



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA

DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES NASF: análise dos
indicadores do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ**

Reíza Stéfany de Araújo e Lima

João Pessoa

2016

REÍZA STÉFANY DE ARAÚJO E LIMA

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES NASF: análise dos
indicadores do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado - do Centro de Ciências Exatas e da Natureza, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelo em Saúde

Orientadores:

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento,

Profª. Drª. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro,

Profª. Drª. Juliana Sampaio.

João Pessoa

2016

L732a Lima, Reiza Stéfany de Araújo e.
 Avaliação do processo de trabalho das equipes NASF:
 análise dos indicadores do 2º ciclo de avaliação externa do
 PMAQ / Reiza Stéfany de Araújo e Lima.- João Pessoa, 2016.
 94f. : il.
 Orientadores: João Agnaldo do Nascimento, Kátia Suely
 Queiroz Silva Ribeiro, Juliana Sampaio
 Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN
 1. Saúde pública. 2. Saúde da família. 3. Avaliação em
 saúde. 4. Atenção à saúde. 5. Equipes NASF - atuação.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

REÍZA STÉFANY DE ARAÚJO E LIMA

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES NASF: análise dos
indicadores do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ**

João Pessoa, 16 de dezembro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Orientador (UFPB)

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Co-Orientadora (UFPB)

Profa. Dra. Juliana Sampaio
Co-Orientadora (UFPB)

Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coêlho
Membro Interno (UFPB)

Profa. Dra. Claudia Helena Soares de Moraes Freitas
Membro Externo (UFPB)

“Ao homem pertencem os planos do coração,

mas do Senhor vem a resposta da língua.

Todos os caminhos do homem lhe parecem puros,

mas o Senhor avalia o espírito.

Consagre ao Senhor tudo o que você faz,

e os seus planos serão bem-sucedidos.”

Provérbios 16:1-3

Dedico este trabalho aos meus pais, Ziufram e Enilda, ao meu marido, Guilherme, e ao meu irmão, Ryan, por terem sido o meu suporte durante todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A DEUS,

Por ter me permitido vivenciar essa experiência do Mestrado e por ter me fortalecido em todo o tempo.

AOS MEUS PAIS (ZIUFRAM E ENILDA),

Por sempre acreditarem no meu potencial e não medir esforços para proporcionar o melhor para mim.

AO MEU ESPOSO (GUILHERME),

Por ter sido fundamental durante todo esse processo. Com muito amor e paciência sempre me acompanhando e me estimulando a perseverar.

AO MEU IRMÃO (RYAN),

Por sempre me dar um suporte e me ajudar nos momentos que mais preciso.

AOS MEUS ORIENTADORES (PROF. JOÃO AGNALDO, PROF^a KATIA SUELY E PROF^a JULIANA SAMPAIO),

Por cada minuto que foi dedicado a mim nesse período de construção de mais uma etapa da minha vida profissional. Sou muito grata pela paciência e compreensão que todos tiveram comigo por conta das minhas limitações em virtude da gestação. Muito obrigada pela confiança que me foi depositada. Vocês foram fundamentais para a aquisição dessa conquista.

À MINHA BANCA EXAMINADORA,

Além dos meus orientadores, agradeço demais ao Professor HemílioCoêlho pelo carinho e atenção dedicados a essa pesquisa e também à Professora Claudia Helena por ter aceitado o convite em compor a banca e contribuir com seus conhecimentos.

AOS AMIGOS MAIS CHEGADOS QUE IRMÃOS,

Obrigada Nuno Moreira e Luciana Moura por sempre estarem dispostos a me ajudar. Obrigada também a todos os meus amigos da minha família Anglicana Comunhão por todo o tempo de apoio e orações durante esse processo.

AOS PESQUISADORES DO LABORATÓRIO DE ENSINO E PRÁTICA EM SAÚDE COLETIVA (LEPASC),

Por me permitirem fazer parte desse grupo e ampliar meus conhecimentos em Saúde Coletiva, em especial os professores Katia Suely Ribeiro, Robson da Fonseca Neves e Geraldo Eduardo Guedes de Brito.

AOS PESQUISADORES DO GRUPO DE PESQUISA DO PMAQ DA UFPB,

Por me aceitarem no grupo e terem dado um grande suporte na construção dessa pesquisa, bem como na experiência com outras linhas de pesquisa relacionadas ao PMAQ, em especial à Professora Juliana Sampaio.

RESUMO

A organização do processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem como foco o território sob sua responsabilidade. Sua estrutura deve priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas. O objetivo desta pesquisa é caracterizar o processo de trabalho das Equipes NASF (EqNASF) dos municípios da região Nordeste classificados no Estrato 6 a partir dos indicadores do 2º Ciclo de avaliação externa do PMAQ-NASF. Trata-se de um estudo descritivo de recorte transversal, com abordagem quantitativa, realizado a partir dos dados do Módulo IV do PMAQ. Foram selecionados 9 municípios com um total de 57 EqNASF. As subdimensões foram convertidas em escores e transformadas em indicadores percentuais. Realizou-se uma classificação em três categorias: A (indicador acima de 75%) para condição satisfatória; B (indicador entre 25% e 75%) para condição moderada; e C (indicador abaixo de 25%) para condição insatisfatória. Das EqNASF avaliadas, 70,17% estão atuando em condições moderadas, 28,07% estão com condições satisfatórias e apenas 1,75% se enquadrou na classificação C. As subdimensões Organização da Gestão e Coordenação do NASF, Registro de Atividades e Organização do Apoio Matricial às eAB obtiveram os maiores percentuais de EqNASF com classificação A (73,68%, 70,17% e 54,38%, respectivamente). Os resultados obtidos apontam carência no recebimento de educação permanente e a existência de EqNASF deficientes no monitoramento e análise dos indicadores do seu processo de trabalho, bem como não avaliam os resultados de suas ações nas equipes apoiadas e não monitoram as solicitações de apoio das mesmas. Destacam-se como atividades bem avaliadas a organização da agenda, a ocorrência de encontros semanais das EqNASF com suas equipes apoiadas e o registro de atividades em prontuários comuns das eAB. Além disso, foi possível constatar as EqNASF com condições insatisfatórias em cada subdimensão. As médias gerais dos municípios demonstraram que oito dos nove municípios estudados estão com o processo de trabalho de suas EqNASF atuando em nível moderado. Observaram-se discrepâncias nas pontuações obtidas pelas EqNASF pertencentes a um mesmo município. Desta forma, essa diversidade no processo de trabalho, pode estar relacionada não só com as necessidades específicas de cada UBS, como também ao tipo de apoio que é ofertado pela gestão para essas equipes. Espera-se que esses achados possam estimular os gestores e os profissionais do NASF a buscarem um aprimoramento da atuação das EqNASF nos serviços da AB para beneficiar e aperfeiçoar o funcionamento de toda a rede de saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Atenção à Saúde; Atuação.

ABSTRACT

The organization of the working process in the Family Health Support Nucleus (NASF) has as its focus the territory under its responsibility. Its structure must prioritize here and interdisciplinary treatment, with mutual exchange of knowledges, empowerment and responsibility. The objective of this research is characterizing the working process of the NASF Teams (EqNASF) of the municipalities in the Northeast region classified under the Layer 6 as per the indicators in the 2nd Cycle of external evaluation of PMAQ-NASF. This is a descriptive study with a transversal cut, through a quantitative approach, realized from the data of the IV Module of PMAQ. Nine municipalities were selected, totalizing 57 EqNASF. The subdimensions were converted into scores and transformed into percent indicators. A classification on three categories was made: A (indicator above 75%) for a satisfactory condition; B (indicator between 25% and 75%) for a moderate condition; and C (indicator below 25%) for an unsatisfactory condition. From the surveyed EqNASF, 70,17% are acting in moderate conditions, 28,07% are in satisfactory condition and only 1,75% were ranked as C. The subdimensions of Management and Coordination Organization of NASF (OGC), Activities Registry (RA) and Organization of Matrix Support to the AB (AM) obtained the greatest percentages of EqNASF with an A classification (73,68%, 70,17% and 54,38% respectively). The results show that permanent education are unsatisfactory and the existence of EqNASF deficient in the monitoring and analysis of the indicators of their work process, as well as do not evaluate the results of their actions in the supported teams and do not monitor their requests for support. The organization of the agenda, the weekly meetings of the EqNASF with its sponsored sledges and the recording of activities in common eAB charts, stand out as highly evaluated activities. In addition, it was possible to verify the EqNASF with unsatisfactory conditions in each subdimension. The general averages of the municipalities showed that eight of the nine municipalities studied are working with their EqNASF working at a moderate level. Discrepancies in the scores obtained by EqNASF belonging to the same municipality were observed. Thus, this diversity in the work process may be related not only to the specific needs of each UBS, but also to the type of support that is offered by the management to these teams. It is hoped that these findings may stimulate managers and NASF professionals to seek an improvement in the performance of EqNASF in AB services to benefit and improve the functioning of the entire health network.

