among shared activities, residential visits and individual appointments were highlights for eSF. To NASF professionals: discussions of cases and visits with team professionals. Discussions about monitoring and evaluation of results from shared attention had a small impact in the team's routine. Target audience supported by NASF: adults and senior citizens, especially activities designed to nutritional attention and people with chronic diseases.

Keywords: Primary Attention Health, Health Assessment, National Improvement Program of Access and Quality of Basic Attention, Family's Health Support Center, Health Politics.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Organograma explicativo para a seleção da amostra do estudo..... 37
- Figura 2** Organograma dos domínios utilizados para análise e seus objetivos..... 39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012.....	24
Quadro 2	Quantitativo de equipes NASF implantadas no Brasil, distribuídos por regiões.....	24
Quadro 3	Distribuição das equipes NASF de acordo com o desempenho no 2º ciclo do PMAQ.....	28
Quadro 4	Demonstrativo das mudanças no PMAQ-AB ao longo dos três ciclos.....	28
Quadro 5	Relação entre o desempenho e o percentual do Componente de Qualidade..	32
Quadro 6	Síntese dos estudos selecionados na busca realizada na BVS.....	33
Quadro 7	Relação das áreas de discussão, com seus respectivos estudos codificados e a porcentagem correspondente.....	34
Quadro 8	Distribuição da amostra do estudo por estados e regiões.....	37

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AM – Apoio Matricial

AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEO – Centros de Especialidades Odontológicas

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

eSF – Equipes de Saúde da Família

eAB – Equipes de Atenção Básica

ENADE – Exame Nacional de Desempenho de Estudantes

ESF – Estratégia Saúde da Família

IEP – Instituições de Ensino e/ou Pesquisa

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PICS – Práticas Integrativas e Complementares

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

VD – Visita Domiciliar

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Adequação da composição das equipes às necessidades do território.....	41
Tabela 2	Acesso das Equipes ao NASF.....	46
Tabela 3	Articulação das Ações de Apoio Técnico-Pedagógico e Clínico- Assistencial.....	47
Tabela 4	Educação Permanente.....	50
Tabela 5	Organização do apoio matricial às EAB.....	53
Tabela 6	Gestão da demanda e da atenção compartilhada.....	56

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.2 Objetivo Geral.....	18
1.3 Objetivos Específicos.....	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO	
2.1 Saúde: histórico do conceito e organização do sistema público.....	19
2.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família: desenvolvimento de ações a partir do Apoio Matricial.....	23
2.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	28
2.4 Produção de conhecimento sobre NASF a partir do PMAQ-AB.....	32
3. MÉTODO	
Tipo de estudo.....	36
População e amostra.....	36
Instrumento.....	38
Variáveis do estudo.....	39
Coleta do PMAQ e análise de dados.....	39
4. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO.....	41
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE A - Variáveis do estudo referentes ao Módulo II.....	69
APÊNDICE B - Variáveis do estudo referentes ao Módulo IV.....	72
ANEXO A - Capa dos instrumentos de Avaliação Externa.....	75
ANEXO B - Instrumento de avaliação externa das Equipes de Saúde da Família, AB Parametrizada e Saúde Bucal (ESB e SB Parametrizada).....	76
ANEXO C - Instrumento de Avaliação Externa para os Núcleos de Apoio à Saúde.....	79

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é considerada a principal porta de entrada para os usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho nesse nível de atenção é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar responsável pela cobertura de determinado território, que desenvolve ações de saúde (individuais e coletivas) no âmbito da promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Tem como princípios a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge em 1993 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da AB, em conformidade com os princípios do SUS (ROSA; LABATE, 2005). Inicialmente, o PSF foi direcionado para populações carentes ou de alto risco e tinha pouca articulação com o restante da rede assistencial (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Com o passar do tempo, deixou de ser um programa voltado para populações excluídas e passou a ser considerado uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS (TEIXEIRA; SOLLA, 2006). A adoção desse novo modelo, chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), pelos serviços municipais de saúde foi uma medida importante para a organização, expansão, consolidação e qualificação da AB.

A ESF funciona por meio de equipes de Saúde da Família (eSF), compostas pelas seguintes categorias profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a essa composição cirurgião-dentista e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012). Dados do relatório histórico de cobertura da AB¹ demonstram que na última década houve grande aumento no número de eSF, até abril de 2018, foram contabilizadas 43.197 distribuídas em todo o território brasileiro. Considerando o mesmo período em nível nacional, a cobertura populacional estimada por eSF foi de 64,51% e a cobertura populacional estimada na AB de 75,53%.

¹ Relatório histórico de cobertura da Atenção Básica disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>

Apesar dos resultados positivos alcançados decorrentes dessa expansão, ainda existem muitos desafios a serem superados, principalmente quanto à qualidade do serviço e acesso ao atendimento em saúde. O sucesso da ESF depende de incentivos financeiros federais, bem como de uma política adequada de recursos humanos, que viabilize: a profissionalização dos agentes comunitários de saúde; a fixação dos profissionais de saúde; políticas de formação profissional e de educação permanente; e iniciativas locais competentes e criativas para enfrentar a diversidade existente no país (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Dessa maneira, visando ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade das ações da AB, criou-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a publicação da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Os NASF não são considerados porta de entrada do sistema de saúde, mas devem atuar de forma conjunta com os profissionais das eSF, compartilhando práticas e saberes em saúde, auxiliando no manejo e resolução de problemas clínicos e sanitários (BRASIL, 2008).

O trabalho do NASF é baseado no modelo de Apoio Matricial (AM), que consiste na integração de equipes de referência, no caso as equipes da Saúde da Família, com equipes ou profissionais de outros núcleos de conhecimento (BRASIL, 2014). O termo ‘apoio’ representa uma relação baseada no diálogo na qual, equipe de referência e especialistas, devem atuar de modo harmônico, complementar e interdependente. O emprego do termo ‘matricial’ sugere que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, contrariando a estrutura tradicional dos sistemas de saúde baseada na verticalidade (CASTRO; CAMPOS, 2016).

Após 10 anos da criação do NASF, percebemos que as publicações existentes na literatura sobre a temática englobam, na sua maioria, relatos de experiências locais relacionadas à sua implantação em diferentes municípios e também ações que podem ser desenvolvidas por diferentes categorias profissionais. Mecanismos de monitoramento, avaliação das ações e resultados alcançados pelo NASF ainda encontram-se em uma etapa incipiente de desenvolvimento (MAGALHÃES, 2011). Dessa forma, é relevante investigar a implantação do NASF e seu processo de adaptação devido à escassez na literatura de estudos que evidenciem esta temática (RIBEIRO et al., 2014).

Destaca-se a importância de ações de avaliação, as quais tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde; avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais; subsidiar

a identificação de problemas; reorientar ações e serviços desenvolvidos; e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005). Diversas organizações públicas vêm buscando novas formas de gerenciar seus serviços para atingir objetivos e metas. A avaliação e o planejamento tem ganhado espaço junto aos gestores no intuito de mudança das práticas institucionais (GIL et al., 2001).

Nesse contexto, em 2011 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), visando identificar os pontos positivos e críticos da AB, além de propor medidas que fortaleçam sua resolubilidade (REIS et al., 2016). Para a construção do PMAQ-AB, o Departamento de Atenção Básica (DAB) criou um Grupo de Trabalho com a finalidade de acompanhar sua formulação, mobilizou áreas internas do Ministério da Saúde e também atores externos. Representantes das instituições de ensino e pesquisa (IEPs), do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) auxiliaram na construção e validação do instrumento de avaliação externa. Diversos atores foram envolvidos nesse processo (gestores do SUS, acadêmicos, trabalhadores da AB) com perspectivas e entendimentos distintos sobre avaliação em saúde, acesso e qualidade na AB (CAVALCANTI; SOUSA, 2016).

O modelo do instrumento da avaliação externa foi baseado no AMAQ (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), que inclui padrões de qualidade para o desenvolvimento das políticas prioritárias do Ministério da Saúde (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Bucal, Saúde Mental, Atenção às Doenças Crônicas, Programa Saúde na Escola, Atenção Domiciliar, Práticas Integrativas e Complementares, Doenças Transmissíveis). A intenção é de que a partir da identificação e do reconhecimento dos problemas no momento da autoavaliação, os gestores e as equipes de AB possam desenvolver ações para a mudança e aprimoramento dos serviços que serão verificadas na fase da Avaliação Externa do PMAQ-AB (CAVALCANTI; SOUSA, 2016).

Um conjunto de indicadores pactuado nos compromissos a serem assumidos pelas equipes participantes do PMAQ-AB e pelas gestões municipais foi definido, baseado na possibilidade de acompanhamento de forma sistemática através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou do e-SUS. Tais indicadores estão alinhados aos programas estratégicos do Ministério da Saúde: Rede Cegonha, Rede de

Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência. Há duas classificações para os indicadores do PMAQ-AB: 1) *Indicadores de desempenho*, que estão vinculados ao processo de certificação e são utilizados para a classificação das equipes; 2) *Indicadores de monitoramento*, que são acompanhados de forma regular para complementar informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados pelas equipes, mas não influenciam na pontuação final (BRASIL, 2013).

Antes do surgimento do PMAQ-AB, outros instrumentos de monitoramento e avaliação de atividades da AB eram utilizados, como por exemplo, o questionário de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) de 2005 e o instrumento PCA-Tool (*Primary Care Assessment Tool*) validado para a língua portuguesa de 2010. Em relação aos modelos anteriores, o PMAQ-AB traz algumas inovações, como a utilização de indicadores de desempenho para classificar as equipes participantes; indicadores de monitoramento sobre a oferta de serviços e resultados alcançados; realiza o repasse financeiro logo após a contratualização ao programa; pode ser aplicado em qualquer equipe de saúde da AB, independente do modelo adotado; e agrupa municípios avaliados para fins de comparação em seis estratos, de acordo com indicadores socioeconômicos (SAVASSI, 2012).

A avaliação do PMAQ-AB contempla as equipes de AB (incluindo o NASF) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), sendo um importante instrumento para retratar o cenário atual da AB no país. Os dados mais recentes disponíveis para consulta pública referem-se ao segundo ciclo do programa, realizado no período de 2013 a 2014, os quais foram utilizados para realização deste trabalho. Atualmente, o programa está no terceiro ciclo, porém a liberação dos dados coletados na avaliação não ocorre instantaneamente, o que impossibilitou a sua utilização no presente estudo.

A partir da análise do instrumento do PMAQ-AB, foram elaboradas as seguintes questões de pesquisa: **1)** O NASF cumpre com o seu papel de apoiar a AB? De que forma isso ocorre? **2)** Como está o seu funcionamento e quais são as principais diferenças nas regiões do país? Percebemos a necessidade de compreender o NASF em todo o território brasileiro, bem como explicitar os resultados de pesquisas avaliativas executadas nesse cenário. Esse trabalho pretende desvelar o cotidiano do serviço do NASF com suas práticas profissionais, baseadas no modelo do apoio matricial, mostrando sua contribuição para a qualificação da Atenção Básica.

1.2 OBJETIVO GERAL

Analisar a organização e a prática profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil, com base nos dados coletados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as equipes e os planejamentos dos NASF;
- Descrever a relação entre o NASF e as equipes de Saúde da Família;
- Identificar a formação oferecida aos profissionais do NASF;
- Verificar a avaliação do trabalho do NASF nas equipes de Saúde da Família.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde: histórico do conceito e organização do sistema público

O conceito de saúde e doença não é unânime para todas as pessoas, depende de muitos fatores, como a época, o lugar, a classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLIAR, 2007). A saúde de um indivíduo ou uma população é determinada pelo fator genético, mas fortemente modificado pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são culturalmente ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida (STARFIELD, 2002). O entendimento sobre o que significa efetivamente a saúde é o ponto de partida para determinar a interação entre o profissional e o usuário, bem como o modo que ele prestará a assistência em saúde (DELZIOVO; PEDEBÔS; MORETTI-PIRES, 2012).

Ao longo da história, muitas concepções sobre saúde surgiram, uma delas bastante difundida é o da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1948 que define a saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Algumas críticas a essa definição está no caráter utópico e inalcançável da expressão “completo estado” e na subjetividade de “bem-estar”, que impossibilita mensurar o nível de saúde de uma população.

Em 1986, a Carta de Ottawa elaborada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde apresenta a saúde como “o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2002, P.20). Vista sob esse ângulo, a saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado e torna-se um recurso para a vida de indivíduos e coletividades. Para atingir esse patamar, um indivíduo ou um grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer suas necessidades, mudar e se adaptar ao meio. A partir dessa concepção, ficam definidos compromissos que extrapolam o setor da saúde e exigem o envolvimento também de outros setores do governo: políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos (WESTPHAL, 2012). A promoção à saúde envolve tanto ações no âmbito global (de responsabilidade do Estado) quanto à singularidade e autonomia dos sujeitos (CZERESNIA, 2003).

A saúde de uma população depende da qualidade e do acesso ao consumo de certos bens e serviços de subsistência. É produto de uma série de fatores relacionados à qualidade de vida que inclui alimentação e nutrição; habitação; saneamento básico; boas

condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e cuidados de saúde (BUSS, 2000). O Brasil é considerado um país em desenvolvimento, onde uma pequena parcela da população possui acesso aos bens e serviços, enquanto a maioria é forçada a sobreviver com o restante (WESTPHAL, 2008).

A Carta de Ottawa é considerada o marco conceitual da Promoção da Saúde, compreendida como a “capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, P.19). Essa ideia envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva em lidar com a multiplicidade dos determinantes da saúde (CZERESNIA, 2003). Indivíduos e comunidades devem ter a oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde, por exemplo, através do acesso à informação e de opções para realizar escolhas mais saudáveis (BUSS, 2009).

Além da Carta de Ottawa, outras cartas e declarações também foram produzidas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde. Cabe ressaltar alguns pontos em comum entre elas: a visão holística da saúde e da determinação social do processo saúde-doença; a intersetorialidade e participação social para o fortalecimento da ação comunitária; a equidade social como objetivo a ser atingido; e a valorização da autonomia dos sujeitos (WESTPHAL, 2012). A Promoção da Saúde envolve a combinação de diversas estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2000).

Dentre os cinco campos de ação que a Carta de Ottawa propõe, um deles é a reorientação dos serviços de saúde em direção à concepção da Promoção da Saúde, preconizando uma visão abrangente e intersetorial entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. Esse processo implica na necessidade de construir outras posturas, diretrizes e propostas integradas que envolvam a formação dos profissionais de saúde, a efetivação das práticas de cuidado à população e o comprometimento dos gestores (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

O objeto do sistema de saúde deve estar focado nas condições de saúde das populações e seus determinantes, visando atingir melhores estados e níveis de saúde dos indivíduos e coletividades, com a redução de doenças, sequelas e óbitos. A forma como a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde são compreendidas como práticas de saúde.