Key words: Family Health; Healthcare Evaluation; Health care; Performance.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das EqNASF por classificação.....	61
Gráfico 2: Distribuição das EqNASF por desempenho em cada subdimensão.....	62
Gráfico 3: Média geral dos municípios.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores e Pesos da Estratificação do PMAQ.....	34
Tabela 2: Critérios de Estratificação do PMAQ.....	35
Tabela 3: Municípios do Nordeste classificados no Estrato 6 do PMAQ com o total de EqNASF certificadas.....	35
Tabela 4: EqNASF selecionadas para o estudo.....	36
Tabela 5: Teste Kolmogorov-Smirnov.....	41
Tabela 6: <i>Alpha de Cronbach</i>	42
Tabela 7: Melhores e piores pontuações das EqNASFna EF.....	43
Tabela 8: Melhores e piores desempenhos dasEqNASF na EF.....	44
Tabela 9: Melhores e piores pontuações das EqNASFna OGC.....	45
Tabela 10: Melhores e piores desempenhos dasEqNASF na OGC.....	46
Tabela 11: Melhores e piores pontuações das EqNASFna EP.....	47
Tabela 12: Melhores e piores desempenhos dasEqNASF na EP.....	48
Tabela 13: Melhores e piores pontuações das EqNASFno PA.....	49
Tabela 14: Melhores e piores desempenhos dasEqNASF no PA.....	49
Tabela 15: Melhores e piores pontuações das EqNASFna AO.....	51
Tabela 16: Melhores e piores desempenhos dasEqNASF na AO.....	52
Tabela 17: Melhores e piores pontuações das EqNASFna AM.....	53
Tabela 18: Melhores e piores desempenhos dasEqNASF na AM.....	54
Tabela 19: Melhores e piores pontuações das EqNASFna GDA.....	56
Tabela 20: Melhores e piores desempenhos dasEqNASF na GDA.....	57
Tabela 21: Melhores e piores pontuações das EqNASFno RA.....	58
Tabela 22: Melhores e piores desempenhos dasEqNASF no RA.....	59

Tabela 23: <i>Ranking</i> das EqNASF.....	60
Tabela 24: EqNASF com condições insatisfatórias em cada subdimensão.....	61
Tabela 25: Escores finais de cada EqNASF por Município.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – ATENÇÃO BÁSICA

AM – ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL ÀS EAB

AMPERC – PERCENTUAL DA ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL ÀS EAB

CBO – CÓDIGO BRASILEIRO DE OCUPAÇÕES

eAB – EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

EF – ESTRUTURA FÍSICA

EFPERC – PERCENTUAL DA ESTRUTURA FÍSICA

EP – EDUCAÇÃO PERMANENTE

EPPERC – PERCENTUAL DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

EqNASF – EQUIPE DO NÚCELO DE APOIO DO NÚCLEO DA FAMÍLIA

eSF – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

GDA – GESTÃO DA DEMANDA E DA ATENÇÃO COMPARTILHADA

GDAPERC – PERCENTUAL DA GESTÃO DA DEMANDA E DA ATENÇÃO COMPARTILHADA

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

OA – ORGANIZAÇÃO DA AGENDA

OAPERC – PERCENTUAL DA ORGANIZAÇÃO DA AGENDA

OGC – ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E COORDENAÇÃO DO NASF

OGCPERC – PERCENTUAL DA ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E COORDENAÇÃO DO NASF

PA – PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DO NASF

PAPER – PERCENTUAL DO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DO NASF

PIB – PRODUTO INTERNO BRUTO

PMAQ – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PTS – PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES

RA – REGISTRO DE ATIVIDADES

RAPER – PERCENTUAL DO REGISTRO DE ATIVIDADES

SMS – SECRETARIAS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS

SGDAB – SISTEMA DE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SIA – SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL

SIAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SPSS – STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UF – UNIDADE FEDERATIVA

UFPB – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	17
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	17
1.2 JUSTIFICATIVA.....	19
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 GERAL.....	21
2.2 ESPECÍFICOS.....	21
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
3.1 ESF E NASF.....	22
3.2 PROCESSO DE TRABALHO.....	26
3.3 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	28
3.4 PMAQ.....	29
4. REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	33
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	33
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
4.3 INSTRUMENTO.....	38
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
5. RESULTADOS.....	41
5.1 TESTE KOLMOGOROV-SMIRNOV.....	41
5.2ALPHA DE CRONBACH.....	42
5.3 MELHORES E PIORES DESEMPENHOS DAS EqNASF POR SUBDIMENSÃO.....	43

5.3.1 ESTRUTURA FÍSICA (EF).....	43
5.3.2 ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E COORDENAÇÃO DO NASF (OGC).....	44
5.3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE (EP).....	47
5.3.4 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DO NASF (PA).....	48
5.3.5 ORGANIZAÇÃO DA AGENDA (OA).....	51
5.3.6 ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL ÀS eAB (AM).....	52
5.3.7 GESTÃO DA DEMANDA E DA ATENÇÃO COMPARTILHADA (GDA).....	56
5.3.8 REGISTRO DE ATIVIDADES (RA).....	57
5.4 <i>RANKING</i> DAS EqNASF.....	59
5.5 TOTAL DE EqNASF POR CLASSIFICAÇÃO.....	61
5.6 EqNASF COM CONDIÇÕES INSATISFATÓRIAS POR SUBDIMENSÃO.....	61
5.7 QUANTITATIVO DE EqNASF POR SUBDIMENSÃO.....	63
5.8 MÉDIA GERAL DOS MUNICÍPIOS.....	64
6. DISCUSSÃO.....	66
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	78
Apêndice A - Instrumento da Coleta de Dados	83
Apêndice B – Fórmulas utilizadas na criação dos índices.....	91
Anexo A - Certidão do Comitê de Ética.....	94

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) várias propostas e estratégias têm sido adotadas visando atender às necessidades de saúde da população. Enquanto possibilidade de mudança do modelo assistencial, a que tem tido maior destaque é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FORMIGA; RIBEIRO, 2012).

Inicialmente chamava-se Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, para promover a reorganização das ações de atenção primária no país (SILVA *et al.*, 2012). A partir de então, o PSF tem sido a principal estratégia de estruturação da Atenção Básica (AB) dos sistemas locais de saúde, segundo Paim *et al.* (2012).

Com a finalidade de gerenciar e atender as demandas do território como espaço vivo e com muitas particularidades, nas últimas décadas vários têm sido os investimentos nas ESF, dentre os quais se destacam as estratégias de apoio às Equipes de Saúde da Família (eSF). Para contribuir com o apoio às eSF, seriam necessários profissionais de distintas áreas, capazes de solucionar problemas de saúde de ordem política, social, cultural e econômica, possibilitando a integralidade da assistência e fortalecendo, assim, o SUS (BARBOSA; FERREIRA; FURBINO, 2010).

Diantedessa estratégia de apoio, criam-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. O seu objetivo é apoiar a articulação da ESF na rede de cuidado, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da ABe aumentar a sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2014).

Conforme o MS (BRASIL, 2014), a responsabilização compartilhada entre a equipes NASF (EqNASF) e as equipes de AB (eAB) prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência. Com isso, há um maior compartilhamento de casos e do acompanhamento longitudinal

de responsabilidade das eAB, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde.

O NASF propõe repensar a formação e as práticas em saúde vivenciadas até o momento pela ESF. Suas ferramentas são: a clínica ampliada, o matriciamento, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território para a realização do cuidado ao usuário e qualificação das ações das equipes (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF tem como foco o território sob sua responsabilidade. Sua estrutura deve priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas. Consequentemente, são geradas experiências para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2014).

Outra estratégia de fortalecimento da ESF proposta pelo MS foi a criação, através da Portaria 1.654 publicada em 19 de julho de 2011, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). Este propõe auxiliar a visibilidade das diferenças existentes na realidade do NASF, uma vez que o objetivo do mesmo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB.

Dentre as dimensões avaliadas pelo PMAQ, encontram-se informações relativos ao trabalho das EqNASF que fornecem subsídios para avaliar o desempenho dessas equipes, podendo apontar potencialidades e fragilidades nesse trabalho.

A importância da garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente foi levada em consideração na criação do PMAQ, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB em saúde, com uma ampla gama de estratégias que visam gerar movimento, articulando gestores, trabalhadores, usuários e também universidades, em direção a resultados que interessam a esses atores (BRASIL, 2011; PROTASIO, 2014).

Pinto, Souza e Florêncio (2012) estabeleceram que as dimensões e padrões propostos pelo PMAQ operam como a afirmação de diretrizes e de uma caminhada para a superação dos problemas priorizados, com capacidade de mudar o cenário e, portanto, exigir permanente adaptação e evolução da política, de suas estratégias e instrumentos.

1.2 JUSTIFICATIVA

O Caderno de AB nº 27, o qual dispõe as diretrizes do NASF, só foi publicado em 2009, ou seja, um ano após a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Posteriormente, apenas em 2014, houve a produção do Caderno de AB nº 39, o qual serve, atualmente, de orientação para o trabalho das EqNASF.

A demora na produção das normativas por parte do MS e a flexibilidade das mesmas, proporcionou o surgimento de diversos modelos de NASF, promovendo variações no processo de trabalho das EqNASF de uma região para outra (SAMPAIO *et al.*, 2012).

Diante disso, há a necessidade de se investigar o processo de trabalho das EqNASF em municípios com características similares, para poder conhecer a atuação dos profissionais, caracterizar o desempenho dessas equipes de apoio nos serviços de saúde e assinalar possíveis particularidades nos processos de trabalho desses profissionais. Da mesma forma, tem sido necessário identificar as diferenças e similaridades na forma de atuação dessas equipes nos diversos municípios estudados.