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil foi desenvolvida com ênfase na prestação de serviços médicos individuais e com enfoque curativo. A partir da Constituição de 1988, abriram-se caminhos para a mudança progressiva dos serviços de saúde, passando de um modelo assistencial centrado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde, com a incorporação progressiva de ações de promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990). Durante a década de 90, foram incentivadas ações de caráter preventivo no país com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do modelo de atenção, visando especialmente à Promoção da Saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No período anterior a 1988, o sistema público de saúde atendia somente aos indivíduos que contribuíam para a Previdência Social, excluindo o restante da população que dependia da caridade e/ou da filantropia. Era um sistema centralizado, de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários e baseado na assistência médico-hospitalar (BRASIL, 2011). O Sistema Único de Saúde institucionalizou-se como uma reação ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, apostando numa abordagem integral de saúde e que pudesse responder à transição epidemiológica e demográfica do país (WESTPHAL, 2012).

A Constituição Federal de 1988, marco legal da criação SUS, trouxe a ideia de saúde como direito de todo cidadão brasileiro, devendo o Estado garantir a redução do risco de doenças e outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde através de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988). Além disso, incorporou um conceito mais abrangente de saúde, considerando como fatores determinantes e condicionantes o *meio físico* (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o *meio sócio-econômico e cultura* (ocupação renda, educação, etc.); os *fatores biológicos* (idade, sexo, herança genética, etc.); e a *oportunidade de acesso* aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

O SUS segue os princípios da universalidade, equidade e integralidade e as diretrizes da descentralização, regionalização e hierarquização. Na década de 1990, a descentralização da gestão, ou seja, a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo (municipal, estadual e federal), foi um importante processo para impulsionar o desenvolvimento da Atenção Básica no país (BRASIL, 1990; PAIM et al., 2011). A descentralização trouxe a ideia de que o município é o melhor gestor para as questões de saúde, pela proximidade da realidade e necessidades da população em relação às outras esferas e por conseguir identificar as

diversidades locais, adaptando estratégias para a superação de problemas de saúde (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

A descentralização foi uma resposta à estrutura anterior da assistência à saúde, a qual se encontrava inadequada para um país do tamanho e complexidade do Brasil (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004). Foi necessária a transição de um modelo de atenção centrado em doenças agudas para outro baseado na promoção da saúde e com integração dos serviços, capaz de atender as transformações demográficas e epidemiológicas que a população brasileira enfrentava (PAIM et al., 2011). A partir de 1993, praticamente todos os municípios brasileiros tinham passado pelo processo de descentralização, o que resultou na transferência da responsabilidade de gestão da AB aos gestores municipais (TEIXEIRA; SOLLA, 2006). Esse processo reconheceu que quanto maior a proximidade com a população, melhor é a identificação das suas necessidades em saúde (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001).

A reorganização do SUS orientada pela AB e com boa integração da rede de serviços é uma perspectiva para reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde, contribuindo para efetivar o direito à saúde em nosso país (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Para tal, a rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS) preconiza o atendimento à demanda universal e de forma integral, alcançando uma resolutividade maior que 80% dos casos, somente encaminhando para os serviços especializados e internações aqueles de maior complexidade (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001).

Para a organização das ações e dos serviços de saúde, o SUS compõe uma rede regionalizada e hierarquizada com diferentes densidades tecnológicas formadas por pontos de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde ou RAS (BRASIL, 2015). A RAS tende a ser mais resolutiva e equitativa quando ordenada pela Atenção Básica, que atua de acordo com os problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e grupos sociais de determinado território (BRASIL, 2014). A Estratégia Saúde da Família é o principal modelo de organização da Atenção Básica, preconiza uma equipe multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Para contribuir com a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família atua em conjunto com as equipes de Saúde da Família auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e

necessidades de saúde, prestando suporte tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2012). A proposta de trabalho do NASF é de superar o modelo convencional de cuidados, ou seja, da assistência curativa, especializada, fragmentada e individual. O NASF representa um marco importante para a melhoria dos resultados em saúde, com enfoque em ações de promoção da saúde e cuidado à população (ANJOS et al., 2013).

2.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família: desenvolvimento de ações a partir do Apoio Matricial

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família busca superar a lógica fragmentada da saúde e construir redes de atenção e cuidado de forma corresponsabilizada com a ESF (BRASIL, 2010). A organização do processo de trabalho do NASF ocorre em conjunto com as equipes de Saúde da Família, com foco nas necessidades do território sob sua responsabilidade. São priorizadas ações de atendimento compartilhado com a troca de saberes interdisciplinar, discussão de casos e situações, elaboração de projeto terapêutico singular, consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, *e-mail*, etc. O atendimento individualizado não é uma ação prioritária, deve ocorrer em casos extremamente necessários, sempre procurando manter o vínculo com a equipe de Saúde da Família que dará seguimento ao caso (BRASIL, 2014).

Diferentes categorias profissionais podem atuar no NASF, essa é uma definição dos gestores municipais, considerando os dados epidemiológicos, a disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações, as necessidades locais do território e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2008). Atualmente, as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) estão habilitadas a compor o NASF: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista, Médico do Trabalho, Médico Veterinário, Arte Educador e Profissional de Saúde Sanitarista (BRASIL, 2014).

A atuação do NASF está dividida em nove áreas estratégicas: Saúde da criança/do adolescente e do jovem; Saúde mental; Reabilitação/Saúde integral da pessoa idosa; Alimentação e nutrição; Serviço social; Saúde da mulher; Assistência farmacêutica; Atividade física/ Práticas corporais; Práticas integrativas e complementares. Cada área estratégica não se remete a atuação específica e exclusiva

de uma categoria profissional, pode e deve ser desempenhadas também por outros profissionais do NASF (BRASIL, 2009).

Desde 2012, o NASF está organizado em três modalidades, que se diferenciam quanto ao número de equipes de saúde a qual estão vinculados e ao somatório da carga horária dos profissionais, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 ESF e/ou EAB para populações específicas (Consultório na Rua, eq. Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 ESF e/ou EAB para populações específicas (Consultório na Rua, eq. Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 ESF e/ou EAB para populações específicas (Consultório na Rua, eq. Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php

O Quadro 2 demonstra a distribuição do NASF no território brasileiro por estados, regiões e modalidade.

Quadro 2: Quantitativo de equipes NASF implantadas no Brasil, distribuídos por regiões*

Região	UF	Estado	Núcleo de Apoio à Saúde da Família		
			Nasf Tipo 1	Nasf Tipo 2	Nasf Tipo 3
			Implantadas	Implantadas	Implantadas
CENTRO-OESTE	DF	DISTRITO FEDERAL	0	0	0
	GO	GOIÁS	64	32	72
	MT	MATO GROSSO	15	20	25
	MS	MATO GROSSO DO SUL	26	17	9
Qtde de Estados		4	105	69	106
NORDESTE	AL	ALAGOAS	87	29	12
	BA	BAHIA	252	91	9
	CE	CEARÁ	176	36	1
	MA	MARANHÃO	150	28	6
	PB	PARAÍBA	136	52	71
	PE	PERNAMBUCO	185	30	0
	PI	PIAUÍ	82	56	96
	RN	RIO GRANDE DO NORTE	68	35	52
SE	SERGIPE	30	12	5	
Qtde de Estados		9	1.166	369	252

NORTE	AC	ACRE	13	4	1
	AP	AMAPÁ	17	2	2
	AM	AMAZONAS	49	5	2
	PA	PARÁ	85	9	1
	RO	RONDÔNIA	10	2	1
	RR	RORAIMA	5	3	1
	TO	TOCANTINS	14	21	66
Qtde de Estados		7	193	46	74
SUDESTE	ES	ESPÍRITO SANTO	15	6	0
	MG	MINAS GERAIS	329	157	205
	RJ	RIO DE JANEIRO	117	4	0
	SP	SÃO PAULO	243	29	77
Qtde de Estados		4	704	196	282
SUL	PR	PARANÁ	104	57	68
	RS	RIO GRANDE DO SUL	38	17	66
	SC	SANTA CATARINA	96	50	108
Qtde de Estados		3	238	124	242
Total Geral		27	2.406	804	956

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. * Competência: abril de 2017.

O estado de Minas Gerais apresenta a maior concentração de NASF (691) em comparação aos outros estados, já Roraima apresenta o menor número (9). A região Nordeste possui a maior concentração de NASF implantados (1.787), enquanto a região Centro-oeste possui apenas 280. Quanto à modalidade, são 2.406 NASF tipo 1, 804 NASF tipo 2 e 956 NASF tipo 3, totalizando 4.166 NASF implantados no Brasil.

A proposta para o desenvolvimento das ações do NASF baseia-se no processo de trabalho realizado por meio do apoio matricial (AM), através de atividades clínicas (individuais e coletivas) e pedagógicas (BRASIL, 2010). Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram propostos inicialmente pelo autor Gastão Wagner de Sousa Campos, colocados em prática em serviços de saúde mental, de Atenção Básica e hospitalar do SUS. Compreende-se que são ao mesmo tempo arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, visando ampliar as possibilidades da clínica ampliada e integração entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Atualmente, o NASF é a principal estratégia de institucionalização do apoio matricial no SUS (PASQUIM; ARRRUDA, 2013).

O AM garante a retaguarda especializada para equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, dando suporte assistencial e também técnico-pedagógico (BRASIL, 2009). O NASF desenvolve um trabalho compartilhado e

colaborativo tanto na dimensão clínico-assistencial – impactando diretamente sobre a ação clínica com os usuários e também na dimensão técnico-pedagógica – produzindo ações de apoio educativo com e para as equipes de referência apoiadas. Portanto, as ações do NASF possuem dois públicos-alvos: as equipes de referência apoiadas e os usuários do SUS (BRASIL, 2013b).

Na prática, o apoio matricial se desenvolve através de equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de Atenção Básica, que contribuem para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, ampliação do escopo de ações ofertadas e articulação com outros pontos de atenção da rede, garantindo a continuidade do cuidado aos usuários (BRASIL, 2014). Essa metodologia também é uma forma de educação permanente, pois profissionais com distintas formações ampliam a comunicação entre eles ao conduzir casos de forma compartilhada (CASTRO; CAMPOS, 2016).

Mecanismos de diálogo, decisão compartilhada, responsabilização e compromisso entre as equipes e os profissionais apoiadores especialistas conformam as bases para o AM (CASTRO; CAMPOS, 2016). É preciso estimular a gestão compartilhada com responsabilização das instâncias decisórias, a educação permanente da equipe multidisciplinar, desenvolver competências para a comunicação e trabalho com os diversos grupos: equipes de Saúde da Família, profissionais de outros níveis de atenção, comunidade e instituições (REIS et al., 2016). É fundamental que haja um investimento significativo nos processos comunicativos intra e interequipes, criando espaços coletivos de reflexão, discussão e prática (BARROS et al., 2015).

A proposta do trabalho em saúde baseado no AM é inovadora para a transformação do modelo assistencial e das relações interprofissionais, mas ainda é preciso superar alguns impasses para o alcance dos seus objetivos (CASTRO; CAMPOS, 2016). No campo do NASF, por exemplo, o predomínio da dimensão assistencial ao apoio técnico pedagógico é um entrave, pois aponta que a lógica de atenção ainda está centrada na doença e em procedimentos curativos. A própria população cria uma expectativa em ser atendida individualmente, a equipe de Atenção Básica também espera um suporte para o atendimento clínico e a gestão pode cobrar e monitorar a quantidade de atendimentos dos profissionais do NASF (BRASIL, 2014).

Problemas estruturais como a escassez de serviços especializados resultam na utilização do AM de forma substitutiva, o que dificulta a compreensão da sua função (CUNHA; CAMPOS, 2011). As ações desenvolvidas pelo NASF têm por objetivo

qualificar o serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial em aspecto numérico. O principal desafio do NASF é a mudança de cultura que historicamente vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolubilidade na AB e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Diante dos desafios expostos e das expectativas relacionadas ao NASF, percebe-se a importância da realização de pesquisas que abordem esse tema e contribuam para ampliar as discussões sobre a concepção, o funcionamento e a avaliação do impacto das ações do NASF na qualidade do cuidado (SILVA et al., 2012).

Na avaliação do PMAQ-AB, os padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa do NASF estão agrupados em três dimensões:

1. **Componente comum** é respondido por todos os NASF participantes do PMAQ-AB, pois se refere às ações que devem fazer parte do trabalho de qualquer NASF, independente de sua composição. Contempla os seguintes indicadores: **1)** Organização do processo de trabalho; **2)** Ações técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais; **3)** Atuação em todos os ciclos de vida da população (criança, adolescente, adulto, idoso); e **4)** Atuação junto a determinadas áreas prioritárias.
2. **Componente singular** possui caráter não obrigatório, cada NASF poderá optar por responder uma, duas ou nenhuma área deste componente. São ações mais específicas que cada NASF desenvolve, a partir dos núcleos profissionais que o compõem e da necessidade do território.
3. **Satisfação das equipes apoiadas** traz elementos relacionados aos seguintes itens: **1)** Adequação da composição da equipe às necessidades do território; **2)** Acesso das equipes apoiadas ao NASF; **3)** Ações de apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial; **4)** Integração entre equipes apoiadas e o NASF; **5)** Resolubilidade da AB a partir do trabalho do NASF (BRASIL, 2013b).

Finalizado o segundo ciclo do programa, dos 1.813 NASF que realizaram a adesão, 40 foram desclassificados porque não realizaram a avaliação externa. Dentre os motivos, podemos citar: recusa, falta do profissional para responder à avaliação ou desistência do gestor. A maioria das avaliações demonstrou um desempenho mediano ou abaixo da média (48,8%), conforme demonstra o quadro abaixo (BRASIL, 2015c).

Quadro 3 - Distribuição das equipes NASF de acordo com o desempenho no 2º ciclo do PMAQ

Classificação	Nº de NASF	%
Muito acima da média	285	15,7
Acima da média	604	33,3
Mediano ou abaixo da média	884	48,8
Desclassificado	40	2,2
BRASIL	1.813	100,0

*Fonte: BRASIL, 2015c

2.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O PMAQ-AB foi lançado em 2011 pela publicação da Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde, organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização. A Portaria 1.645, de 2 de outubro de 2015 propôs um novo desenho para o programa no terceiro ciclo, estabelecendo três fases (Adesão e Contratualização; Certificação; e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento. No quadro 4 podem-se observar as diferenças de cada ciclo ao longo do programa no período compreendido entre 2011 e 2017.

Quadro 4. Demonstrativo das mudanças no PMAQ-AB ao longo dos três ciclos

Ciclo	1º Ciclo (2011-2012)	2º Ciclo (2013-2014)	3º Ciclo (2015-2017)
Fases	1ª) Adesão e Contratualização; 2ª) Desenvolvimento; 3ª) Avaliação Externa; 4ª) Recontratualização	1ª) Adesão e Contratualização; 2ª) Desenvolvimento; 3ª) Avaliação Externa; 4ª) Recontratualização	1ª) Adesão e Contratualização; 2ª) Certificação; 3ª) Recontratualização -Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento
Adesão	50% esF do município	100% das esF do município, NASF, CEO	100% das esF do município, NASF, CEO

*Fonte: elaboração própria

Atualmente, o programa encontra-se no 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O NASF, nosso objeto de estudo, passou a compor o programa somente a partir do 2º Ciclo com 1.813 equipes homologadas, já no 3º Ciclo esse número passou para 4.215, totalizando um acréscimo de 226,47%.

O segundo ciclo do programa (2013-2014) estava estruturado nas seguintes fases:

1. **Adesão** do município ao programa, pela indicação do gestor municipal e **contratualização** de compromissos firmados entre Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Saúde Bucal e NASF), gestores municipais e Ministério da Saúde;
2. **Desenvolvimento** de ações para a qualificação do processo de trabalho das equipes e da gestão. Tais ações incluem a educação permanente, o apoio institucional, o monitoramento de indicadores e a realização de processos autoavaliativos;
3. **Avaliação externa** para identificar os esforços e resultados das Equipes de Atenção Básica e dos gestores na qualificação dos serviços; e
4. **Recontratualização** conduz a processos de repactuação entre as Equipes de Atenção Básica e gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, com base no resultado da avaliação de desempenho (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015b).

A terceira fase do PMAQ-AB (Avaliação Externa) foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica em conjunto com instituições de ensino e pesquisa (IEPs) de todo o país. Para a realização da coleta de dados, foram selecionados e capacitados avaliadores para aplicarem instrumentos de verificação dos padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e gestão. Foram realizadas observações da infraestrutura e das condições de funcionamento das UBS, entrevistas com profissionais das equipes participantes, entrevistas com usuários, averiguação de documentos e informações que foram inseridas previamente no módulo eletrônico pelos gestores (BRASIL, 2013).

O instrumento de avaliação externa das Equipes de Saúde da Família, AB Parametrizada e Saúde Bucal (ESB e SB Parametrizada) está organizado em quatro módulos²:

² Os instrumentos mencionados podem ser acessados no endereço virtual http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

- **Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar as características estruturais e de ambiência na UBS, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis;
- **Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva verificar as ações para a qualificação dos profissionais da Equipe de Atenção Básica, bem como obter informações sobre os processos de trabalho, a organização do serviço e o cuidado com os usuários;
- **Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde**, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização; e
- **Módulo eletrônico** compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III, que devem ser respondidas pelos gestores pela internet (BRASIL, 2013).

O instrumento de avaliação externa do NASF está organizado em dois módulos³:

- **Módulo II** – Entrevista com o profissional de AB que recebe apoio do NASF. Nesse módulo, os profissionais da AB podem fazer sua avaliação sobre o apoio que recebem do NASF.
- **Módulo IV** – Entrevista com o(s) profissional (is) do NASF sobre o processo de trabalho do próprio NASF e verificação de documentos na UBS (BRASIL, 2015c).

O PMAQ-AB está inserido no contexto de algumas ações impulsionadas pelo governo federal com o objetivo de incentivar os gestores e as equipes de saúde para a busca da melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do SUS e o fortalecimento da AB (BRASIL, 2013). Entre os desafios para qualificar a AB destacam-se: a precariedade da estrutura física e a ambiência pouco acolhedora das Unidades Básicas de Saúde; as inadequadas condições de trabalho para os profissionais; a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes; a instabilidade das equipes e alta rotatividade dos profissionais; a sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade; a baixa integração das equipes com a

³ Os instrumentos mencionados podem ser acessados no endereço virtual http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros pontos da RAS; as práticas focadas na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado; e o financiamento insuficiente e inadequado (BRASIL, 2011b).

Uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde tem sido executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados (BRASIL, 2011b). O modelo de avaliação proposto pelo PMAQ-AB pretende contribuir para subsidiar tomadas de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS, dar visibilidade para os resultados alcançados, fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2013). Para que a avaliação faça parte das estratégias de transformação do sistema de saúde, o julgamento avaliativo deve ser crítico, reflexivo, capaz de envolver todos os atores num processo de formação, aprendizado e conscientização de suas práticas (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

O sucesso do PMAQ-AB está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em busca de mudança nas condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente. Para isso, é necessário que se criem espaços de diálogo/problematização/negociação/gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). A principal aposta do programa é poder melhorar as negociações entre trabalhadores e gestores, ou possibilitar a instituição desses processos em âmbito local (GOMES; MERHY, 2016).

A aposta do PMAQ-AB é a produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de produzir mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a AB e as potencialidades regionais/locais. O programa busca gerar movimento, valorizando padrões que tenta induzir ao indicar diretrizes de ação e resultados esperados em cada problema abordado (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). O processo indutivo de planejamento-ação-avaliação-reflexão serve como guia para novas ações das equipes de saúde, portanto o PMAQ-AB é um dispositivo que avança além do alcance de indicadores contratualizados e do diagnóstico da AB (PIANCASTELLI, 2015). Esperam-se que os resultados avaliados no PMAQ-AB reflitam o esforço das equipes de saúde e de gestão na melhoria da qualidade da AB, tendo uma coerência entre o desempenho das equipes nos indicadores e a conformidade de suas ações com padrões de qualidade associados a boas práticas em Atenção Básica (BRASIL, 2013).

O PMAQ-AB trouxe uma importante modificação na lógica de repasse de recursos financeiros, vinculando-o à implantação e ao alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de Atenção Básica (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Questões como o ‘que faz’ e ‘que resultado alcança’, do município e da equipe passaram a ser decisivos para o financiamento (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

As equipes participantes do programa são certificadas conforme o seu desempenho, considerando: a implementação de processos autoavaliativos; a verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados; e a verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade, que consiste na fase da Avaliação Externa (BRASIL, 2013). Após a certificação das equipes, o gestor municipal passa a receber valores diferenciados do Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o seu desempenho (Quadro 5).

Quadro 5. Relação entre o desempenho e o percentual do Componente de Qualidade

Desempenho	Percentual de Recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável
Insatisfatório	Desclassificadas do programa e deixam de receber o Componente de Qualidade
Mediano ou abaixo da média	Continuam recebendo 20% do Componente de Qualidade
Acima da média	Ampliam o recebimento para 60% do Componente de Qualidade
Muito acima da média	Ampliam o recebimento para 100% do Componente de Qualidade

*Fonte: BRASIL, 2013

2.4 Produção de conhecimento sobre NASF a partir do PMAQ-AB

Visando conhecer a produção científica existente sobre essa temática, foi realizada uma busca de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A pesquisa teve restrição de período, visto que o NASF passou a fazer parte do PMAQ-AB somente a partir do ano 2013. Foram utilizados os seguintes termos de busca: 'núcleo de apoio à saúde da família' OR 'nasf' AND 'programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade' OR 'pmaq' na categoria 'Título/resumo/assunto'. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a seleção dos artigos: texto completo disponível, idioma em português, país de afiliação Brasil e período de publicação 2013 – 2018.

O resultado da busca totalizou em 67 artigos, mas aqueles que tratavam sobre aspectos exclusivos de categorias profissionais que compõem o NASF foram desconsiderados. Dessa forma, foram selecionados 14 artigos que se aproximam do

objetivo proposto desse trabalho e estão apresentados por ordem cronológica de publicação no quadro abaixo:

Quadro 6- Síntese dos estudos selecionados na busca realizada na BVS

Código	Primeiro autor; ano	Revista	Tipo de estudo	Objetivo(s)
A1	Anjos et al. 2013	Saúde debate	Artigo de revisão	Refletir sobre perspectivas e desafios do NASF quanto às práticas em saúde.
A2	Lancman et al. 2013	Rev. Saúde Pública	Estudo de caso	Compreender características da organização, das condições de trabalho e das vivências subjetivas relacionadas ao trabalhar de dois núcleos de apoio à saúde da família.
A3	Sampaio et al. 2013	Rev. bras. ciênc. saúde	Estudo qualitativo	Analisar as práticas profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) dos municípios de Campina Grande e João Pessoa, em consonância com os modelos de apoio matricial identificados.
A4	Leite et al. 2014	Physis	Estudo qualitativo exploratório e descritivo	Identificar as percepções acerca da Qualidade de Vida no Trabalho dos profissionais das equipes de NASF que atuam no município de São Paulo, bem como os aspectos facilitadores e dificultadores por eles identificados no cotidiano do trabalho.
A5	Ribeiro et al. 2014	Rev. bras. promoç. saúde	Estudo quantitativo descritivo	Avaliar a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) através do conhecimento e da avaliação de serviços pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF)
A6	Barros et al. 2015	Ciênc. saúde Coletiva	Estudo de caso	Apresentar e discutir como os profissionais do NASF desenvolvem seu trabalho, com ênfase na apropriação e incorporação do matriciamento no cotidiano das práticas.
A7	Gonçalves et al. 2015	Rev. bras. saúde ocup.	Estudo de caso	Identificar as principais tarefas realizadas em dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) de uma região da cidade de São Paulo e conhecer como os seus profissionais desenvolviam suas atividades para atingir os seus objetivos.
A8	Sampaio et al. 2015	Rev. bras. ciênc. saúde	Estudo qualitativo	Analisar os processos de trabalhos dos NASF junto às equipes de saúde da família de João Pessoa e seu impacto na construção de redes territoriais de cuidados em saúde
A9	Santana et al. 2015	Rev. pesqui. cuid. fundam.	Estudo qualitativo exploratório e descritivo	Analisar a atuação das equipes do NASF junto as Equipes de Saúde da Família e identificar potencialidades para melhoria do processo de trabalho do NASF dentro do município de Cabedelo, Paraíba, Brasil.
A10	Volponi et al. 2015	Saúde debate	Estudo qualitativo	Analisar a potencialidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para constituir-se em dispositivo de mudança nas práticas de cuidado e nos modos de atuação de uma equipe gestora da Atenção Básica.
A11	Moretti et al. 2016	Fisioter. Pesqui.	Estudo quantitativo descritivo	Analisar o crescimento dos NASF e seus impactos no número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica.

A12	Patrocínio et al. 2016	Saúde debate	Estudo quantitativo descritivo	Analisar a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como uma estratégia da política de Atenção Básica brasileira, com base nas diretrizes nacionais e a implementação local no estado do RJ.
A13	Shimizu 2016	Rev. bras. educ. méd.	Estudo qualitativo exploratório e descritivo	Identificar as competências profissionais necessárias para o trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
A14	Correia et al. 2017	Saúde debate	Artigo de revisão	Apontar estratégias de avaliação adequadas para o NASF, evidenciar possíveis insuficiências e inconsistências presentes na concepção e orientação dos NASF.

Considerando os estudos acima mencionados, podemos agrupá-los em três grades áreas de discussão: 1) *NASF na prática*; 2) *Impacto do trabalho do NASF*; e 3) *Avaliação do NASF*. A primeira área concentra a maior parte dos artigos encontrados, envolvendo os seguintes temas: a prática do cotidiano do trabalho no NASF, principais dificuldades e perspectivas, competências profissionais necessárias para a atuação no NASF (ANJOS et al., 2013; LANCMAN et al., 2013; SAMPAIO et al., 2013; LEITE et al., 2014; BARROS et al., 2015; GONÇALVES et al., 2015; SANTANA et al., 2015; e SHIMIZU, 2016).

Em relação à segunda área, os temas abrangem o impacto do trabalho no NASF para a Atenção Básica em relação ao número de internações por condições sensíveis da AB, a construção de redes territoriais de cuidado em saúde e as mudanças de práticas de cuidado (SAMPAIO et al., 2015; VOLPONI et al., 2015; MORETTI et al., 2016; PATROCÍNIO et al., 2015).

Na terceira área encontramos o estudo de Ribeiro et al. (2014) que envolve a avaliação dos serviços prestados pelo NASF na visão de profissionais da equipe de Saúde da Família e Correia et al. (2017) que aponta algumas estratégias de avaliação mais adequadas para o NASF. O quadro abaixo apresenta resumidamente como foram organizados a categorização e seus respectivos artigos.

Quadro 7- Relação das áreas de discussão, com seus respectivos estudos codificados e a porcentagem correspondente

Áreas de discussão	Código dos artigos	Frequência %
NASF na prática	A1, A2, A3, A4, A6, A7, A9, A13	57
Impacto do trabalho do NASF	A8, A10, A11, A12	29
Avaliação do NASF	A5, A14	14

Quanto à metodologia, os artigos foram distribuídos da seguinte forma:

- 2 artigos de revisão: Anjos et al. (2013) e Correia et al. (2017);
- 6 artigos de abordagem qualitativa: Sampaio et al. (2013); Leite et al.(2014); Sampaio et al. (2015); Santana et al. (2015); Volponi et al. (2015); Shimizu (2016);
- 3 artigos de abordagem quantitativa: Ribeiro et al. (2014); Moretti et al. (2016); Patrocínio et al. (2015)
- 3 estudos de caso: Lancman et al. (2013); Barros et al. (2015); Gonçalves et al. (2015).

A maioria dos estudos encontrados analisa o NASF em contexto local ou regional, portanto percebe-se a escassez de referencial teórico com análise do NASF em âmbito nacional. É importante salientar que nenhum dos estudos acima utilizou o PMAQ-AB na metodologia, apesar da importância do programa como fonte de dados para o desenvolvimento da pesquisa e informação no âmbito da Atenção Básica.

3. MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo quantitativo descritivo, baseado na análise de dados secundários provenientes da avaliação externa das equipes de Atenção Básica e NASF que participaram do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A partir da utilização de informações públicas oriundas do Departamento de Atenção Básica e disponíveis no site governamental⁴, o estudo fica dispensado de aprovação pelo Comitê de Ética.

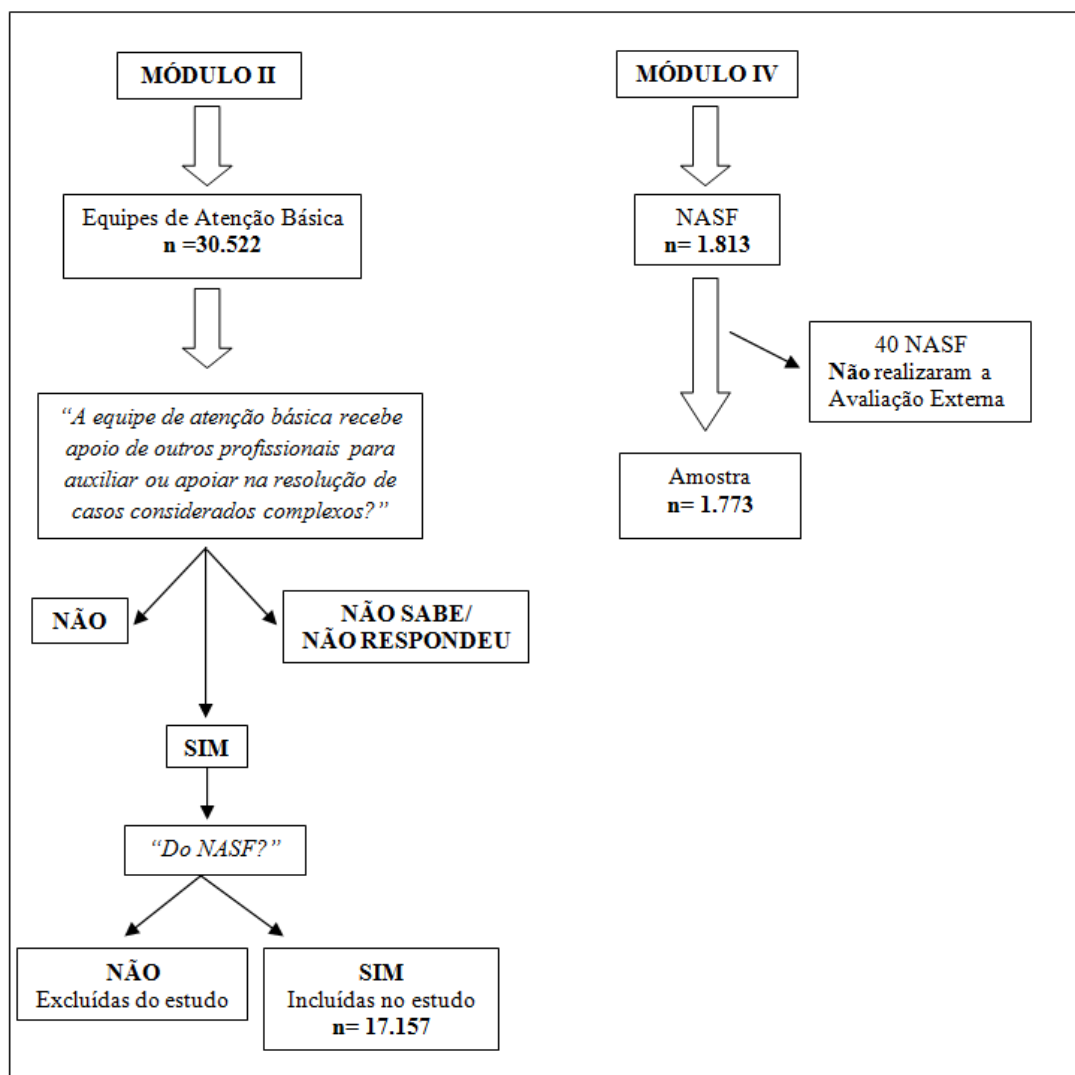
População e amostra

A população do estudo foi extraída do banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB no segundo ciclo, período compreendido entre os anos de 2013 a 2014. O total de 1.813 equipes NASF e 30.522 Equipes de Atenção Básica participaram do programa em todo o território brasileiro.