Sabendo-se que o PMAQ é um programa de avaliação, os seus resultados, por serem extremamente abrangentes, tanto do ponto de vista populacional quanto em relação aos setores dos serviços ofertados pela AB, podem fornecer subsídios relevantes que devem estar associados à tomada de decisão (PROTASIO, 2014). Contudo, faz-se necessário o bom uso dos mesmos para serem geradas informações que venham a favorecer o planejamento de ações para os serviços de saúde do Brasil.

Os municípios participantes do PMAQ foram distribuídos em seis estratos, a fim de assegurar maior equidade na comparação das equipes no processo de certificação, em que são levados em consideração aspectos sociais, econômicos e demográficos. Para essa pesquisa, foram selecionados municípios da região Nordeste classificados no Estrato 6 por esta ser a melhor classificação, conforme o MS (BRASIL, 2013), contendo municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85. Com isso, entende-se que esses municípios estão mais próximos do ideal proposto pelo MS. A escolha da região Nordeste se justifica pela busca de uma homogeneidade nas características dos municípios, levando-se em consideração os cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos dos municípios dessa região.

Mediante a importância da utilização do PMAQ e tendo o conhecimento de que a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008 define as competências dos profissionais que compõem o NASF, propõe-se a análise dos dados obtidos no Módulo IV do 2º Ciclo de avaliação externa do PMAQ a partir da entrevista com os profissionais do NASF dos municípios da região Nordeste que foram classificados no Estrato 6 do PMAQ.

A aplicação do 2º Ciclo do PMAQ-NASF é recente, tendo ocorrido entre 2013 e 2014, sendo, então, escassos os estudos que abordam essa temática. Com isso, os conhecimentos oriundos da caracterização do processo de trabalho dos NASF, por meio dos dados do PMAQ, poderão contribuir para o aprimoramento do apoio destes às eSF e colaborar para um melhor planejamento de estratégias e tomadas de decisões pelos gestores de saúde, bem como das eAB e EqNASF na organização do seu processo de trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

2.1.2 - Caracterizar o processo de trabalho das EqNASF, a partir dos indicadores do 2º Ciclo de avaliação externa do PMAQ-NASF, aplicados aos municípios da região Nordeste classificados no Estrato 6.

2.2 ESPECÍFICOS

2.2.1 - Descrever o processo de trabalho das EqNASF classificadas como melhores e piores em cada subdimensão nos municípios selecionados;

2.2.2 - Elaborar um *ranking* das EqNASF por meio dos escores atribuídos aos indicadores;

2.2.3 - Analisar a atuação das EqNASF à luz do que está disposto no Caderno de AB nº 39;

2.2.4 – Analisar a atuação das EqNASF por município;

2.2.5 - Indicar quais EqNASF necessitam de melhorias segundo desempenho de cada subdimensão do módulo IV do PMAQ.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 - ESF e NASF

O SUS, fundado no direito universal à saúde e priorizando a AB como porta de entrada do sistema, passou a requerer um modelo de saúde integral e resolutivo em todos os níveis de atenção (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A AB é impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por diversos programas ministeriais. Tem como objetivo oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (p. ex., assistência especializada e hospitalar). Também visa implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM *et al.*, 2012).

Paim *et al.* (2012) ainda ressaltam que uma característica inovadora do PSF é sua ênfase na reorganização do cuidado, para que esse se concentre nas famílias e comunidades, integrando a assistência à saúde com ações de promoção e de prevenção.

De acordo com o MS (BRASIL, 2016a), os dados do Departamento de AB revelam que em janeiro de 2016 a ESF possuía uma cobertura de mais de 123 milhões de pessoas em 5.463 municípios brasileiros, equivalendo a 98% de cobertura em todo o Brasil.

Na lógica de organização territorial, o espaço físico da ESF deixa de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde. Torna-se, então, um campo com interação população-serviços no âmbito local, caracterizado por uma população específica vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades que proporcionam serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (BARBOSA; FERREIRA; FURBINO, 2010).

A AB é o ponto de contato preferencial e uma das portas de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, devendo coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Diante disso, dentro do propósito de apoiar a articulação da ESF na rede de serviços e ampliar a sua abrangência e resolutividade, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde no Brasil (BRASIL, 2014), o MS criou o NASF, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Essa Portaria estabelece que os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema e é responsabilidade de todos os seus profissionais atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de referência.

A portaria ainda define as seguintes ações:

- identificar, em conjunto com as eSF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- identificar, em conjunto com as eSF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas eSF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;

- avaliar, em conjunto com as eSF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e
- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas eSF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2008, p. 6).

Segundo Nascimento e Oliveira (2010), o NASF pode ser considerado como “retaguarda” das equipes da ESF, por atuar em conjunto com esses profissionais, uma vez que o NASF não assume o cuidado, mas sim apoia o cuidador, compartilhando com eles saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços, em cada território.

No que tange à infraestrutura e ao funcionamento da AB, a Política Nacional de AB(PNAB) define que os NASF fazem parte da AB. Entretanto não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou um tipo de equipe especializada (BRASIL, 2012).

O MS (BRASIL, 2012) também afirma que os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Todos devem atuar de maneira integrada e apoiar os profissionais das eSF, das eAB para populações específicas e academia da saúde. Ainda assim, compartilhar as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes e atuar diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado.

Em relação à organização, existem 3 tipos de NASF: NASF 1 e NASF 2, criados pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, e NASF 3, criado pela Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

O NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior, cuja soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal. O NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior, em que a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

A portaria citada define que cada NASF 1 deve ter suas atividades vinculadas a no mínimo 8 e no máximo 15 eSF e/ou eAB para populações específicas. Cada NASF 2 deve ser vinculado a no mínimo 3 e no máximo 7 eSF.

O NASF 3 foi criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os municípios do Brasil que possuem eSF e/ou eAB para populações específicas (BRASIL, 2014). Esta modalidade deve estar vinculada a no mínimo 1 e a no máximo 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

Poderão compor os NASF 1, 2 e 3 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações-CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2012).

O MS (BRASIL, 2012) reforça que cada município só pode implantar um tipo de modalidade do NASF e este deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica. Com isso, auxiliar no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo MS, destacando os Cadernos de AB/Primária Nº 27 e Nº 39 que tratam do tema. Nestes, encontram-se as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as eSF e AB.

3.2 - PROCESSO DE TRABALHO

O processo de trabalho, enquanto categoria de análise, é definido como uma atividade humana, em que instrumentos de trabalho são usados para operar a transformação de um determinado objeto. Com isso, o trabalho constitui uma atividade orientada para um dado fim (MARX, 1994).

Como elemento do processo de trabalho, o agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico (PEDUZZI, 2001).

De acordo com Carvalho (2012), as práticas de saúde são consideradas trabalho porque sua ação visa a produção de um bem ou serviço para a sociedade, com o intuito de satisfazer as necessidades de seus indivíduos e alterar um determinado estado de carecimento de boas condições de saúde.

Freire *et al.* (2015) afirmam que o trabalho em equipe no âmbito do NASF é ainda entendido como peculiar de uma equipe multiprofissional, em que os

profissionais de diversas categoriais contribuem com seus saberes e experiências de seu campo de atuação singular para somar no campo das práticas interdisciplinares.

Santos e Cutolo (2004) destacam a importância da interdisciplinaridade, cujas características são a intensidade das trocas entre os especialistas e o grau de integração real das disciplinas no interior de um projeto específico.

Nesse movimento, resultam do trabalho coletivo a integralidade das ações e a visão ampliada das situações de saúde. O trabalho do NASF só se dá a partir do envolvimento de todos os profissionais de AB, que juntos conformam uma rede de saúde capaz de dar resolubilidade aos problemas de saúde da população (FREIRE *et al.*, 2015).

O processo de trabalho do NASF é guiado pelas diretrizes da AB, a fim de dar um suporte para as equipes na concepção da integralidade. Dessa forma, o MS (BRASIL 2014) afirma que o NASF desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira reflete em ações clínicas diretamente para os usuários e a segunda relaciona-se com ações de apoio educativo com e para as equipes de referência apoiadas.

O MS ainda sustenta que para a realização do trabalho do NASF, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas, que abrangem tanto a dimensão clínica e sanitária quanto a pedagógica (ou até ambas ao mesmo tempo). São exemplos dessas atividades: discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, educação permanente, intervenções no território e em outros espaços da comunidade para além das unidades de saúde, visitas domiciliares, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde e discussão do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2014).

3.3 - AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Podemos definir a pesquisa avaliativa como procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Em um estudo realizado por Paim e Teixeira (2006), foi observado que pesquisas voltadas para as políticas de saúde foram escassas na década de 1990. A partir do ano 2000 os estudos foram se aprofundando nas questões relacionadas com políticas, instituições, práticas e avaliação em saúde. Com isso, os autores perceberam que houve uma extensão dos objetos de investigação (economia da saúde, promoção da saúde, saúde mental, cuidado e subjetividade, entre outros) e uma diversificação das abordagens teórico-metodológicas.

Felisberto (2006) afirma que as pesquisas voltadas para a avaliação em saúde vêm crescendo no Brasil nas últimas décadas. Porém, a maioria das pesquisas consistiram em avaliações pontuais com foco em pesquisas específicas, estudos de casos ou produção regular de dados, orientadas para as necessidades da gestão.

Conforme Contandriopoulos(2006), a avaliação é fundamental para a gestão de qualquer organização, com o intuito de melhorar os níveis de resolutividade dos serviços ofertados. Desse modo, a tomada de decisão dos gestores no Brasil ocorre de forma não estruturada, refletindo-se na ineficiência do sistema de saúde.