A amostra de equipes NASF totalizou em 1.773, pois não houve a realização da avaliação externa em 40 NASF (BRASIL, 2015c). A amostra das equipes de AB foi construída a partir da seguinte pergunta do Módulo II do questionário: *“A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?”* e selecionada a opção *“Do NASF”*. Todas as equipes que responderam SIM para essa questão foram incluídas no estudo, totalizando 17.157 equipes de AB no Brasil. A Figura 1 demonstra a sequência elaborada para a seleção da amostra do estudo.

⁴Microdados da avaliação externa estão disponíveis para download no seguinte endereço eletrônico: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Figura 1 – Organograma explicativo para a seleção da amostra do estudo



*Fonte: elaboração própria

O quadro 8 demonstra a distribuição da amostra do estudo, organizada por estados e regiões.

Quadro 8 - Distribuição da amostra do estudo por estados e regiões

Região	UF	Estado	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Eab
CENTRO-OESTE	DF	DISTRITO FEDERAL	2	57
	GO	GOIÁS	60	550
	MT	MATO GROSSO	17	192
	MS	MATO GROSSO DO SUL	38	296
Qtde de Estados		4	117	1.095

Quadro 8 (cont.)

Região	UF	Estado	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	eAB
NORDESTE	BA	BAHIA	170	1.533
	CE	CEARÁ	141	1.315
	MA	MARANHÃO	44	342
	PB	PARAÍBA	116	979
	PE	PERNAMBUCO	141	1.322
	PI	PIAUÍ	86	696
	RN	RIO GRANDE DO NORTE	57	616
	SE	SERGIPE	12	148
Qtde de Estados		9	821	7.420
NORTE	AC	ACRE	9	42
	AP	AMAPÁ	17	105
	AM	AMAZONAS	29	164
	PA	PARÁ	38	368
	RO	RONDÔNIA	9	109
	RR	RORAIMA	4	20
	TO	TOCANTINS	20	189
Qtde de Estados		7	126	997
SUDESTE	ES	ESPÍRITO SANTO	5	58
	MG	MINAS GERAIS	295	2.558
	RJ	RIO DE JANEIRO	71	1.047
	SP	SÃO PAULO	149	1.912
Qtde de Estados		4	520	5.575
SUL	PR	PARANÁ	76	817
	RS	RIO GRANDE DO SUL	31	337
	SC	SANTA CATARINA	82	916
Qtde de Estados		3	189	2.070
Total Geral		27	1.773	17.157

*Fonte: elaboração própria

Instrumento

Foram utilizados dois instrumentos de avaliação externa: 1) *Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada)*; e 2) *Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*, (ANEXO A).

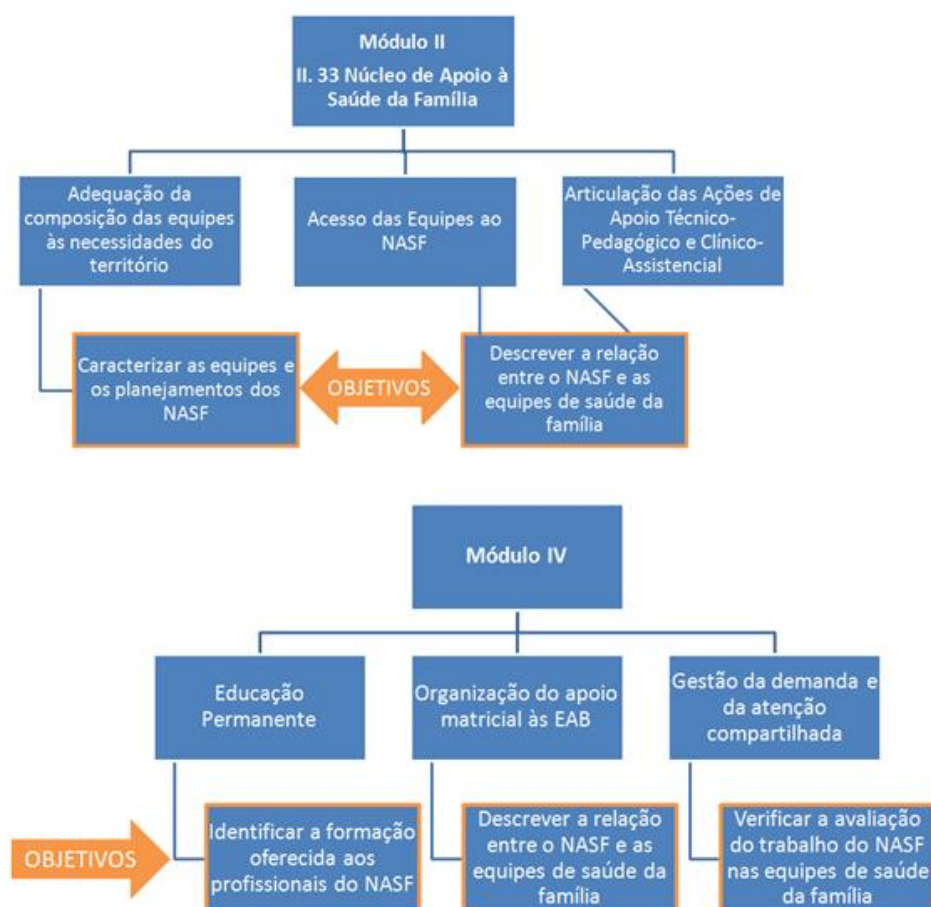
Houve um recorte do Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde (ANEXO B) e do Módulo IV – Entrevista com Profissional do NASF e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde (ANEXO C).

Variáveis do estudo

Do primeiro instrumento, selecionamos algumas questões referentes ao item *II. 33 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família*, (APÊNDICE A). Do segundo instrumento, elencamos algumas questões referentes ao bloco da *Educação Permanente*, *Organização do apoio matricial às EAB* e *Gestão da demanda e da atenção compartilhada* (APÊNDICE B).

Na figura abaixo, estão demonstrados os domínios selecionados de ambos os instrumentos, relacionados com os seus respectivos objetivos específicos.

Figura 2 - Organograma dos domínios utilizados para análise e seus objetivos



Coleta do PMAQ e análise de dados

A coleta de dados foi realizada de forma multicêntrica, com a colaboração de 53 instituições de ensino e pesquisa (IEP)⁵ brasileiras que realizaram a organização e desenvolvimento do trabalho de campo. Tais funções incluíram desde o planejamento

⁵ Lista das universidades da avaliação externa do PMAQ (P. 43)
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_nasf.pdf

do itinerário até o contato com a gestão municipal para agendar a avaliação externa. Avaliadores da qualidade selecionados e capacitados para atuação na terceira fase do programa registraram *in loco* as informações coletadas através do aplicativo do PMAQ-AB inserido no *tablet*. A organização e execução da coleta de dados, consta no Manual para o Trabalho de Campo PMAQ - 3º Ciclo (Avaliação Externa)⁶.

Os dados coletados foram enviados via internet para o servidor do Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica para validação. Após esse processo, foram disponibilizados para as IEP participantes e posteriormente de forma pública em formato consolidado pelo Ministério da Saúde. Os dados do segundo ciclo do PMAQ-AB estão disponíveis para *download* no endereço eletrônico do DAB⁷ e possuem acesso livre, encontram-se separados nos seis módulos do instrumento de avaliação externa e divididos por estados brasileiros.

A análise dos dados obedeceu a seguinte sequência:

1. Separação dos dados do conjunto total do PMAQ-AB e criação do banco de dados do estudo, estruturado no programa Microsoft Office Excel 2007 para Windows®;
2. Separação das variáveis por conveniência;
3. Aplicação de testes estatísticos no Programa Estatístico SPSS versão 22.0.

Os dados foram analisados a partir da frequência (“n” ou valor absoluto) e percentuais de ocorrência (%) em relação ao total.

⁶ Consultar o seguinte endereço eletrônico:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_de_campo_pmaq_3ciclo.pdf

⁷ Microdados da avaliação externa estão disponíveis para download no seguinte endereço eletrônico:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

4. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados a partir da análise descritiva das variáveis do estudo, envolvendo frequências e percentuais nas cinco regiões do país. Cada tabela foi organizada de acordo com os objetivos específicos, conforme demonstrado na **Figura 2** (*Organograma dos domínios utilizados para análise e seus objetivos*). As variáveis do Módulo II estão organizadas nas Tabelas 1, 2 e 3 e as variáveis do Módulo IV nas Tabelas 4, 5 e 6.

TABELA 1 – Adequação da composição das equipes às necessidades do território

Variáveis	Alternativas	CO	NE	N	SE	S
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Debate do gestor municipal com a equipe de saúde sobre a composição do NASF	Sim	573 (52,3)	4746 (64,0)	566 (56,8)	2767 (49,6)	1046 (50,5)
	Profissionais do NASF que apoiam a eSF					
	Fisioterapeuta	898 (82,0)	6816 (91,9)	892 (89,5)	4771 (85,6)	1615 (78,0)
	Profissional de educação física	970 (88,6)	6389 (86,1)	844 (84,7)	4871 (87,4)	1856 (89,7)
	Médico Veterinário	897 (81,9)	6522 (87,9)	827 (82,9)	4584 (82,2)	1749 (84,5)
	Assistente social	596 (54,4)	5513 (74,3)	828 (83,0)	3765 (67,5)	1147 (55,4)
	Nutricionista	551 (50,3)	4825 (65,0)	550 (55,2)	3497 (62,7)	1241 (60,0)
	Fonoaudiólogo	482 (44,0)	3924 (52,9)	437 (43,8)	3245 (58,2)	625 (30,2)
	Farmacêutico	463 (42,3)	2587 (34,9)	317 (31,8)	2362 (42,4)	1283 (62,0)
	Sanitarista	238 (21,7)	1690 (22,8)	145 (14,5)	2009 (36,0)	166 (8,0)
	Arte educador	78 (7,1)	494 (6,7)	84 (8,4)	302 (5,4)	64 (3,1)
	Terapeuta Ocupacional	92 (8,4)	406 (5,5)	51 (5,1)	219 (3,9)	117 (5,5)
	Psicólogo	38 (3,5)	384 (5,2)	27 (2,7)	142 (2,5)	45 (2,2)
Profissionais médicos do NASF que apoiam a eSF	Médico pediatra	218 (19,9)	1032 (13,9)	192 (19,3)	1200 (21,5)	375 (18,1)
	Médico Ginecologista	159 (14,5)	1065 (14,4)	199 (20,0)	1174 (21,1)	253 (12,2)
	Médico psiquiatra	128 (11,7)	863 (11,6)	110 (11,0)	1271 (22,8)	369 (17,8)
	Médico Geriatra	54 (4,9)	202 (2,7)	51 (5,1)	168 (3,0)	44 (2,1)
	Médico Obstetra	38 (3,5)	124 (1,7)	22 (2,2)	143 (2,6)	87 (4,2)

	Médico do Trabalho	33 (3,0)	168 (2,3)	17 (1,7)	65 (1,2)	43 (2,1)
	Médico Acupunturista	22 (2,0)	95 (1,3)	39 (3,9)	105 (1,9)	24 (1,2)
	Médico Internista	22 (2,0)	109 (1,5)	9 (0,9)	58 (1,0)	31 (1,5)
	Médico Homeopata	18 (1,6)	30 (0,4)	3 (0,3)	94 (1,7)	29 (1,4)
Justificativa para atuação do NASF	Necessidade/demandas da sua equipe	773 (70,6)	5880 (79,3)	686 (68,8)	4538 (81,4)	1636 (79,0)
	Demandas diretas dos usuários	647 (59,1)	5134 (69,2)	576 (57,8)	3624 (65,0)	1374 (66,4)
	Realidade epidemiológica e social deste território	527 (48,1)	4585 (61,8)	477 (47,8)	3429 (61,5)	1246 (60,2)
	Outros	163 (14,9)	1082 (14,6)	135 (13,5)	649 (11,6)	334 (16,1)
Articulação/ planejamento de ações conjuntas	Sim	862 (78,7)	6062 (81,7)	689 (69,1)	4511 (80,9)	1062 (77,4)
Temas de discussão no planejamento	Pactuação das atividades a serem desenvolvidas	773 (70,6)	5608 (75,6)	580 (58,2)	4180 (75,0)	1450 (70,0)
	Definição de funções e atribuições entre as equipes	697 (63,7)	5305 (71,5)	584 (58,6)	3994 (71,6)	1356 (65,6)
	Organização de critérios e fluxos para apoio do NASF	699 (63,8)	5221 (70,4)	570 (57,2)	4068 (73,0)	1373 (66,3)
	Definição de objetivos, metas e resultados da atuação do NASF	670 (61,2)	5005 (67,5)	508 (51,0)	3771 (67,6)	1225 (59,2)
	Organização de critérios e fluxos para encaminhamento de usuários a outros serviços/pontos de atenção	619 (56,5)	4848 (65,3)	502 (50,4)	3793 (68,0)	1279 (61,8)
	Outros	56 (5,1)	829 (11,2)	56 (5,6)	419 (7,5)	188 (9,1)

A Tabela 1 está de acordo com o primeiro objetivo específico: *Caracterizar as equipes e os planejamentos dos NASF*. É possível perceber que em todas as regiões, exceto no Sudeste, a maioria das equipes de saúde realizou um debate com os gestores municipais sobre a composição do NASF. A proposta de implantação do NASF em um município inicia com a elaboração de um projeto que contemple a análise do território e das necessidades identificadas pelas equipes de AB, população e gestores de saúde (BRASIL, 2014). É importante que o gestor coordene um processo de discussão, negociação e análise com as eSF e os Conselhos de Saúde para definir quais profissionais serão contratados para compor o NASF. São estes profissionais de saúde e usuários que conhecem profundamente as necessidades de saúde em seu território e sabem identificar os temas/situações que mais necessitem de apoio (BRASIL, 2009).

Na opinião dos profissionais das eSF entrevistados, a atuação do NASF é justificada, em primeiro lugar, pela necessidade ou demanda da equipe de saúde e, em segundo lugar, por demandas diretas dos usuários. Esse resultado corrobora com as dimensões do apoio matricial no qual o NASF é estruturado: técnico-pedagógica e clínico-assistencial, respectivamente. Espaços de conversa com a equipe de AB que possibilitem a participação na ação decisória de implantação do NASF devem ser estimulados, visto que poderão auxiliar a fornecer subsídios para definir as situações e áreas que precisam de maior suporte. A escuta da população através de reuniões com Conselhos Municipais e Locais de Saúde, conversas com lideranças comunitárias, moradores da comunidade e outros atores sociais do território também é uma fonte importante para a coleta de informações que ajudarão a definir as equipes NASF e suas áreas de atuação (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde recomenda que a definição dos profissionais do NASF seja feita a partir do diagnóstico da realidade local e do território, considerando a situação epidemiológica e social, as necessidades de apoio das equipes de AB, as características da Rede de Atenção à Saúde, as demandas e necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2014). Em relação ao reconhecimento de quais profissionais do NASF (exceto médicos) apoiam as eSF, os dados do presente estudo apresentaram a seguinte ordem decrescente: Fisioterapeuta, Profissional de Educação Física, Médico Veterinário, Assistente Social, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Sanitarista, Arte Educador, Terapeuta Ocupacional e Psicólogo. Separando-os por regiões, o Fisioterapeuta predomina no Nordeste e Norte, enquanto que o Profissional de Educação Física nas demais regiões (Centro-oeste, Sudeste e Sul).

O perfil de composição profissional dos NASF no Brasil é marcado pelo predomínio de profissionais não médicos, fato que possibilitou a ampliação do mercado de trabalho na AB para várias categorias profissionais da área da saúde (PATROCÍNIO, MACHADO; FAUSTO, 2015). No estudo de revisão narrativa de Pasquim e Arruda (2013), os autores apontaram que o NASF é um crescente campo de trabalho para as profissões de saúde não incluídas tradicionalmente na AB, aquelas que até então foram “esquecidas” pelo SUS, sendo a principal porta de entrada e um local promissor para atuação desses profissionais. O estudo de Carvalho et al. (2018), concluiu que as categorias profissionais que podem compor o NASF apresentaram crescimento superior aos enfermeiros e médicos no período de 2008 a 2013. Tiveram destaque os farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física e

terapeutas ocupacionais (com valores acima de 70%) e também os fonoaudiólogos e psicólogos, que cresceram em torno de 50% no período analisado.

O resultado do número reduzido de profissionais psicólogos atuando no NASF pode estar relacionado com a proposta da reforma psiquiátrica que define o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como ordenador da rede de saúde mental, direcionador de fluxos e apoiador matricial para as equipes de AB (DIMENSTEIN, 2009). Além dos CAPS, existem outros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico: o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o Hospital-dia, o Ambulatório de Saúde Mental, a Urgência/Emergência Psiquiátrica, os Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral, o Consultório de Rua, as Comunidades Terapêuticas e as Casas de Acolhimento Transitório (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013). Por outro lado, a portaria que institui o NASF recomenda que o mesmo deva contar com pelo menos um profissional da área de saúde mental, tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais no país (BRASIL, 2008).

Os resultados obtidos quanto às especialidades dos profissionais médicos do NASF que apoiam as eSF seguem a seguinte distribuição, em ordem decrescente: Pediatra, Ginecologista, Psiquiatra, Geriatra, Obstetra, Médico do trabalho, Acupunturista, Internista e Homeopata. A justificativa para os primeiros resultados pode estar relacionada a uma das redes prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde, a Rede Cegonha. Criada em 2011, um dos seus objetivos é reduzir a mortalidade de gestantes, crianças e recém nascidos de maneira eficiente. Ela garante às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério. Já para as crianças, assegura o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011c).

Percebemos no cenário nacional, o baixo número de médicos que exercem as especialidades de Acupunturista e Homeopata, em detrimento de outras áreas consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde. As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo uma maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde. Inicialmente, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), aprovada no ano de 2006 contemplava apenas cinco ofertas: Homeopatia, Medicina tradicional chinesa/Acupuntura, Plantas medicinais e Fitoterapia. Em 2017, a PNPIC foi ampliada e passou para 19 ofertas no SUS, apesar desse panorama, seguem alguns desafios como a ampliação do acesso e da oferta a essas

práticas, a sustentabilidade desses serviços a partir de financiamento envolvendo as três esferas de gestão (BRASIL, 2018).

Em todas as regiões, os profissionais das eSF entrevistados referiram que houve um momento de articulação e planejamento de ações conjuntas no início do trabalho com o NASF (valores de 69,1% - 81,7%). Macedo et al. (2016) constatou que a construção do trabalho compartilhado com ênfase nas ações coletivas, pactuação do trabalho e articulação entre NASF e eSF, ainda não se traduzem no cotidiano. O mesmo estudo aponta que a mudança efetiva das práticas de saúde, conforme as diretrizes que norteiam a atuação dos NASF exigem reorientação nos modos de organização dos processos de trabalho, bem como a disposição dos profissionais para empreender esforços para a sua concretização. Diversos autores apontam para a dificuldade de articulação entre os profissionais do NASF e das eSF, considerando as práticas intersetoriais e compartilhamento de saberes entre profissionais de diferentes categorias restritas ou inexistentes (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017).

Dentre os temas discutidos nas atividades de planejamento de ações conjuntas, destacaram-se: a *Pactuação das atividades a serem desenvolvidas* (região CO, NE, SE e S); e a *Definição de funções e atribuições entre as equipes* (região N). O trabalho em equipe deve ser norteado por um projeto assistencial comum, na qual todos participem com suas especificidades, contribuindo para a qualidade das ações de saúde (RIBEIRO et al., 2014). Silva et al. (2017) acrescenta que o processo de planejamento precisa ser dinâmico e sistemático, de modo que as combinações se mantenham ativas e úteis de acordo com as demandas cotidianas do processo de trabalho entre as equipes. Em um levantamento realizado em 26 estados brasileiros e publicado⁸ em 2015, apontou que a grande dificuldade em relação à implementação e qualificação do processo de trabalho dos NASF é justificada pelo desconhecimento ou não cumprimento de seus objetivos e/ou diretrizes pelos gestores municipais (61,54%), seguido pelos trabalhadores das eSF e profissionais do próprio NASF (50%). Dessa forma, fica evidente a importância do momento de planejamento e alinhamento inicial entre os profissionais, para o fortalecimento do trabalho do NASF.

⁸ Boletim I NASF disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/boletim_nasf_forum_ab.pdf

TABELA 2 - Acesso das Equipes ao NASF

Variáveis	Alternativas	CO	NE	N	SE	S
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Contato da equipe de saúde com o NASF	Em dias programados de atividades presenciais	583 (53,2)	4820 (65,0)	556 (55,8)	4490 (80,5)	1366 (66,0)
	Por telefone	792 (72,3)	4924 (66,4)	447 (54,9)	3655 (65,6)	1627 (78,6)
	Diretamente, a qualquer momento na própria UBS	432 (39,5)	3127 (42,1)	356 (35,7)	2593 (46,5)	1098 (53,0)
	Mensagem de texto no celular	234 (21,4)	2555 (27,7)	160 (16,0)	1347 (24,2)	398 (19,2)
	Por e-mail	194 (17,7)	1545 (20,8)	57 (5,7)	1686 (30,2)	871 (42,1)
	Outro	139 (12,7)	1711 (23,1)	141 (14,1)	455 (8,2)	270 (13,0)
Conhecimento do cronograma/agenda de atividades do NASF com a equipe de saúde	Sim	801 (73,2)	6125 (82,6)	718 (72,0)	4892 (87,7)	1719 (83,0)
Periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com a equipe de saúde	Semanal	434 (39,6)	2309 (31,1)	353 (35,4)	2701 (48,4)	876 (42,3)
	Mensal	249 (22,7)	2145 (28,9)	238 (23,9)	1522 (27,3)	459 (22,2)
	Sem periodicidade definida	317 (28,9)	1907 (25,7)	325 (32,6)	688 (12,3)	516 (24,9)
	Quinzenal	122 (11,1)	1331 (17,9)	107 (10,7)	945 (17,0)	372 (18,0)

A Tabela 2 está de acordo com o segundo objetivo específico: *Descrever a relação entre o NASF e as equipes de saúde da família*. A análise dos dados revelou que a principal forma de contato das eSF com o NASF é realizada em dias programados de atividades presenciais ou através do telefone, enquanto que a utilização de e-mail ainda é pouco usual (valores de 5,7% - 42,1%). Visando beneficiar, principalmente as comunidades de alta vulnerabilidade social, o Plano Nacional de Banda Larga⁹ leva internet banda larga via terrestre ou satélite para as UBS, resultando em maior qualidade e agilidade no atendimento, garantia e segurança no processo de transmissão de dados dos sistemas de informação em saúde, comodidade, acesso às informações em tempo real, conhecimento e inclusão social.

Os percentuais encontrados para a opção de contato *“Diretamente, a qualquer momento na própria UBS”* são justificados pelo fato de que a equipe do NASF é itinerante, muitas vezes responsável pelo apoio em mais de um local. Com essa configuração, a carga horária dos profissionais é dividida em algumas horas em cada local, o que acaba não contemplando um turno integral em uma única UBS e

⁹ Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=banda_larga

disponibilidade a qualquer momento. A diferença de carga horária entre os profissionais da mesma equipe dificulta a interação e a realização de atividades compartilhadas (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014). O artigo de Correia, Goulart e Furtado (2017) também problematiza o vínculo empregatício de profissionais do NASF contratados por meio de organizações sociais, que compromete a consolidação do trabalho, visto que ocasiona diferenças nas cargas horárias e aumento da rotatividade.

Em todas as regiões, o percentual de profissionais que conhecem o cronograma/agenda de atividades do NASF com a sua equipe de saúde, variou de 72,0% - 87,7%. O estudo de Ribeiro et al. (2014) entrevistou 76 profissionais no estado do Piauí através de um questionário composto pela caracterização profissional, investigação do seu conhecimento com relação às atividades do NASF e avaliação dos serviços prestados pela equipe do NASF. Concluiu-se que as eSF possuem informação com relação à estrutura do NASF e estão satisfeitos com as atividades realizadas.

Quanto à periodicidade dos encontros, observou-se uma variabilidade entre 31,1% - 48,4% de relatos de encontros semanais, seguida pela frequência mensal que variou de 22,7% - 28,9%. A periodicidade dos encontros influencia no desenvolvimento, discussão e possíveis (re) alinhamentos das atividades que foram programadas, além de aproximar a equipe de referência com a equipe apoiada, fator essencial para o trabalho em equipe.

Tabela 3 - Articulação das Ações de Apoio Técnico-Pedagógico e Clínico-Assistencial

Variáveis	Alternativas	CO	NE	N	SE	S
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Ações realizadas entre equipe de saúde e NASF	Visitas domiciliares	831 (75,9)	6243 (84,1)	800 (80,2)	5174 (92,8)	1851 (89,4)
	Consultas individuais do profissional do NASF	796 (72,7)	6326 (85,3)	803 (80,5)	4987 (89,5)	1937 (83,9)
	Planejamento e avaliação de ações	794 (72,5)	5543 (74,7)	618 (62,0)	4634 (83,1)	1585 (76,6)
	Grupos terapêuticos ou de educação em saúde	772 (70,5)	5322 (71,7)	543 (54,5)	4740 (85,0)	1629 (78,7)
	Organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do NASF	648 (59,2)	5206 (70,2)	579 (58,1)	4400 (78,9)	1471 (71,1)
	Apoio à organização do processo de trabalho da equipe	673 (61,5)	5110 (68,9)	551 (55,3)	4080 (73,2)	1474 (71,2)
	Discussão de casos e construção de planos terapêuticos (PTS)	684 (62,5)	4516 (60,9)	503 (50,5)	4649 (83,4)	1514 (73,1)
	Discussão de temas / ações de educação permanente	719 (65,7)	5050 (68,1)	542 (54,4)	4107 (73,7)	1405 (67,9)
	Intervenções na comunidade	617 (56,3)	5073 (68,4)	577 (57,9)	3977 (71,3)	1319 (63,7)

	Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional	596 (54,4)	4960 (64,2)	503 (50,5)	4020 (72,1)	1285 (62,1)
	Consultas compartilhadas	648 (59,2)	4335 (58,4)	527 (52,9)	4101 (73,6)	1209 (58,4)
	Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada	569 (52,0)	4215 (56,8)	427 (42,8)	3846 (69,0)	1204 (58,2)
	Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas	483 (44,1)	3828 (51,6)	411 (41,2)	3541 (63,5)	1113 (53,8)
Perfil etário que os profissionais do NASF realizam suas ações						
	Adultos	1053 (96,2)	7247 (97,7)	953 (95,6)	5523 (91,1)	2035 (98,3)
	Idosos	1039 (94,9)	7204 (97,1)	959 (96,2)	5441 (97,6)	2018 (97,5)
	Crianças	931 (85,0)	6823 (92,0)	895 (89,2)	5316 (95,4)	1891 (91,4)
	Adolescentes	922 (84,2)	6787 (91,5)	871 (87,4)	5240 (94,0)	1893 (91,4)
Atividades desenvolvidas pelo NASF e a equipe de saúde						
	Atenção nutricional	872 (79,6)	6561 (88,4)	826 (82,8)	4826 (86,6)	1778 (85,9)
	Atenção às pessoas com doenças crônicas	849 (77,5)	6353 (85,6)	788 (79,0)	4981 (89,3)	1790 (86,5)
	Atenção às pessoas com deficiências e Reabilitação	776 (70,9)	6185 (83,4)	791 (79,3)	4780 (85,7)	1606 (77,6)
	Atenção materno-infantil	667 (60,9)	5529 (74,5)	694 (69,6)	4324 (77,6)	1393 (67,3)
	Saúde mental	662 (60,5)	5047 (68,0)	588 (59,0)	4518 (81,0)	1683 (81,3)
	Apoio à organização do processo de trabalho da equipe	653 (59,6)	4854 (65,4)	513 (51,5)	4018 (72,1)	1372 (66,3)
	Assistência farmacêutica	429 (39,2)	2577 (34,7)	319 (32,0)	2472 (44,3)	1224 (59,1)
	Saúde do Trabalhador	321 (29,3)	2885 (28,1)	230 (23,1)	1860 (33,4)	648 (31,3)
	Práticas Integrativas e Complementares	417 (38,1)	2001 (27,0)	269 (27,0)	2478 (44,4)	675 (32,6)
	Outras	169 (15,4)	1240 (16,7)	126 (12,6)	539 (9,7)	321 (15,5)

A Tabela 3 também está relacionada ao segundo objetivo específico: *Descrever a relação entre o NASF e as equipes de saúde da família*. As principais ações realizadas entre a equipe de saúde e o NASF foram: as “*Visitas domiciliares*” (região CO, SE e S), com variabilidade entre 75,9% - 92,8%; e “*Consultas individuais do profissional do NASF*” (região NE e N), com variabilidade entre 80,5% - 85,3%. A visita domiciliar

(VD) surge a partir da demanda de um agente comunitário de saúde, de uma necessidade relatada no acolhimento à demanda espontânea ou por meio de outros contatos da pessoa (ou seus familiares) com o serviço. A VD é um momento ímpar para o conhecimento do contexto da pessoa, pautada pela observação ativa, abordagem familiar e reconhecimento dos determinantes sociais presentes (SAVASSI, 2016). A reunião de equipe é o momento para discutir a realização das visitas, onde são elencados os casos que devem ser priorizados, bem como qual o profissional mais adequado para tal (PERES et al. *apud* SAVASSI, 2016).