Diante disso, Tanaka e Tamaki (2012) afirmam que a gestão dos serviços de saúde tem que levar em consideração questões internas (organização e funcionamento do serviço), bem como questões externas (o seu papel no sistema de saúde e o impacto na saúde da população). A necessidade da implementação de recursos e a disponibilidade de tempo são um obstáculo para uma utilização mais ampla da avaliação na tomada de decisão nos serviços de saúde, dificultando a sua utilização para problemas que necessitem de soluções imediatas.

Apesar de não ser a primeira experiência de avaliação da AB, o PMAQ-AB, segundo Fausto; Mendonça; Giovanella (2013), inicia um novo ciclo no processo evolutivo de institucionalização da avaliação da AB no país, que incorpora elementos de abordagens anteriores e se diferencia por seu “caráter universal” e “rotineiro”. O programa avalia o desempenho das eAB e os efeitos da política de saúde, com a finalidade de subsidiar as transferências financeiras e a tomada de decisão para avançar na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de AB.

3.4 - PMAQ

A avaliação em saúde com respeito à qualidade dos serviços é uma ferramenta bastante eficiente, pois permite uma maior adequação da promoção da atenção à saúde a partir de reais necessidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Diante disso, a Portaria 1.654 do MS, publicada em 19 de julho de 2011, criou o PMAQ-AB e vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas AB.

Essa medida representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a AB e anuncia mudanças semelhantes no financiamento do SUS como um todo (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Além disso, tem como diretriz o estímulo à mudança incremental do processo de trabalho na atenção primária da saúde (FONTENELLE, 2012).

De acordo com a Portaria citada, os objetivos do PMAQ são:

- I – construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da AB, considerando-se as diferentes realidades de saúde;
- II – estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da AB;
- III – transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV – envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de AB e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB;

V – desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI – estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII – caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da AB quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2011, p.1-2).

De acordo com Pinto, Sousa e Florêncio (2012), o programa pretende ser uma estratégia que sintetiza tanto o esforço de afirmação da AB como porta de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, quanto a criação das condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade do cuidado nas linhas de cuidado priorizadas nas redes.

Segundo Silva (2014), o PMAQ coloca em análise os processos de trabalho das equipes, revelando quais as ações desenvolvidas pelas equipes e quais os cenários que estão inseridas, sendo um grande indutor de políticas de saúde.

O programa assume, ainda, o compromisso com a transparência do processo e socialização das informações justamente na expectativa de fortalecer o uso da informação e a participação de amplos segmentos da sociedade. Os padrões de acesso e de qualidade utilizados pelo PMAQ-AB e valorados em seu processo de avaliação e certificação, são sempre ressignificados em função da realidade concreta, do contexto, das prioridades, dos interesses e da negociação dos atores locais (PINTO; SOUSA; FERLA 2014).

A adesão ao programa constitui a primeira fase do PMAQ-AB e ocorre mediante a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as eAB e os gestores municipais e, destes, com o MS em um processo que envolve a

pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2013).

A segunda fase do PMAQ-AB é o desenvolvimento de estratégias relacionadas aos compromissos visando à melhoria do acesso e da qualidade da AB. Essa fase é estruturada em quatro dimensões consideradas centrais na indução dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, produzindo melhorias contínuas da qualidade da AB:

(1) Autoavaliação, a qual tem como finalidade identificar e reconhecer, mediante as próprias equipes, as dimensões positivas e problemáticas de seu próprio trabalho, produzindo sentidos e significados que tenham o potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços;

(2) Monitoramento, para orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre as eAB e o gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS; auxiliar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes quanto para os gestores das três esferas de governo; promover o aprendizado institucional ao permitir a identificação e priorização de desafios para a melhoria da qualidade da AB; reconhecer os resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção; democratizar e obter transparência da gestão da AB além de fortalecer a participação do usuário, por meio da publicação de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados;

(3) Educação Permanente, a fim de reformular o processo de qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais e as mudanças no processo de trabalho em saúde, o que traz uma exigência a seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) de uma maior capacidade de intervenção e autonomia;

(4) Apoio Institucional, uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde (BRASIL, 2013, p. 38, 41, 45).

A terceira fase do PMAQ-AB consiste na avaliação externa que, baseada em um conjunto de ações, verifica as condições de acesso e da qualidade dos serviços de saúde dos municípios e eAB participantes do programa. Nessa fase, destaca-se o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa na organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo que resultará no reconhecimento e valorização de todo o esforço e resultados alcançados pelas eAB (BRASIL, 2013).

Os questionários da Avaliação Externa podem ser respondidos por mais de um profissional da equipe e o Instrumento está organizado por módulos: Módulo I - Observação na Unidade de Saúde; Módulo II - Entrevista com Profissional da Equipe; Módulo III - Entrevista com o Usuário; Módulo IV – Entrevista com os Profissionais do NASF; Módulo V – Observação da Unidade de Saúde Bucal; e Módulo VI – Entrevista com o Profissional de Saúde Bucal (PINTO; SOUSA; FERLA 2014).

A quarta e última fase do PMAQ-AB é a da repactuação entre a gestão municipal e as eAB, a partir das realidades evidenciadas na avaliação externa (BRASIL, 2013).

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo de recorte transversal, com abordagem quantitativa. Foi realizado a partir de fontes secundárias (dados do PMAQ), com o intuito de avaliar o processo de trabalho dos profissionais do NASF dos municípios da região Nordeste que foram classificados no Estrato 6 do PMAQ.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram utilizados os dados do Módulo IV do PMAQ obtidos na avaliação externa do 2º Ciclo. Esta escolha se explica pelo fato de esses dados serem específicos para o NASF, contendo a entrevista com os profissionais das EqNASFe a verificação de documentos na unidade.

Em todo o Brasil, 1813 EqNASF foram certificadas no 2º Ciclo de avaliação externa do PMAQ, sendo 835 da região Nordeste, destas, 45 são do Maranhão, 86 do Piauí, 145 do Ceará, 57 do Rio Grande do Norte, 118 da Paraíba, 145 de Pernambuco, 55 de Alagoas, 12 de Sergipe e 172 da Bahia.

Com a finalidade de assegurar maior equidade na comparação das eAB no processo de certificação, o PMAQ classifica os municípios em estratos. Com isso, construiu-se um índice que varia de 0 a 10, composto pelos indicadores dispostos na Tabela 1.

O PIB per capita utilizado foi o do ano de 2008, fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Devido à grande disparidade entre o menor e o maior valor, utilizou-se uma técnica de normalização para atribuir uma pontuação de 0 a 5 para a metade dos municípios que recebem os menores valores do PIB per capita. A outra metade recebeu pontuação distribuída de 5 a 10. Os dados referentes a densidade demográfica também foram disponibilizados pelo IBGE e da mesma forma que para o PIB, este indicador apresentou forte variabilidade entre o menor e o maior valor. Por essa razão, foi necessário utilizar a mesma técnica de normalização para atribuir a

pontuação referente a esse indicador. Os dados referentes à cobertura da população com planos de saúde, por município, são do ano de 2009 e foram disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde. Cada município obteve uma pontuação de 0 a 10, conforme o percentual de pessoas com plano de assistência médica. O percentual da população em extrema pobreza foi calculado pelo IBGE, com base no universo preliminar do censo demográfico de 2010. Cada município obteve uma pontuação de 0 a 10, de acordo com o percentual de pessoas que não estão em extrema pobreza. Por sua vez, o percentual da população com Bolsa Família foi informado pelo Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome e tem como referência o ano de 2010. Cada município obteve uma pontuação de 0 a 10, conforme o percentual de pessoas que não recebem o Bolsa Família. Para a composição do índice, os cinco indicadores receberam diferentes pesos, sendo que foi considerada, para cada município, a menor pontuação entre o percentual da população com bolsa família e o percentual da população em extrema pobreza (BRASIL, 2013, p. 36-37).

Tabela 1 - Indicadores e Pesos da Estratificação do PMAQ

Indicador	Peso
Produto Interno Bruto <i>per Capita</i>	2
Percentual da população com plano de saúde	1
Percentual da população com Bolsa Família	1
Percentual da população em extrema pobreza	1
Densidade demográfica	1

Fonte: BRASIL (2013, p. 36)

Mediante o cálculo para a estratificação, foram gerados seis Estratos, como observado na Tabela 2:

Tabela 2 - Critérios de Estratificação do PMAQ

Estrato	Critérios de Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Fonte: BRASIL (2013, p. 37)

Os municípios do Nordeste certificados no 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ que se enquadraram nos critérios de classificação do Estrato 6 com o total de EqNASF certificadas que foram estudadas nessa pesquisa estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 - Municípios do Nordeste classificados no Estrato 6 do PMAQ com o total de EqNASF certificadas

Municípios	Nº de EqNASF certificadas
Feira de Santana	8
Fortaleza	1
Jaboatão dos	4
Guararapes	
João Pessoa	20
Maceió	2
Natal	3
Recife	15
Salvador	1

Teresina	3
TOTAL:	57

Na Tabela 4, encontra-se a lista com as 57 EqNASF selecionadas para o estudo com suas respectivas Unidades Federativas (UF). Para cada EqNASF foi dada uma numeração de referência e, por questões éticas, foram colocados nomes fictícios compostos pelo município de localização e um número.

Tabela 4 - EqNASF selecionadas para o estudo

NUMERAÇÃO	UF	EqNASF
1	PI	TERESINA 1
2	PI	TERESINA 2
3	PI	TERESINA 3
4	CE	FORTALEZA 1
5	RN	NATAL 1
6	RN	NATAL 2
7	RN	NATAL 3
8	PB	JOÃO PESSOA 1
9	PB	JOÃO PESSOA 2
10	PB	JOÃO PESSOA 3
11	PB	JOÃO PESSOA 4
12	PB	JOÃO PESSOA 5
13	PB	JOÃO PESSOA 6
14	PB	JOÃO PESSOA 7
15	PB	JOÃO PESSOA 8
16	PB	JOÃO PESSOA 9
17	PB	JOÃO PESSOA 10
18	PB	JOÃO PESSOA 11
19	PB	JOÃO PESSOA 12
20	PB	JOÃO PESSOA 13
21	PB	JOÃO PESSOA 14
22	PB	JOÃO PESSOA 15
23	PB	JOÃO PESSOA 16
24	PB	JOÃO PESSOA 17
25	PB	JOÃO PESSOA 18
26	PB	JOÃO PESSOA 19
27	PE	JABOATÃO DOS GUARARAPES 1
28	PE	JABOATÃO DOS GUARARAPES 2
29	PE	JABOATÃO DOS GUARARAPES 3
30	PE	JABOATÃO DOS GUARARAPES 4

NUMERAÇÃO	UF	EqNASF
31	PE	RECIFE 1
32	PE	RECIFE 2
33	PE	RECIFE 3
34	PE	RECIFE 4
35	PE	RECIFE 5
36	PE	RECIFE 6
37	PE	RECIFE 7
38	PE	RECIFE 8
39	PE	RECIFE 9
40	PE	RECIFE 10
41	PE	RECIFE 11
42	PE	RECIFE 12
43	PE	RECIFE 13
44	PE	RECIFE 14
45	PE	RECIFE 15
46	AL	MACEIÓ 1
47	AL	MACEIÓ 2
48	BA	FEIRA DE SANTANA 1
49	BA	FEIRA DE SANTANA 2
50	BA	FEIRA DE SANTANA 3
51	BA	FEIRA DE SANTANA 4
52	BA	FEIRA DE SANTANA 5
53	BA	FEIRA DE SANTANA 6
54	BA	FEIRA DE SANTANA 7
55	BA	FEIRA DE SANTANA 8
56	BA	SALVADOR 1
57	PB	JOÃO PESSOA 20

Os estados de Maranhão e Sergipe não tiveram municípios aderidos ao 2º ciclo do PMAQ-NASF. A pequena quantidade de equipes participantes de alguns estados se justifica pelo fato de a adesão ao 2º Ciclo do PMAQ ocorrer através da indicação pelos gestores municipais do quantitativo de eAB. Esta indicação se refere ao total de equipes que o gestor municipal avalia que poderão participar do programa. Assim, somente os municípios que fizeram a adesão ao 2º ciclo do programa puderam indicar as equipes contratualizadas ou recontratualizadas no PMAQ (BRASIL, 2013).

O MS (BRASIL, 2013) reforça que a contratualização/recontratualização das equipes foi voluntária e pressupõe um processo de pactuação num primeiro momento entre equipes e gestores municipais e, posteriormente, desses com o MS.

Além disso, o município pôde incluir todas ou apenas uma parte de suas equipes no programa, não existindo um teto máximo para a sua adesão.

Todas as EqNASF participantes dessa pesquisa são da modalidade Tipo 1. Considerou-se como critério para homologação a contratualização das EqNASF no PMAQ a seguinte adesão por modalidade:

- NASF modalidade 1 – adesão concomitante de no mínimo 5 equipes saúde da família e/ou EAB para população específica;
- NASF modalidade 2 – adesão concomitante de no mínimo 3 equipes saúde da família e/ou EAB para população específica;
- NASF modalidade 3 – adesão concomitante de no mínimo 1 equipe saúde da família e/ou EAB para população específica (BRASIL, 2013, p. 11).

4.3 INSTRUMENTO

O Módulo IV do instrumento de avaliação externa está subdividido em três módulos conforme o método de coleta das informações: Módulo I, contendo a entrevista com Profissional do NASF e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde; Módulo II, o qual possui a entrevista com o profissional da eAB que recebe apoio do NASF; e o Módulo eletrônico, no qual constam informações respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da AB (SGDAB), no site do Programa (BRASIL, 2013).

O Módulo I contido no Módulo IV é composto por subdimensões referentes à Informações Gerais, ao Componente Comum e ao Componente Singular. Contudo, para essa pesquisa, serão analisadas as subdimensões das Informações Gerais, as quais refletem a organização do processo de trabalho das EqNASF:

- Estrutura Física (EF);
- Organização da Gestão e Coordenação do NASF (OGC);
- Educação Permanente (EP);
- Planejamento das Ações do NASF (PA);

- Organização da agenda (OA);
- Organização do Apoio Matricial às EAB (AM);
- Gestão da demanda e da atenção compartilhada (GDA);
- Registro de Atividades (RA).

Os dados foram gerados pelo MS e disponibilizados para os grupos de pesquisa do PMAQ das Universidades Federais participantes da organização das equipes da etapa da avaliação externa. O acesso aos mesmos para a construção dessa pesquisa foi possível mediante a participação no grupo de pesquisa do PMAQ da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

As subdimensões do módulo IV do PMAQ foram convertidas em escores e estes transformados em indicadores percentuais que refletiram aspectos da qualidade das EqNASF em cada subdimensão. Para este fim, foi utilizada a transformação de uma escala compreendida entre dois valores quaisquer a e b em escala percentual compreendida de 0 a 100: em que X refere-se ao escore bruto e Y ao escore convertido de 0 a 100, dada por:

$$Y = \left[\frac{(X - \min(X))}{(\max(X) - \min(X))} \right] 100$$

Onde: X refere-se ao escore bruto e Y ao escore convertido de 0 a 100.

Estes valores foram organizados para designar a ordem ou a posição de cada EqNASF, determinando, assim, um dos objetivos deste trabalho que é classificar na forma de *ranking* as EqNASF.

Com base nos valores percentuais, realizou-se uma classificação em três categorias: A (indicador acima de 75%), demonstrando condição satisfatória; B (indicador entre 25% e 75%), representando condição moderada; e C (indicador abaixo de 25%), demonstrando condição insatisfatória. Dada a importância dessa classificação, uma vez que todas as variáveis ficam na mesma escala, a classificação foi confirmada pelo teste de Kruskal-Wallis e Análise de Variância *one-way* para a

distribuição normal e pelo teste de Kolmogorov-Smirnov para a distribuição não-normal.

Com a classificação nas categorias A, B e C, criou-se também a posição correspondentes às estatísticas de ordem representando as melhores e piores colocações das EqNASF em cada subdimensão, fator este que permitirá uma possível intervenção de gestão na melhoria de cada indicador das EqNASF.

Para determinar que este procedimento de avaliação caracterizou uma medida fidedigna, foi utilizada a medida de fidedignidade *Alpha de Cronbach* geral e a mesma também foi aplicada ao indicador excluído, afim de responder à questão da importância de cada índice como medida equilibrada para o julgamento das oito subdimensões.

Para a elaboração do cálculo de cada indicador em cada EqNASF, foi utilizada uma planilha EXCEL e o pacote estatístico SPSS versão 20 *for student*.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em acordo com a resolução às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, a avaliação externa do PMAQ foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UFRGS, Parecer Nº 21.904 em 01/03/2012 (ver ANEXO A).

5 RESULTADOS

Os resultados serão organizados em oito partes, ficando da seguinte forma:

- 1) TesteKolmogorov-Smirnov, para analisar a normalidade de cada subdimensão; 2) *Alpha de Cronbach* a fim de analisar se a medida é fidedigna; 3) Melhores e piores desempenho dasEqNASF por subdimensão, em que serão descritos os resultados obtidos separadamente em cada subdimensão, com as EqNASF bem e mal classificadas, bem como a apresentação dos itens dispostos em cada subdimensão avaliada; 4) *Ranking* das EqNASF, com a apresentação de todas as equipes participantes da pesquisa e seus respectivos escores finais; 5) Distribuição dasEqNASF por Classificação, compondo o quantitativo de equipes nas classificações A, B e C; 6) EqNASF com Condições Insatisfatórias por Subdimensão, demonstrando quais equipes apresentaram baixa pontuação nas subdimensões avaliadas; 7) Distribuição dasEqNASF por desempenho em cada subdimensão, com a apresentação do percentual de EqNASF em cada subdimensão, mediante a sua pontuação no escore final; e8) Média Geral dos Municípios, para a análise da avaliação do desempenho de cada município participante da pesquisa.

5.1 TESTE KOLMOGOROV-SMIRNOV

A Tabela 5 demonstra que, com a aplicação do TesteKolmogorov-Smirnov, foi possível observar a normalidade de cada subdimensão. De acordo com o teste, são normais as seguintes subdimensões: EFPerc, EPPerc, PAPerc e o Índice Geral.