Apesar da realização de consultas individuais não ser uma ação prioritária do NASF, observamos que no país essa prática é uma atividade rotineira entre os profissionais, fato que acaba “desviando” a sua proposta de compartilhamento de saberes. É necessário que o trabalho do NASF com as equipes de saúde tenha um direcionamento interdisciplinar, uma vez que a fragmentação das práticas profissionais constitui um obstáculo para o desempenho de ações que visem à integralidade (SANTANA et al., 2015).

Dentre as treze ações listadas e organizadas em ordem decrescente, a “*Discussão de casos e construção de Projetos Terapêuticos singulares*” ocupa a 7ª posição, enquanto que as “*Consultas compartilhadas*” a 11ª colocação. Ambas as atividades estão descritas nas diretrizes como o modo de organização do processo de trabalho do NASF, mas percebe-se que ainda é necessário um longo caminho para sua efetivação. Existe a dificuldade de que o processo de trabalho das duas equipes difere com relação à gestão; produtividade exigida; tempo para a realização das tarefas; demanda prevista; constituição das equipes; e ferramentas utilizadas (GONÇALVES et al., 2015). Para as eSF, há uma grande demanda por atendimentos que exigem soluções rápidas e inadiáveis. Em contrapartida, o trabalho do NASF prioriza a discussão, reflexão e a atuação compartilhada, o que demanda mais tempo e disponibilidade. Essas diferentes formas de organização geram um descompasso entre a necessidade de atender a demanda, a resolução rápida de alguns casos e a nova lógica de trabalho proposta pelo NASF (LANCMAN et al., 2013).

A maioria das ações do NASF está voltada para a faixa etária de adultos (região CO, NE e S) e idosos (região N e SE). Tal cenário pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida e transição demográfica em que o país se encontra. O planejamento de ações voltadas para a saúde do idoso transcende o tratamento de doenças e a medicalização da saúde, pelo contrário, é preciso estimular a realização de atividades

que desenvolvam sua autonomia, independência e participação, almejando um envelhecimento saudável e com qualidade de vida (AMTHAUER; FALK, 2017).

Quanto às atividades desenvolvidas pelo NASF e a equipe de saúde, destaca-se a Atenção Nutricional (região CO, NE e N) e Atenção às pessoas com doenças crônicas (SE e S). Tal resultado pode estar relacionado com a transição epidemiológica do país, que apresenta uma situação de saúde de tripla carga de doenças, ou seja, envolve ao mesmo tempo uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de riscos (tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada); e o forte crescimento das causas externas (MENDES, 2010).

Uma população em processo rápido de envelhecimento reflete no aumento das condições crônicas, visto que essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade (MENDES, 2010). O estudo de Miranda, Mendes e Silva (2016) constatou a redução das internações por doenças do aparelho circulatório, respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas entre os idosos no período de 1999 até 2013, o que pode ser reflexo da expansão dos serviços de AB no país. Por outro lado, identificou uma tendência crescente de internações por neoplasias e causas externas, o que reforça o quadro epidemiológico heterogêneo do Brasil. Esse cenário requer do sistema de saúde uma organização assistencial contínua e multidisciplinar, que garanta a realização de ações e serviços para promover a saúde e bem-estar da população idosa.

Tabela 4 - Educação Permanente

Variáveis	Alternativas	CO	NE	N	SE	S
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Formação específica para o NASF no início do trabalho	Para todos os profissionais	52 (44,4)	361 (44,0)	38 (30,2)	275 (52,9)	82 (43,4)
	Não	27 (23,1)	307 (37,4)	64 (50,8)	178 (34,2)	74 (39,2)
	Para alguns profissionais	38 (32,5)	153 (18,0)	24 (19,0)	67 (12,9)	33 (17,5)
Tipo de formação oferecido (a)	Reunião informativa	30 (25,6)	318 (38,7)	35 (27,8)	253 (48,7)	61 (32,3)
	Oficina de capacitação	71 (60,7)	317 (38,6)	28 (22,2)	219 (42,1)	59 (31,2)
	Curso "introdutório"	46 (39,3)	213 (25,9)	26 (20,6)	210 (40,4)	54 (28,6)
	Outro(s)	17 (14,5)	64 (7,8)	8 (6,3)	70 (13,5)	30 (15,9)
Educação permanente para os profissionais do NASF	Para todos os profissionais	53 (45,3)	385 (46,9)	27 (21,4)	325 (62,5)	125 (66,1)
	Não	45 (38,5)	299 (36,4)	67 (53,2)	132 (25,4)	35 (18,5)

	Para alguns profissionais	19 (16,2)	137 (16,7)	32 (25,4)	63 (12,1)	29 (15,3)
Temas das atividades de educação permanente						
	Organização do processo de trabalho do NASF	59 (50,4)	430 (52,4)	40 (31,7)	315 (60,6)	105 (55,6)
	Situações de conflitos sociais (violência, uso de álcool e outras drogas, etc.)	49 (41,9)	390 (47,5)	46 (36,5)	323 (62,1)	101 (53,4)
	Saúde mental	46 (39,3)	384 (46,8)	40 (31,7)	309 (59,4)	117 (61,9)
	Princípios e diretrizes da Atenção Básica	58 (49,6)	358 (43,6)	34 (27,0)	311 (59,8)	99 (52,4)
	Organização do processo de trabalho da Atenção Básica	51 (43,6)	349 (42,5)	35 (27,8)	304 (58,5)	102 (54,0)
	Condições/Doenças crônicas	50 (42,7)	346 (42,1)	39 (31,0)	294 (56,5)	98 (51,9)
	Discussão de casos complexos e/ou Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)	54 (46,2)	326 (39,7)	31 (24,6)	301 (57,9)	88 (46,6)
	Saúde da criança	45 (38,5)	345 (42,0)	44 (34,9)	283 (54,4)	81 (42,9)
	Saúde da mulher	49 (41,9)	358 (43,6)	42 (33,3)	263 (50,6)	77 (40,7)
	Reabilitação/ Saúde da Pessoa com Deficiência	42 (35,9)	337 (41,0)	36 (28,6)	273 (52,5)	70 (37,0)
	Metodologias de trabalho com grupos	50 (42,7)	327 (39,8)	30 (23,8)	240 (46,2)	84 (44,4)
	Ações de vigilância no território	39 (33,3)	268 (32,6)	31 (24,6)	227 (43,7)	71 (37,6)
	Outro(s)	25 (21,4)	182 (22,2)	19 (15,1)	113 (21,7)	50 (26,5)

A Tabela 4 está de acordo com o terceiro objetivo específico: *Identificar a formação oferecida aos profissionais do NASF*. Os resultados indicam que foi oferecida uma formação específica no início do trabalho do NASF para todos os profissionais (região CO, NE, SE e S), predominantemente de “*Reuniões informativas*” (região NE, N, SE e S) e “*Oficina de capacitação*” (região CO). A exceção ocorreu na região Norte, onde 50,8% dos profissionais entrevistados afirmaram que não receberam nenhum tipo de formação para trabalhar no NASF. A formação oferecida somente para alguns profissionais do NASF apresentou uma variação de 12,9% - 32,5% nas cinco regiões, o que pode ser prejudicial para a composição da equipe, visto que poderá haver visões conflitantes para a execução do trabalho e compreensão do papel do NASF.

Em geral, a graduação na área da saúde não tem uma integração entre ensino e trabalho, com uma formação teórica-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2007).

As propostas pedagógicas estão distanciadas dos serviços e não contemplam pontos essenciais como o trabalho em equipe, o vínculo, o acolhimento, indispensáveis para o trabalho do NASF. A formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Tal realidade é preocupante quando nos referimos às competências necessárias para atuar na lógica do SUS, os profissionais não saem preparados do Ensino Superior e enfrentam dificuldades na prática em serviço.

Nesse sentido, podemos citar duas importantes iniciativas governamentais do Ministério da Saúde voltadas para a formação: o VER-SUS e o PET-Saúde. O VER-SUS¹⁰ oportuniza aos estudantes universitários dos cursos da área da saúde 15 dias de vivência multiprofissional em um sistema de saúde municipal ou estadual para conhecer de perto o funcionamento do SUS. Um dos seus objetivos é poder sensibilizar gestores, trabalhadores e formadores da área da saúde, estimulando discussões e práticas sobre educação permanente e interações entre educação, trabalho e práticas sociais. O estudo de Canônico e Brêtas (2008) revelou que a participação no VER-SUS contribuiu para o aprimoramento individual de estudantes sobre o SUS e que a experiência foi um fator desencadeador para a participação em movimentos sociais, particularmente no movimento estudantil.

O PET-Saúde é uma estratégia compartilhada entre os Ministérios da Saúde e da Educação no envolvimento de alunos de graduação da área da saúde, profissionais de serviços públicos (no papel de preceptores) e professores de Instituições de Educação Superior (no papel de tutores) que visa à integração ensino-serviço-comunidade e formação de recursos humanos de acordo com as demandas do SUS. O estudo de revisão de Mira, Barreto e Vasconcelos (2016) concluiu que o PET-Saúde possibilita a prática de novas experiências ao integrar estudantes de cursos de graduação aos serviços de saúde do SUS, principalmente na AB. Também tem um papel importante para a formação de profissionais críticos-reflexivos, além de possibilitar a autonomia e planejamento das atividades por parte dos estudantes. Participar dessas ações intersetoriais enquanto aluno da graduação permite um contato valioso com a realidade que o futuro profissional encontrará em serviço. Na perspectiva do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), foi possível constatar que o PET-Saúde contribuiu significativamente para a formação diferenciada de alunos dos cursos de

¹⁰ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/folder_versus.pdf

Odontologia, Medicina e Enfermagem. Alunos que participaram do PET-Saúde tiveram melhor desempenho no ENADE em todas as provas analisadas (desempenho global, formação geral, conhecimentos específicos e saúde coletiva), se comparados aos alunos que não tiveram essa experiência (FARIAS-SANTOS; NORO, 2017).

Considerando o cenário nacional, as atividades de educação permanente são oferecidas para todos os profissionais do NASF (região CO, NE, SE e S), com percentuais variando entre 45,3% - 66,1%. Na região Norte, 53,2% dos respondentes afirmaram que não participam dessas atividades. Dentre os temas abordados na educação permanente, destacam-se: “*Organização do processo de trabalho no NASF*” (região CO e NE); “*Situações de conflitos sociais como a violência, uso de álcool e outras drogas*” (região N e SE); e “*Saúde mental*” (região S). Podemos perceber nítida diferença entre as regiões do país no quesito de educação/formação dos profissionais, onde há uma discrepância da região Norte em relação às demais.

Ceccim e Feuerwerker (2004) sustentam que os processos de qualificação na área da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A articulação de educação e saúde está pautada tanto nas ações dos serviços de saúde, quanto de gestão e de instituições formadoras. Para a sua concretização, é necessário realizar propostas de Educação Permanente em Saúde com profissionais dos serviços, professores e profissionais das instituições de ensino a fim de que sejam incorporadas novas mudanças na estrutura do trabalho e do ensino (MICCAS; BATISTA, 2014).

Tabela 5 - Organização do apoio matricial às EAB

Variáveis	Alternativas	CO	NE	N	SE	S
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Período semanal ou quinzenal para reunião interna da equipe NASF	Sim	97 (82,9)	727 (88,6)	94 (74,6)	448 (86,2)	113 (70,4)
	Atuação do NASF em horário coincidente com o das equipes de AB/SF	114 (97,4)	814 (99,1)	125 (99,2)	515 (99,0)	189 (100,0)
Periodicidade das atividades/encontros com as equipes apoiadas	Semanal	48 (41,0)	258 (31,4)	30 (23,8)	224 (43,1)	71 (37,6)
	Sem periodicidade definida	15 (12,8)	123 (15,0)	36 (28,6)	390 (76,0)	32 (16,9)
	Mensal	9 (7,7)	174 (21,2)	25 (19,8)	109 (21,0)	22 (11,6)
	A periodicidade é diferente entre cada uma das equipes apoiadas	26 (22,2)	130 (15,8)	10 (7,9)	53 (10,2)	26 (13,8)

	Diariamente	15 (12,8)	82 (10,0)	17 (13,5)	56 (10,8)	16 (8,5)
	Quinzenal	4 (3,4)	54 (6,6)	8 (6,3)	39 (7,5)	22 (11,6)
Atividades realizadas nos encontros entre o NASF e as equipes apoiadas?	Discussão de casos que poderão gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção	107 (91,5)	760 (92,6)	110 (87,3)	497 (95,6)	180 (95,2)
	Realizam visitas com os profissionais da sua equipe	106 (90,6)	768 (93,5)	110 (87,3)	484 (93,1)	177 (93,7)
	Discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores	107 (91,5)	705 (85,9)	96 (76,2)	488 (93,8)	178 (94,2)
	Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe	99 (84,6)	718 (87,5)	96 (76,2)	461 (88,7)	159 (84,1)
	Articulação, junto às equipes de Atenção Básica, de ações com outros pontos da rede de saúde e intersetorial	96 (82,1)	700 (85,3)	90 (71,4)	465 (89,4)	159 (84,1)
	Consultas compartilhadas com os profissionais da Equipe de Atenção Básica	90 (76,9)	699 (85,1)	95 (75,4)	444 (85,4)	153 (81,0)
	Discussões sobre o processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica e também do próprio apoio do NASF à equipe	98 (83,8)	688 (83,8)	94 (74,6)	451 (86,7)	150 (79,4)
	Consultas individuais do profissional do NASF	82 (70,1)	689 (83,9)	104 (82,5)	416 (80,0)	139 (73,5)
	Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional	81 (69,2)	669 (81,5)	80 (63,5)	436 (83,8)	147 (77,8)
	Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da Equipe de Atenção Básica	92 (78,6)	633 (77,1)	85 (67,5)	421 (81)	148 (78,3)
	Construção conjunta com os profissionais da Equipe de Atenção Básica de projetos terapêuticos	83 (70,9)	544 (66,3)	77 (61,1)	443 (85,2)	134 (70,9)
	Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada	62 (53,0)	509 (62,0)	64 (50,8)	363 (69,8)	101 (53,4)
	Formas da equipe de saúde compartilhar com o NASF os casos que necessitam de apoio	Discussão de casos	57 (48,7)	391 (47,6)	50 (39,7)	371 (71,3)
Encaminhamentos por escrito		43 (36,8)	412 (50,2)	59 (46,8)	251 (48,3)	101 (53,4)
Consultas compartilhadas		46 (39,3)	355 (43,2)	44 (34,9)	297 (57,1)	100 (52,9)
Contato telefônico		58 (49,6)	373 (45,4)	48 (38,1)	255 (49,0)	106 (56,1)
Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF		41 (35,0)	353 (43,0)	50 (39,7)	199 (38,3)	83 (43,9)

Outros	19 (16,2)	159 (19,4)	14 (11,1)	87 (16,7)	45 (23,8)
--------	--------------	---------------	--------------	--------------	--------------

A Tabela 5 também está relacionada ao segundo objetivo específico: *Descrever a relação entre o NASF e as equipes de saúde da família*. Em todas as regiões, a frequência de profissionais do NASF que realizam reuniões internas da sua equipe semanalmente ou quinzenalmente variou de 70,4% - 88,6%. Os dados apontam que praticamente 100% das equipes NASF atuam no mesmo horário das eSF, o que colabora para a execução de um trabalho em conjunto. Nascimento e Oliveira (2010) expõem que a habilidade de trabalhar em equipe é essencial para o desenvolvimento do trabalho no NASF, articulando saberes através de uma interação comunicativa e horizontal, com vistas à interdisciplinaridade.