Tabela 5 - TesteKolmogorov-Smirnov para os escores das subdimensões

Kolmogorov-Smirnov			
Subdimensões	Estatística	Grau de Liberdade	Sig.
EFPerc	0,128	57	0,021
OGCPerc	0,429	57	0
EPPerc	0,115	57	0,06
PAPerc	0,078	57	,200*
OAPerc	0,172	57	0

AMPerc	0,164	57	0,001
GDAPerc	0,157	57	0,001
RAPerc	0,315	57	0
INDICE_GERAL	0,072	57	,200*

EFPer: Percentual da Estrutura Física; OGCPerc: Percentual da Organização da Gestão e Coordenação do NASF; EPPerc: Percentual da Educação Permanente; PAPerc: Percentual do Planejamento das Ações do NASF; OAPerc: Percentual da Organização da agenda; AMPerc: Percentual da Organização do Apoio Matricial às EAB (AM); GDAPerc: Percentual da Gestão da demanda e da atenção compartilhada; RAPerc: Percentual do Registro de Atividades.

5.2 ALPHA DE CRONBACH

Com a aplicação do *Alpha de Cronbach* geral obteve-se um valor de 0,721, determinando que a avaliação caracteriza uma medida fidedigna (ver Tabela 6). O *Alpha de Cronbach* por subdimensão mostrou que não houve grandes variações dessa medida em relação a cada subdimensão, significando que todas as subdimensões contribuíram de uma maneira equânime.

Tabela 6 - Alpha de Cronbach

Subdimensões	Alpha de Cronbach por item excluído
EFPer	0,739
LOGCPerc	0,74
EPPerc	0,626
PAPerc	0,656
OAPerc	0,672
AMPerc	0,665
GDAPerc	0,72
RAPerc	0,707
Todas	0,721

EFPer: Percentual da Estrutura Física; OGCPerc: Percentual da Organização da Gestão e Coordenação do NASF; EPPerc: Percentual da Educação Permanente; PAPerc: Percentual do Planejamento das Ações do NASF; OAPerc: Percentual da Organização da agenda; AMPerc:

Percentual da Organização do Apoio Matricial às EAB (AM); GDAPerc: Percentual da Gestão da demanda e da atenção compartilhada; RAPerc: Percentual do Registro de Atividades.

5.3 MELHORES E PIORES DESEMPRENHOS DAS EqNASF POR SUBDIMENSÃO

5.3.1 ESTRUTURA FÍSICA (EF)

Conforme o instrumento do PMAQ-NASF, a subdimensão da Estrutura Física contempla os itens dispostos na Tabela 7. Observou-se que das 57 EqNASF avaliadas, 28% das equipes apresentaram boas condições com relação à sua estrutura física, no entanto em 14% foram observadas condições insatisfatórias.

Tabela 7 - Melhores e piores pontuações das EqNASFna EF

Melhores EqNASF	Escore (%)	Piores EqNASF	Escore (%)
TERESINA 1	100	JOÃO PESSOA 20	20
TERESINA 3	90	SALVADOR 1	20
JOÃO PESSOA 4	90	JOÃO PESSOA 3	20
JOÃO PESSOA 8	90	JOÃO PESSOA 7	20
JOÃO PESSOA 9	90	JOÃO PESSOA 15	20
JABOATÃO DOS	90		20
GUARARAPES 2		JOÃO PESSOA 6	
RECIFE 9	90	NATAL 3	10
FEIRA DE	90	FORTALEZA 1	0
SANTANA 6			
TERESINA 2	80		
JOÃO PESSOA 1	80		
JOÃO PESSOA 11	80		
JOÃO PESSOA 12	80		
RECIFE 4	80		
RECIFE 12	80		
RECIFE 14	80		
FEIRA DE	80		
SANTANA 5			

Conforme apresentado na Tabela 8, apenas 25% das EqNASF com piores escores referiram ter cronogramas ou escalas para utilização das salas e 100% das equipes com melhores resultados afirmaram ter um veículo disponível para o NASF quando necessário, em contrapartida nenhuma daquelas com piores escores têm

essa disponibilidade. Além disso, apenas 25% das EqNASF com menores escores afirmaram que recebem os insumos através da gestão, enquanto que 81,25% das melhores EqNASF alegaram recebê-los.

Tabela 8 - Melhores e piores desempenhos das EqNASF na EF

SUBDIMENSÃO	Melhores Classificadas	Piores Classificadas
ESTRUTURA FÍSICA	16 EqNASF	8 EqNASF
Cronogramas ou Escalas de utilização das salas	81,25%	25%
Espaços para o NASF realizar suas atividades:		
Consultórios de uso exclusivo da EqNASF na UBS	37,5%	0%
Consultório compartilhado com a UBS	81,25%	87,5%
Sala de reuniões na unidade	85,5%	87,5%
Espaços no território (parques, escolas ou praças)	93,75%	100%
Veículo disponível para o NASF	100%	0%
Disponibilidade do veículo atende às necessidades do NASF	37,50% (sempre); 37,50% (às vezes); 18,75% (na maioria das vezes); 6,25% (raramente)	0%
A gestão disponibiliza insumos necessários	81,25%	25%

A inexistência de cronogramas ou escalas para utilização das salas da UBS para ações programadas pelo NASF, a falta de disponibilidade de insumos da gestão para o NASF poder executar suas atividades e a falta de veículo disponível para a EqNASF, ou quando o têm, o mesmo não atende à necessidade foram os pontos marcantes que levaram oito EqNASF a receberem a menor classificação na subdimensão da Estrutura Física.

5.3.2 ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E COORDENAÇÃO DO NASF (OGC)

Com relação à subdimensão Organização da Gestão e Coordenação do NASF, 73,68% das EqNASF avaliadas obtiveram classificação A, ou seja, condições

satisfatórias, ao passo que apenas duas EqNASF receberam pontuação baixa (0 pontos) (ver Tabela 9).

Tabela 9 - Melhores e piores pontuações das EqNASF na OGC

Melhores EqNASF	Escore (%)	Piores EqNASF	Escore (%)
TERESINA 2	100	NATAL 2	0
TERESINA 3	100	JOÃO PESSOA 14	0
JOÃO PESSOA 1	100		
JOÃO PESSOA 3	100		
JOÃO PESSOA 4	100		
JOÃO PESSOA 5	100		
JOÃO PESSOA 7	100		
JOÃO PESSOA 8	100		
JOÃO PESSOA 9	100		
JOÃO PESSOA 10	100		
JOÃO PESSOA 11	100		
JOÃO PESSOA 12	100		
JOÃO PESSOA 13	100		
JOÃO PESSOA 15	100		
JOÃO PESSOA 16	100		
JOÃO PESSOA 17	100		
JOÃO PESSOA 18	100		
JOÃO PESSOA 19	100		
JABOATÃO DOS	100		
GUARARAPES 1			
JABOATÃO DOS	100		
GUARARAPES 2			
JABOATÃO DOS	100		
GUARARAPES 3			
JABOATÃO DOS	100		
GUARARAPES 4			
RECIFE 2	100		
RECIFE 3	100		
RECIFE 4	100		
RECIFE 6	100		
RECIFE 8	100		
RECIFE 10	100		
RECIFE 11	100		
RECIFE 13	100		
RECIFE 14	100		
MACEIÓ 1	100		
MACEIO 2	100		
FEIRA DE SANTANA 1	100		
FEIRA DE SANTANA 2	100		
FEIRA DE SANTANA 3	100		

Melhores EqNASF	Escore (%)	Piores EqNASF	Escore (%)
FEIRA DE SANTANA 4	100		
FEIRA DE SANTANA 5	100		
FEIRA DE SANTANA 6	100		
FEIRA DE SANTANA 7	100		
FEIRA DE SANTANA 8	100		
JOÃO PESSOA 20	100		

Como pode-se observar na Tabela 10, as EqNASF melhor classificadas afirmaram ter algum responsável no âmbito da gestão do município (100%), mais da metade (54,76%) possuem uma coordenação específica para EqNASF na AB e os encontros entre o NASF e sua coordenação ocorrem na maioria das equipes de forma mensal (40,48%) ou semanal (40,48%).

Tabela 10 - Melhores e piores desempenhos das EqNASF na OGC

SUBDIMENSÃO	Melhores Classificadas	Piores Classificadas
ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E COORDENAÇÃO DO NASF	42 EqANSF	2 EqNASF
Existe responsável pelo NASF no âmbito da gestão do município	100%	0%
Qual instância realiza essa função?		
Coordenação da AB	7,14%	0%
Coordenação específica para EqNASF na AB	54,76%	0%
Coordenação da região ou distrito de saúde do município	38,09%	0%
Coordenação da UBS	0%	0%
	40,48%	
	(semanal);	
Periodicidade que acontecem os espaços de reunião entre o NASF e a sua coordenação	19,04% (quinzenal);	
	40,48% (mensal)	0%

Percebeu-se como aspectos que levaram duas EqNASF a receberem pontuação 0 foram a ausência de responsável, referência ou coordenação do NASF no âmbito da gestão do município e a falta de periodicidade definida para as reuniões entre o NASF e sua coordenação.

Ademais, é relevante observar que, embora dezesseis EqNASF do município de João Pessoa tenham recebido nota máxima nessa subdimensão, uma EqNASF do mesmo município afirmou não existir responsável pelo NASF na gestão municipal.

5.3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE (EP)

Acerca da Educação Permanente, 28% das EqNASF avaliadas apresentaram um bom desempenho e 8,77% receberam pontuação baixa (ver Tabela 11).

Tabela 11 -Melhores e piores pontuações das EqNASF na EP

Melhores EqNASF	Escore (%)	Piores EqNASF	Escore (%)
FEIRA DE SANTANA 6	100	JOÃO PESSOA 2	17,9
JOÃO PESSOA 4	92,9	MACEIÓ 1	17,9
JOÃO PESSOA 11	92,9	FEIRA DE SANTANA 1	17,9
JOÃO PESSOA 12	89,3	MACEIÓ 2	0
JOÃO PESSOA 9	85,7	FORTALEZA 1	0
JOÃO PESSOA 19	85,7		
FEIRA DE SANTANA 5	85,7		
NATAL 1	82,1		
JOÃO PESSOA 5	82,1		
JOÃO PESSOA 10	82,1		
JOÃO PESSOA 18	82,1		
SALVADOR 1	82,1		
JOÃO PESSOA 8	78,6		
JOÃO PESSOA 14	78,6		
JOÃO PESSOA 15	78,6		
RECIFE 9	78,6		

Com ênfase nas maiores diferenças percentuais entre os itens abordados nessa subdimensão, pode-se observar na Tabela 12 que menos da metade (40%) das EqNASF com pior pontuação afirmaram que houve oferecimento de formação específica para todos os profissionais do NASF, sendo esta considerada regular para a maioria (40%), enquanto que 81,25% das melhores avaliadas receberam formação específica, considerando-a boa (75%) e muito boa (25%).

Tabela 12 - Melhores e piores desempenhos das EqNASF na EP

SUBDIMENSÃO	Melhores Classificadas	Piores Classificadas
EDUCAÇÃO PERMANENTE	16 EqNASF	5 EqNASF
Formação específica oferecida para todos os profissionais do NASF	81,25%	40%
Formação específica oferecida para alguns profissionais do NASF	18,75%	20%
Curso Introdutório	56,25%	20%
Oficina de capacitação	81,25%	40%
Reunião Informativa	75%	20%
A formação oferecida foi considerada:	75% (boa); 25% (muito boa)	40% (regular); 20% (boa)
Educação Permanente oferecida para o NASF	100%	0%
A Educação Permanente oferecida foi considerada:	68,75% (boa); 31,25% (muito boa)	0%
Temática da EP:		
Princípios e Diretrizes da AB	100%	0%
Organização do processo de trabalho da AB	100%	0%
Organização do processo de trabalho do NASF	93,75%	0%
Discussão de casos complexos/Construção de PTS	100%	0%
Metodologia do trabalho com grupos	87,5%	0%
Ações de vigilância no território	100%	0%
Condições/Doenças crônicas	100%	0%
Outros temas	68,75%	0%

Com relação à oferta de Educação Permanente para o NASF, todas as equipes bem avaliadas a receberam, considerando-a boa (68,75%) e muito boa (31,25%), sendo trabalhados diversos temas, porém, nenhuma das equipes com baixa avaliação afirmou ter recebido algum tipo de educação permanente.

5.3.4 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DO NASF (PA)

A Tabela 13 apresenta as melhores e piores pontuações das EqNASF nasubdimensão Planejamento das Ações, na qual 22,80% das EqNASF avaliadas apresentaram condições satisfatórias e 7,02% receberam classificação C.

Tabela 13 - Melhores e piores pontuações das EqNASF no PA

Melhores EqNASF	Escore (%)	Piores EqNASF	Escore (%)
JOÃO PESSOA 3	100	FORTALEZA 1	23,5
FEIRA DE SANTANA 6	100	JOÃO PESSOA 5	23,5
JOÃO PESSOA 12	88,2	JOÃO PESSOA 2	17,6
JOÃO PESSOA 14	88,2	MACEIÓ 2	0
JABOATÃO DOS	82,4		
GUARARAPES 1			
FEIRA DE SANTANA 2	82,4		
FEIRA DE SANTANA 4	82,4		
FEIRA DE SANTANA 8	82,4		
NATAL 1	76,5		
JOÃO PESSOA 8	76,5		
JOÃO PESSOA 9	76,5		
JOÃO PESSOA 18	76,5		
RECIFE 11	76,5		

De acordo com a Tabela 14, as EqNASF com condições insatisfatórias não utilizam para registro de informações instrumentos como o e-SUS atenção básica, SIAB ou SIA. Contudo, as EqNASF com melhores pontuações também apresentaram uma baixa porcentagem acerca da utilização desses sistemas. Fichas, planilhas ou relatórios construídos pela própria EqNASF foi o tipo de registro mais utilizado tanto pelas melhores quanto as piores EqNASF.

Tabela 14 - Melhores e piores desempenhos das EqNASF no PA

SUBDIMENSÃO	Melhores Classificadas	Piores Classificadas
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES	13 EqNASF	4 EqNASF
O NASF utiliza mecanismo de registro de informação	100%	100%
e-SUS AB	7,69%	0%
SIAB	46,15%	0%
S I A	15,38%	0%
Sistema próprio do município/equipe	38,46%	25%
Fichas, planilhas ou relatórios construídos pela EqNASF	100%	100%
Gestão disponibiliza: dados epidemiológicos do município	100%	0%
Gestão disponibiliza: principais problemas de saúde do território	100%	25%
Gestão disponibiliza: principais	92,3%	25%

demandas das eAB		
SUBDIMENSÃO	Melhores Classificadas	Piores Classificadas
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES	13 EqNASF	4 EqNASF
Gestão disponibiliza: perfil da demanda atendida pelo NASF	69,23%	0%
Gestão disponibiliza: desafios apontados na autoavaliação	84,61%	0%
Gestão disponibiliza: outras prioridades definidas pela gestão	92,3%	0%
A gestão não disponibiliza informações	0%	50%
A EqNASF realiza atividade de planejamento mensalmente	84,61%	50%
Planejamento do NASF integrado ao da Eab	100%	50%
NASF participa de monitoramento e análise de indicadores com a eAB	84,61%	50%
NASF monitora e analisa seus indicadores do seu processo de trabalho	100%	0%
NASF realizou processo de autoavaliação nos últimos 12 meses	100%	75%
AMAQ –NASF	92,3%	75%
Instrumento desenvolvido pela SES	7,69%	0%
Instrumento desenvolvido pela SMS	30,76%	0%
Instrumento desenvolvido pela EqNASF	38,46%	0%
Processo autoavaliativo informal	46,15%	0%

Observou-se nas EqNASF com pontuações menores que a gestão não disponibiliza informações para o NASF para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento, como: dados epidemiológicos do município, perfil da demanda atendida pelo NASF, desafios apontados na autoavaliação, entre outras prioridades definidas pela gestão. Evidencia-se, também, que o planejamento em 50% dessas EqNASF não é realizado de forma conjunta ou integrada ao planejamento das eAB.

Além disso, os dados na Tabela 14 mostram que em 84,61% das EqNASF bem classificadas, o NASF participa do monitoramento e da análise dos indicadores e informações de saúde em conjunto com as eAB e em 100% das mesmas o NASF avalia o seu processo de trabalho. No entanto, aquelas com piores escores não avaliam o seu processo de trabalho e apenas 50% monitora conjuntamente com a eAB os seus indicadores.

5.3.5 ORGANIZAÇÃO DA AGENDA (OA)

Com relação à Organização da Agenda, a Tabela 15 demonstra que apenas 1 EqNASF obteve 0 pontos, ao passo que 33,33% das EqNASF avaliadas apresentaram condições satisfatórias.

Tabela 15 - Melhores e piores pontuações das EqNASFna OA

Melhores EqNASF	Escore (%)	Piores EqNASF	Escore (%)
TERESINA 1	100	JOÃO PESSOA 13	0
NATAL 1	100		
JOÃO PESSOA 4	100		
JOÃO PESSOA 6	100		
JOÃO PESSOA 7	100		
JOÃO PESSOA 15	100		
JABOATÃO DOS	100		
GUARARAPES 1			
FEIRA DE SANTANA 5	100		
FEIRA DE SANTANA 8	100		
NATAL 2	85,7		
JOÃO PESSOA 10	85,7		
JABOATÃO DOS	85,7		
GUARARAPES 4			
RECIFE 3	85,7		
RECIFE 4	85,7		
RECIFE 14	85,7		
FEIRA DE SANTANA 2	85,7		
FEIRA DE SANTANA 4	85,7		
FEIRA DE SANTANA 6	85,7		
SALVADOR 1	85,7		

De acordo com a Tabela 16, das atividades contempladas na agenda dos profissionais do NASF, percebeu-se que todas as EqNASF melhor pontuadas afirmaram realizar consultas individuais do profissional do NASF, consultas compartilhadas com outros profissionais da equipe de AB e do NASF, atendimentos domiciliares, grupos terapêuticos, atividades de educação em saúde, atividades comunitárias e discussão de casos. Assim como a maioria (94,74%) realiza ações de educação permanente e outras atividades (68,42%). Isso demonstra que essas EqNASF estão realizando as atividades da agenda de acordo com o que está disposto no Caderno de AB Nº 39.