Quanto à periodicidade dos encontros com as equipes apoiadas, a organização ocorreu da seguinte forma: *semanal* (região CO, NE e S), com variabilidade de 31,4% - 41,0%; *sem periodicidade definida* (região N e SE), com variabilidade de 28,6% - 76,0%. Nesses encontros, as atividades que mais se destacaram foram: *“Discussão de casos que poderão gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção”* (região CO, N, SE e S), com variabilidade de 87,3% - 95,6%; e *“Visitas com os profissionais da sua equipe”* (região NE e N), com variabilidade de 87,3% - 93,5%. Tais atividades estão diretamente relacionadas ao fortalecimento da AB e aumento da sua resolubilidade, trazendo respostas para as necessidades dos usuários. No estudo de Almeida, Marin e Casotti (2017), a existência do apoio matricial foi citada por quase todos os entrevistados como uma estratégia para qualificação das equipes, principalmente para a resolução de casos complexos. Por outro lado, as discussões sobre *“Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada”* variou de 50,8% - 69,8%.

As eSF costumam compartilhar com o NASF os casos que necessitem de apoio através da *discussão de casos* (região SE e S), com variabilidade de 60,3% - 71,3%; *encaminhamento por escrito* (região NE e N), com variabilidade de 46,8% - 50,2% ou contato telefônico (região CO), com 49,6%. O diálogo entre os profissionais da rede através de ferramentas de comunicação contribui para uma resposta mais rápida e efetiva no cuidado ao usuário, aumentando a resolutividade e evitando encaminhamentos desnecessários (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

Tabela 6 - Gestão da demanda e da atenção compartilhada

Variáveis	Alternativas	CO	NE	N	SE	S
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Indicadores utilizados para avaliar o impacto/resultado das ações do NASF nas equipes apoiadas	Análise das situações de saúde dos casos compartilhados	70 (59,8)	529 (64,4)	58 (46,0)	345 (66,3)	118 (62,4)
	Análise dos indicadores de saúde da população do território	51 (43,6)	453 (55,2)	44 (34,9)	248 (47,7)	76 (40,2)
	Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF	46 (39,3)	400 (48,7)	47 (37,3)	238 (45,8)	70 (37,0)
	Análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada	39 (33,3)	320 (39,0)	41 (32,5)	233 (44,8)	72 (38,1)
	Outros	29 (24,8)	174 (21,2)	32 (25,4)	106 (20,4)	31 (16,4)
	Não avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas	30 (25,6)	152 (18,5)	33 (26,2)	82 (15,8)	46 (24,3)

A Tabela 6 está de acordo com o quarto objetivo específico: *Verificar a avaliação do trabalho do NASF nas equipes de saúde da família*. Os indicadores mais apontados em todas as regiões para avaliar o impacto das ações do NASF nas equipes apoiadas foram: “*Análise das situações de saúde dos casos compartilhados*”, com variação de 46,0% (região N) - 66,3% (região SE); e “*Análise dos indicadores de saúde da população do território*”, com variação de 34,9% (região N) - 55,2% (região NE).

Rodriguez, Leão e Souza (2014) constataram em nível local (Distrito Federal), que ainda não existe uma sistematização nas formas de monitoramento e avaliação da equipe NASF. Os registros das ações são feitos em fichas criadas com a finalidade de avaliação das equipes de ESF e baseadas em indicadores de produtividade. Porém, por insuficiência de registros, essas informações acabam não sendo utilizadas como ferramenta de gestão em nenhum dos três níveis (regional, distrital e federal).

Uma análise realizada na Paraíba aponta a satisfação das eSF com relação aos atendimentos às suas demandas pelo NASF. No entanto, esse resultado parece estar mais relacionado com a capacidade dos profissionais do NASF em diminuir a pressão assistencial ofertando serviços especializados do que pela realização do apoio matricial com discussões de casos e desenvolvimento de ações conjuntas e articuladas (Silva et al., 2017). Esse estudo evidencia a falta de compreensão sobre o papel do NASF por parte das equipes apoiadas e também as suas expectativas com relação ao apoio em “desafogar” a demanda assistencial já existente, o que acaba afastando o propósito do NASF.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o primeiro objetivo específico *Caracterizar as equipes e os planejamentos dos NASF*, podemos afirmar que, com a criação do NASF houve uma abertura de mercado de trabalho para profissionais de diversas áreas da saúde, no sentido interprofissional. Hoje, esse perfil profissional representa uma grande parcela de trabalhadores do SUS e alguns estudos já indicam que o seu crescimento é maior do que áreas tradicionais como a Enfermagem e Medicina. O resultado encontrado em ordem decrescente de representatividade dos profissionais atuantes no NASF é: Fisioterapeuta, Profissional de Educação Física, Médico Veterinário, Assistente Social, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Sanitarista, Arte Educador, Terapeuta Ocupacional e Psicólogo. Tal diversificação na inserção de trabalhadores de novas categorias profissionais contribui para a valorização da visão da saúde ampliada, entendendo que cada saber técnico se complementa e não precisa ser médica-centrada. Referindo-se aos médicos, as maiores especialidades encontradas são aquelas ligadas a redes prioritárias do Ministério da Saúde, como a Rede Cegonha.

Foi demonstrado um índice que varia entre 69,1% - 81,7% nas diferentes regiões do país para a existência de um momento de articulação e planejamento em conjunto entre o NASF e a eSF, o que é essencial para o desenvolvimento do trabalho. Por outro lado, a literatura demonstra exatamente o contrário, que na prática há pouco compartilhamento de saberes e abertura para esses momentos, justificado pela forma de organização do processo de trabalho ou pela resistência dos próprios profissionais envolvidos. Dentre os temas discutidos nessas atividades, destacaram-se a *pactuação das atividades a serem desenvolvidas* (região CO, NE, SE e S) e a *definição de funções e atribuições entre as equipes* (região N).

Considerando o segundo objetivo específico *Descrever a relação entre o NASF e as equipes de Saúde da Família* conclui-se que a principal forma de contato das eSF com o NASF parece ser realizada em dias programados de atividades presenciais ou através do telefone, enquanto que a utilização de e-mail ainda é pouco usual. A equipe NASF é itinerante, muitas vezes responsável pelo apoio em mais de um local, o que pode prejudicar a interação entre os profissionais, se não houver um agendamento prévio para a realização de atividades compartilhadas. Por outro lado, foi observado que praticamente 100% das equipes NASF atuam no mesmo horário das eSF, o que colabora para a execução de um trabalho em conjunto.

Os profissionais afirmaram que conhecem o cronograma/agenda de atividades do NASF com a sua equipe de saúde, fato que reitera a integração de ambas no desenvolvimento do trabalho (inclusive no planejamento). A maioria dos encontros entre as duas equipes ocorreu com a periodicidade semanal, o que é positivo para o fortalecimento de vínculos e para a criação de espaços de discussões e (re) alinhamentos das atividades que foram programadas em tempo hábil.

As atividades descritas nas diretrizes do NASF como o modo de organização do processo de trabalho (construção de Projetos terapêuticos singulares e Consultas compartilhadas) não estão relacionadas entre as mais executadas em cenário nacional, pelo contrário e ocupam posições muito aquém do esperado. Por outro lado, as consultas individuais, que não são consideradas uma ação prioritária do NASF, ocupam a segunda posição no *ranking*, atrás apenas das visitas domiciliares. Tais resultados levam a crer que a proposta de apoio matricial do NASF está sendo “desviada” na prática, muitas vezes caindo na lógica assistencial dos serviços de saúde.

Para os profissionais do NASF, as atividades que mais se destacaram foram a “*Discussão de casos que poderão gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção*” e “*Visitas com os profissionais da sua equipe*”, ambas estão diretamente relacionadas ao fortalecimento da AB e aumento da sua resolubilidade. Por outro lado, as discussões sobre “*Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada*” apresentaram resultado pouco expressivo na rotina de muitas equipes.

O país vive uma transição demográfica e epidemiológica, que acaba refletindo nas ações que são oferecidas e também na faixa etária prioritária. Quanto ao público-alvo atendido, os adultos e idosos são os mais citados, destacando-se atividades voltadas para a atenção nutricional (região CO, NE e N) e atenção às pessoas com doenças crônicas (SE e S).

Considerando o terceiro objetivo específico *Identificar a formação oferecida aos profissionais do NASF*, a região Norte apresentou os menores valores no quesito formação (tanto no início do trabalho, quanto em educação permanente), se comparada às demais regiões. Além disso, chamamos a atenção para a formação inicial voltada somente para alguns profissionais do NASF, o que pode ser prejudicial para a execução do trabalho em equipe.

Por fim, sobre o último objetivo específico de *Verificar a avaliação do trabalho do NASF nas equipes de Saúde da Família* concluímos que o processo de monitoramento e avaliação desses resultados não se traduz numa prática realizada em

serviço, e quando existe não está organizada de forma a contribuir como uma ferramenta para a tomada de decisões. Os principais indicadores utilizados para avaliar o impacto/resultado das ações do NASF nas equipes apoiadas referem-se à “*Análise das situações de saúde dos casos compartilhados*” e “*Análise dos indicadores de saúde da população do território*”.

O estudo atingiu o objetivo principal de analisar a organização e a prática profissional dos NASF no Brasil, trazendo um panorama nacional sobre sua configuração e articulação com as eSF. Esse conhecimento é importante tanto para os profissionais das equipes, quanto para os gestores reconhecerem os pontos positivos e negativos do trabalho no NASF e elaborarem estratégias para o seu fortalecimento.

O estudo parece sinalizar um descompasso entre as diretrizes que norteiam o NASF e a realidade que encontramos na prática. Muitas vezes, a função de apoio do NASF cede espaço para a função de “executor” de tarefas na lógica da produtividade para suprir as demandas da equipe de saúde apoiada. É necessário investir em formação para todos os trabalhadores do SUS e estimular os espaços de trocas compartilhadas. Processos avaliativos do serviço devem ocorrer de forma sistemática, fornecendo indicadores para nortear o planejamento e a execução das ações. A utilização do banco de dados gerado pelo PMAQ-AB para a compreensão de outras questões que não foram contempladas integralmente nesse estudo, pode contribuir para debates conceituais e práticos nesse contexto.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 373-398, mai./ago. 2017.
- AMTHAUER, C.; FALK, J. W. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 1, p. 99-105, jan./mar. 2017.
- ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out./dez. 2013.
- AZEVEDO, D. M.; GONDIM M. C. S. M.; SILVA, D. S. Apoio Matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3311-3322, 2013.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 15-24, jan./mar. 2004.
- BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. S. M.; LIMA, J. V. C. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 133-143.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrina e princípios**. Brasília, 1990. 10p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em saúde:** caminhos da institucionalização. Brasília, 2005. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília, 2009. 160 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF.** Brasília, 2010. 86 p. (Série C. Projetos Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria - Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil.** Brasília, 2011. 36 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília, 2011b. 66p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF.** Brasília, 2013. 38 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.** Núcleos de Apoio à Saúde da Família - AMAQ - NASF. Brasília, 2013b. 66 p.

_____. 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.** Brasília, 2014. 110 p. (Caderno de Atenção Básica n. 39).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Brasília, 2015. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da certificação das equipes de Atenção Básica participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014.** Brasília, 2015b. 111 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota metodológica da certificação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família 2013–2014.** Brasília, 2015c. 47 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria - Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde.** Brasília, 2018. 180 p.

BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências.** 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

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

CANÔNICO, R. P.; BRÊTAS, A. C. P. Significado do programa vivência e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área de saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 256-261, 2008.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, M. J.; CARVALHO, Y. M. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p 137-170.

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

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016.

CAVALCANTI, P. C. S.; SOUSA, M. F. Uma narrativa sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Org.). **Atenção Básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 17-47.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

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

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

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.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53. Disponível em: <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>>. Acesso em: 18 de agosto de 2017.

DELZIOVO, C. R.; PEDEBÔS, L. A.; MORETTI-PIRES, R. O. **Clínica ampliada [Recurso eletrônico]**. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 42 p. Disponível em:

<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1088>>. Acesso em: 5 de junho de 2017.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em unidade de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

FARIAS-SANTOS, B. C. S.; NORO, L. R. A. PET-SAÚDE como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 997-1004, 2017.

GIL, C. R. R. et al. Avaliação em Saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. Capítulo 6, p. 125-131.

GIOVANELLA, M. H; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 93 p.

GOMES, L. B; MERHY, E. E. Uma análise política do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Org.). **Atenção Básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 49 – 73.

GONÇALVES, R. M. A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014.

MACEDO, M. A. V et al. Análise do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em município do nordeste brasileiro. **Rev. Gerenc. Polít. Salud**, Bogotá (Colômbia), v. 15, n. 30, p. 194-211, jan./jun. 2016.

MAGALHÃES, F. C. **Avaliação do processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Campina Grande – PB**. 2011. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 2, p. 2297-2305, 2010.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MIRA, Q. L. M.; BARRETO, R. M. A.; VASCONCELOS, M. I. O. Impacto do PET-SAÚDE na formação profissional: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 514-531, abr./jun. 2016.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, mai./jun. 2016.

MORETTI, P. G. S.; FEDOSSE, E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à Atenção Básica. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 241-247, 2016.

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

PAIM et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2017.

PASQUIM, H. M.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão narrativa sobre o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 9 ,n. 2, p. 34-44, 2013.

PATROCÍNIO, S. S. S. M.; MACHADO, C. V.; FAUSTO, M. C. R. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 105-119, dez 2015.

PIANCASTELLI, C. H. **Estratégia Saúde da Família diante da qualificação do acesso e cuidado: desvelando cenários e revelando encontros e desencontros**. 2015. 335 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, out 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

REIS, M. L. et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.

RIBEIRO, M. D. A. et al. Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 224-231, 2014.

RODRIGUEZ, M. R.; LEÃO, M. A.; SOUZA, N. K. T. Monitoramento e supervisão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma região administrativa do Distrito Federal utilizando-se análise de entrevistas. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 38-44, jan./mar. 2014.

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SAMPAIO, J. et al. Núcleo de apoio à saúde da família: refletindo sobre as acepções emergentes da prática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 47-54, 2013.

SAMPAIO, J. et al. Processos de trabalho dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família junto a Atenção Básica: implicações para a articulação de redes territoriais de cuidados em saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 41-48, 2015.

SANTANA, J. S. et al. Núcleo de apoio a saúde da família: atuação da equipe junto à Estratégia Saúde da Família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2362-2371, abr./jun. 2015.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./jun. 2012.

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma análise na perspectiva do sistema único de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, jan./dez. 2016.

SHIMIZU, H. E.; FRAGELLI, T. B. O. Competências profissionais essenciais para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 1, p. 216-225, 2016.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, I. C. B. et al. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-10, jan./dez. 2017.

SCLiar, M. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726p.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. (Org.). **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. p. 129-167. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-07.pdf>>. Acesso em: 6 de junho de 2017.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, M. J.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 559-590.

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

WESTPHAL, M. F. Capítulo 9: Promoção da Saúde e a Qualidade de Vida. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G (Org.). **Saúde Pública: Bases Conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 149-163.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M; DRUMOND, M. J.; CARVALHO, Y. M. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 681-717.

APÊNDICE A - Variáveis do estudo referentes ao Módulo II

Domínio	Pergunta	Variável
1. Adequação da composição das equipes às necessidades do território	1.1 O gestor municipal debateu com sua equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF? - Sim - Não - Não se aplica	Debate do gestor municipal com a equipe de saúde sobre a composição do NASF
	1.2 Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe? - Arte Educador (formação em arte e educação) - Assistente social - Farmacêutico - Fisioterapeuta - Fonoaudiólogo - Médico pediatra - Médico psiquiatra - Médico Acupunturista - Médico Homeopata - Médico Ginecologista/Obstetra - Médico Geriatra - Médico Internista (Clínica Médica) - Médico do Trabalho - Médico Veterinário - Nutricionista - Profissional de educação física - Psicólogo - Sanitarista - Terapeuta Ocupacional	Profissionais do NASF que apoiam a eSF Profissionais médicos do NASF que apoiam a eSF
	1.3 Você considera que a atuação do NASF está de acordo com quais aspectos: - Necessidade/demandas da sua equipe - Realidade epidemiológica e social deste território - Demandas diretas dos usuários - Outros.	Justificativa para atuação do NASF
	1.4 Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas? - Sim - Não - Não se aplica - Não sabe/não respondeu	Articulação/planejamento de ações conjuntas
	1.5 Indique o que foi discutido neste planejamento: - Pactuação das atividades a serem desenvolvidas - Definição de funções e atribuições entre as equipes - Definição de objetivos, metas e resultados da atuação do NASF - Organização de critérios e fluxos para apoio do NASF - Organização de critérios e fluxos para	Temas de discussão no planejamento

	encaminhamento de usuários a outros serviços/pontos de atenção - Outros	
2. Acesso das Equipes ao NASF	2.1 Como é feito o contato da sua equipe com o NASF? - Em dias programados de atividades presenciais - Por e-mail - Por telefone - Diretamente, a qualquer momento na própria UBS - Mensagem de texto no celular - Outro	Contato da equipe de saúde com o NASF
	2.2 Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe? - Sim - Não - Não se aplica	Conhecimento do cronograma/agenda de atividades do NASF com a equipe de saúde
	2.3 Qual a periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com sua equipe? - Semanal - Quinzenal - Mensal - Sem periodicidade definida	Periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com a equipe de saúde
3. Articulação das Ações de Apoio Técnico-Pedagógico e Clínico-Assistencial	3.1 Dentre as seguintes ações, quais acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF? - Consultas compartilhadas - Consultas individuais do profissional do NASF - Planejamento e avaliação de ações - Grupos terapêuticos ou de educação em saúde - Visitas domiciliares - Intervenções na comunidade - Discussão de casos e construção de planos terapêuticos (projetos terapêuticos singulares) - Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas - Organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do NASF - Discussão de temas / ações de educação permanente - Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional - Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada - Apoio à organização do processo de trabalho da equipe	Ações realizadas entre equipe de saúde e NASF

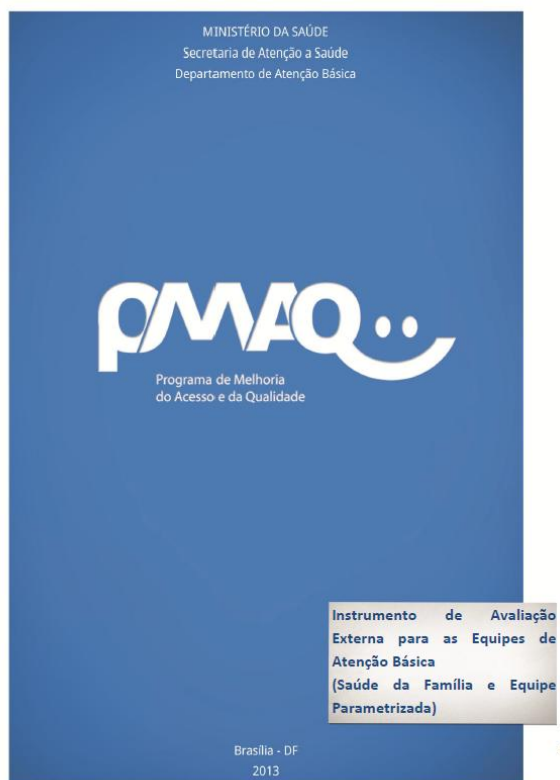
	3.2 Os profissionais do NASF realizam ações com pessoas das seguintes faixas etárias? <ul style="list-style-type: none">- Crianças- Adolescentes- Adultos- Idosos	Perfil etário que os profissionais do NASF realizam ações
	3.3 Dentre as áreas listadas, indique aquelas nas quais o NASF desenvolve atividades com a sua equipe <ul style="list-style-type: none">- Saúde mental- Atenção materno-infantil- Atenção às pessoas com doenças crônicas- Atenção às pessoas com deficiências e Reabilitação- Atenção nutricional- Assistência farmacêutica- Práticas Integrativas e Complementares- Saúde do Trabalhador- Apoio à organização do processo de trabalho da equipe- Outras	Atividades desenvolvidas pelo NASF e a equipe de saúde

APÊNDICE B - Variáveis do estudo referentes ao Módulo IV

Domínio	Pergunta	Variável
1. Educação Permanente	1.1 Foi oferecida alguma formação específica para o NASF quando este iniciou o trabalho? - Sim, para todos os profissionais - Sim, para alguns profissionais - Não	Formação específica para o NASF no início do trabalho
	1.2 Que tipo de formação é/foi oferecido (a)? - Curso "introductório" - Oficina de capacitação - Reunião informativa - Outro(s)	Tipo de formação oferecido (a)
	1.3 É oferecida educação permanente para os profissionais do NASF? - Sim, para todos os profissionais - Sim, para alguns profissionais - Não	Educação permanente para os profissionais do NASF
	1.4 Quais os temas das atividades de educação permanente? - Princípios e diretrizes da Atenção Básica - Organização do processo de trabalho da Atenção Básica - Organização do processo de trabalho do NASF - Discussão de casos complexos e/ou Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) - Metodologias de trabalho com grupos - Ações de vigilância no território - Condições/Doenças crônicas - Saúde mental - Saúde da mulher - Saúde da criança - Reabilitação/ Saúde da Pessoa com Deficiência - Situações de conflitos sociais (violência, uso de álcool e outras drogas, etc.) - Outro(s)	Temas das atividades de educação permanente
2. Organização do apoio matricial às EAB	2.1 Os profissionais do NASF dedicam um período semanal ou quinzenal para reunião interna da equipe NASF? - Sim - Não	Período semanal ou quinzenal para reunião interna da equipe NASF
	2.2 O NASF atua em horário coincidente com o horário das equipes de AB/SF? - Sim - Não	Atuação do NASF em horário coincidente com o das equipes de AB/SF
	2.3 Com qual periodicidade o NASF realiza atividades/encontros com as equipes apoiadas? - Diariamente - Semanal - Quinzenal	Periodicidade das atividades/encontros com as equipes apoiadas

	<ul style="list-style-type: none"> - Mensal - Sem periodicidade definida - A periodicidade é diferente entre cada uma das equipes apoiadas 	
	<p>2.4 Quais atividades são realizadas nestes encontros entre a sua equipe e as equipes apoiadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultas individuais do profissional do NASF - Consultas compartilhadas com os profissionais da Equipe de Atenção Básica - Discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores - Discussão de casos que poderão gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção - Construção conjunta com os profissionais da Equipe de Atenção Básica de projetos terapêuticos - Articulação, junto às equipes de Atenção Básica, de ações com outros pontos da rede de saúde e intersetorial - Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da Equipe de Atenção Básica - Discussões sobre o processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica e também do próprio apoio do NASF à equipe - Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe - Realizam visitas com os profissionais da sua equipe - Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional - Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada 	<p>Atividades realizadas nos encontros entre o NASF e as equipes apoiadas</p>
	<p>2.5 Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da equipe AB compartilhar o caso com o NASF?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhamentos por escrito - Discussão de casos - Consultas compartilhadas - Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF - Contato telefônico - Outros 	<p>Formas da equipe de saúde compartilhar com o NASF os casos que necessitam de apoio</p>

3. Gestão da demanda e da atenção compartilhada	3.1 O NASF avalia o impacto/resultados de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/sinalizadores? <ul style="list-style-type: none">- Análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada- Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF- Análise dos indicadores de saúde da população do território- Análise das situações de saúde dos casos compartilhados- Outros- Não avalia o impacto/resultados de suas ações nas equipes apoiadas.	Indicadores utilizados para avaliar o impacto/resultados das ações do NASF nas equipes apoiadas
--	--	--

ANEXO A – Capa dos instrumentos de Avaliação Externa

**ANEXO B - Instrumento de avaliação externa das Equipes de Saúde da Família,
AB Parametrizada e Saúde Bucal (ESB e SB Parametrizada)**

Módulo	Subdimensão	Número de Padrões de qualidade
Módulo I	I.1 - Identificação Geral	-
	I.2 - Identificação da Unidade de Saúde	-
	I.3 - Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica	6
	I.4 - Sinalização Externa da Unidade de Saúde- Fotos	4
	I.5 - Acessibilidade na Unidade de Saúde	1
	I.6 - Veículo na Unidade de Saúde	3
	I.7 - Identificação Visual e Sinalização das Ações e Serviços	2
	I.8 - Horário de Funcionamento da Unidade de Saúde	6
	I.9 - Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde	8
	I.10 - Características estruturais e ambiência da unidade de saúde	90
	I.11 - Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde	14
	I.12 - Equipamentos e Materiais	38
	I.13 - Material Impresso para Atenção à Saúde	4
	I.14 - Imunobiológicos na Unidade de Saúde	14
	I.15 - Testes Diagnósticos na Unidade de Saúde	5
	I.16 - Insumos para Atenção à Saúde	23
	I.17 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares	5
	I.18 - Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	254

	II.1 - Identificação Geral	-
	II.2 - Identificação da Unidade de Saúde	-
	II.3 Informações sobre o Entrevistado	5
	II.4 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção básica	32
Módulo II	II.5 Vínculo	3
	II.6 Plano de Carreira	5
	II.7 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	12
	II.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	18
	II.9 Apoio Institucional e Apoio Matricial	7
	II.10 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	8
	II.11 Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde	4
	II.12 Acolhimento à Demanda Espontânea	21
	II.13 Organização da agenda	6
	II.14 Atenção à Saúde	8
	II.15 Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde	2
	II.16 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos	3
	II.17 Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe	2
	II.18 Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério	9
	II.19 Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida	8
	II.20 Atenção à Pessoa com Obesidade	3
	II.21 Atenção à Pessoa com Tuberculose	10
	II.22 Atenção à Pessoa com Hanseníase	6
	II.23 Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico	10
	II.24 Atenção à Pessoa com Deficiência	3
	II.25 Práticas Integrativas e Complementares	5
	II.26 Promoção da Saúde	2
	II.27 Programa Bolsa-Família	2
	II.28 Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	8
	II.29 Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	6
	II.30 Atividades nas Escolas	6
	II.31 População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	7
	II.32 Atenção à Pessoa Tabagista	4
	II.33 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	23

Módulo III	III.1 - Identificação Geral	-
	III.2 - Identificação da Unidade de Saúde	-
	III.3 - Identificação do Usuário	6
	III.4 - Bolsa Família	4
	III.5 - Acesso aos Serviços de Saúde	8
	III.6 - Marcação de Consulta na Unidade de Saúde	4
	III.7 - Acolhimento à Demanda Espontânea	9
	III.8 - Atenção Integral à Saúde	9
	III.9 - Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	10
	III.10 - Coordenação do Cuidado	2
	III.11 - Visita Domiciliar	2
	III.12 - Saúde da Mulher	13
	III.13 - Gravidez e Pré-natal	29
	III.14 - Acolhimento Específico à Gestante	6
	III.15 - Atenção ao Pós-parto	12
	III.16 - Saúde da Criança	2
	III.17 - Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança	14
	III.18 - Amamentação/Alimentação da Criança	2
	III.19 - Problemas de Saúde da Criança	6
	III.20 - Hipertensão Arterial Sistêmica	6
	III.21 - Diabetes Mellitus	6
	III.22 - Satisfação do Usuário	2
	III.23 - Satisfação com o Cuidado	12
	III.24 - Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários	4

ANEXO C - Instrumento de Avaliação Externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF

Módulo	Subdimensão	Número de Padrões de qualidade
Módulo I	NII.1 - Identificação Geral	-
	NII.2 - Identificação da Unidade de Saúde	-
	NII.3 Termos de Compromisso e Ata de Reunião	2
	NII.4 Estrutura Física	4
	NII.5 Organização da Gestão e Coordenação do NASF	3
	NII.6 Educação Permanente	6
	NII.7 Planejamento das ações do NASF	11
	NII.8 Organização da agenda	4
	NII.9 Organização do apoio matricial às EAB	6
	NII.10 Gestão da demanda e da atenção compartilhada	2
	NII.11 Registro de atividades	3
	ÁREAS ESPECÍFICAS - COMPONENTE COMUM	-
	NII.12 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	6
	NII.13 Reabilitação	4
	NII.14 Atenção à Saúde Materno-Infantil	8
	NII.15 Atenção à Saúde Mental	4
	NII.16 ÁREAS ESPECÍFICAS - COMPONENTE SINGULAR	1
	NII.17 Práticas Integrativas e Complementares	5
	NII.18 Assistência Farmacêutica	6
	NII.19 Atenção Nutricional	8
	NII.20 Saúde do Trabalhador	4
NII.21 Apoio à Organização do Processo de Trabalho das Equipes	4	
Módulo II	II.33 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	-
	Adequação da composição das equipes às necessidades do território	7
	Acesso das Equipes ao NASF	11
	Articulação das Ações de Apoio Técnico-Pedagógico e Clínico-Assistencial	3
	Resolutividade da AB a partir do trabalho do NASF	2