Tabela 16 – Melhores e piores desempenhos dasEqNASF na OA

SUBDIMENSÃO	Melhores Classificadas	Piores Classificadas
ORGANIZAÇÃO DA AGENDA	19 EqNASF	1 EqNASF
Cronograma/agenda do NASF foi pactuado com a eAB	100%	100%
NASF disponibiliza seu cronograma/agenda para as equipes apoiadas	100%	0%
	84,21% (sempre);	
NASF desenvolve ações não programadas em situações imprevistas	15,79% (na maioria das vezes)	100% (às vezes)
Agenda: consultas individuais do profissional do NASF	100%	100%
Agenda: consultas compartilhadas com profissionais da eAB e do NASF	100%	100%
Agenda: atendimento domiciliares	100%	100%
Agenda: grupos terapêuticos	100%	0%
Agenda: atividades de educação em saúde	100%	100
Agenda: atividades comunitárias	100%	0%
Agenda: ações de educação permanente	94,74%	100%
Agenda: discussão de casos	100%	0%
Agenda: outros	68,42%	0%

Contudo, a EqNASF pior classificada afirmou que o cronograma/agenda do NASF não é disponibilizado para as equipes apoiadas, assim como na agenda do NASF não constam atividades comunitárias, grupos terapêuticos, discussão de casos, entre outros.

5.3.6 ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL ÀS eAB (AM)

Na subdimensão Organização do Apoio Matricial às eAB, mais da metade das EqNASF avaliadas (54,38%) receberam classificação A, demonstrando apresentar condições satisfatórias e 8,77% receberam pontuação baixa (ver Tabela 17).

Tabela 17 - Melhores e piores pontuações das EqNASFna AM

Melhores EqNASF	Escore (%)	Piores EqNASF	Escore (%)
JOÃO PESSOA 3	100	JOÃO PESSOA 1	16,7
JOÃO PESSOA 4	100	FEIRA DE SANTANA 3	16,7
JOÃO PESSOA 9	100	TERESINA 1	5,6
JOÃO PESSOA 12	100	MACEIÓ 2	0
JOÃO PESSOA 18	100	FORTALEZA 1	0
RECIFE 6	100		
FEIRA DE SANTANA 2	100		
FEIRA DE SANTANA 5	100		
JOÃO PESSOA 20	100		
JOÃO PESSOA 15	94,4		
RECIFE 3	94,4		
RECIFE 15	94,4		
FEIRA DE SANTANA 6	94,4		
SALVADOR 1	94,4		
JOÃO PESSOA 7	88,9		
JOÃO PESSOA 10	88,9		
JOÃO PESSOA 11	88,9		
JOÃO PESSOA 19	88,9		
RECIFE 1	88,9		
RECIFE 11	88,9		
RECIFE 13	88,9		
FEIRA DE SANTANA 4	88,9		
JABOATÃO DOS GUARARAPES 2	83,3		
JABOATÃO DOS GUARARAPES 4	83,3		
RECIFE 2	83,3		
RECIFE 12	83,3		
RECIFE 14	83,3		
NATAL 2	77,8		
JABOATÃO DOS GUARARAPES 3	77,8		
RECIFE 8	77,8		
FEIRA DE SANTANA 7	77,8		

Ao observar os dados dispostos na Tabela 18, percebe-se que, embora tanto as equipes bem avaliadas quanto as mal avaliadas nesta dimensão tenham afirmado que o NASF dedica tempo para reunião interna da EqNASF e que o seu horário de atuação coincide com o da eAB, a periodicidade dos encontros entre o NASF e as equipes apoiadas nas melhores classificadas é na maioria das vezes semanal

(61,29%), enquanto que a maioria das pior classificadas afirmou que não existe periodicidade definida (60%).

Tabela 18 - Melhores e piores desempenhos das EqNASF na AM

SUBDIMENSÃO	Melhores Classificadas	Piores Classificadas
ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL ÀS eAB	31 EqNASF	5 EqNASF
NASF dedica tempo semanal/quinzenal para reunião da EqNASF	100%	100%
NASF atua em horário coincidente com o da Eab	100%	100%
Periodicidade que o NASF realiza atividade/encontro com as equipes apoiadas	61,29% (semanal); 35,48% (diariamente); 3,22% (quinzenalmente)	60% (não existe periodicidade definida); 20% (periodicidade é diferente entre cada uma das equipes apoiadas); 20% (semanal)
Atividades realizadas nos encontros com as eAB:		
Consultas individuais do profissional do NASF	100%	60%
Consultas compartilhadas com os profissionais da eAB	100%	40%
Discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis ou desafiadores	100%	60%
Discussão de casos que poderão gerar encaminhamentos	96,77%	40%
Construção conjunta com a eAB de projetos terapêuticos	100%	20%
Articulação com a eAB de ações com outros pontos da rede de saúde e intersetorial	96,77%	60%
Atividades de educação permanente com a eAB	100%	60%
Discussão sobre o processo de trabalho da eAB e do apoio do NASF	96,77%	40%
Intervenções no território em conjunto com sua equipe	96,77%	40%
Visitas com os profissionais da sua equipe	96,77%	100%
Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições dos profissionais	93,55%	20%

SUBDIMENSÃO	Melhores Classificadas	Piores Classificadas
ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL ÀS eAB	31 EqNASF	5 EqNASF
Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada	80,65%	0%
NASF monitora o PTS	100%	20%
Forma mais frequente da eAB compartilhar o caso com o NASF		
Encaminhamento por escrito	67,74%	0%
Discussão de casos	100%	0%
Consultas compartilhadas	96,77%	0%
Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional do NASF	67,74%	20%
Contato telefônico	100%	20%
Outros	41,94%	0%

As cinco EqNASF com menores pontuações demonstraram deficiência em pressupostos básicos do apoio matricial, como: realizar consultas individuais do profissional do NASF (quando necessário) e consultas compartilhadas com os profissionais da eAB, realizar discussão de casos, de eventos sentinelas, de casos difíceis e de casos que poderão gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção.

Observou-se que as condições insatisfatórias acerca do apoio matricial também envolveram aspectos relacionados a ausência de construção conjunta com os profissionais da eAB de projetos terapêuticos de ações com outros pontos da rede de saúde intersetorial, de atividades de educação permanente, de discussão de casos sobre o processo de trabalho da eAB e do próprio apoio do NASF à equipe, bem como a falta de elaboração de intervenções no território. Ainda assim, percebeu-se que essas EqNASF com as piores pontuações não participam do monitoramento dos Projetos Terapêuticos Singulares construídos em conjunto com as eAB.

Acerca das formas mais frequentes de a eAB compartilhar um caso com o NASF diante de uma necessidade de apoio, em 100% das melhores classificadas é por meio de discussão de casos e contato telefônico. Em contrapartida, apenas 20%

das piores EqNASF realizam o contato telefônico e o agendamento de consultas na agenda do profissional do NASF, não sendo relatado outro tipo de compartilhamento.

5.3.7 GESTÃO DA DEMANDA E DA ATENÇÃO COMPARTILHADA (GDA)

Na Tabela 19 é possível observar que a subdimensão Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada foi a única que apresentou um quantitativo das piores EqNASF (22,80%) maior do que o das melhores classificadas (21,05%).

Tabela 19 – Melhores e piores pontuações das EqNASFna GDA

Melhores EqNASF	Escore (%)	Piores EqNASF	Escore (%)
TERESINA 2	100	JOÃO PESSOA 1	14,3
JOÃO PESSOA 9	100	JOÃO PESSOA 13	14,3
JOÃO PESSOA 11	100	JABOATÃO DOS GUARARAPES 2	14,3
SALVADOR 1	100	JABOATÃO DOS GUARARAPES 4	14,3
JOÃO PESSOA 3	85,7	RECIFE 9	14,3
JOÃO PESSOA 14	85,7	FEIRA DE SANTANA 3	14,3
JOÃO PESSOA 15	85,7	FEIRA DE SANTANA 7	14,3
JOÃO PESSOA 16	85,7	JOÃO PESSOA 19	0
JABOATÃO DOS GUARARAPES 3	85,7	RECIFE 1	0
RECIFE 11	85,7	RECIFE 2	0
FEIRA DE SANTANA 6	85,7	RECIFE 6	0
FEIRA DE SANTANA 8	85,7	RECIFE 10	0
		RECIFE 13	0

Conforme a Tabela 20, apenas 23,07% das EqNASF com baixos escores monitoram algumas vezes as solicitações de apoio da eAB, ao passo que 75% das melhor avaliadas o realizam sempre. Ainda assim, com relação aos indicadores que o NASF utiliza para avaliar o impacto de suas ações, 100% das melhores pontuadas fazem uso dos indicadores de saúde da população do território e das situações de saúde dos casos compartilhados. Todavia, 46,15% das EqNASF pior avaliadas afirmaram que o NASF não avalia o impacto de suas ações nas equipes apoiadas.

Tabela 20 - Melhores e piores desempenhos das EqNASF na GDA

SUBDIMENSÃO	Melhores Classificadas	Piores Classificadas
GESTÃO DA DEMANDA E DA ATENÇÃO COMPARTILHADA	12 EqNASF	13 EqNASF
NASF monitora as solicitações de apoio das equipes, identificando as demandas mais frequentes e o percentual de atendimento da demanda observada	75% (sim); 25% (algumas vezes)	23,07% (algumas vezes)
NASF avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores?		
Análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada	9,17%	0%
Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionados ao NASF	83,33%	0%
Análise dos indicadores de saúde da população do território	100%	0%
Análise das situações de saúde dos casos compartilhados	100%	7,69%
Outros	50%	23,07%
Não avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas	0%	46,15%

5.3.8 REGISTRO DE ATIVIDADES (RA)

Com relação ao Registro de Atividades, 70,17% das EqNASF avaliadas obtiveram escore acima de 83,30%. Observou-se que 2 EqNASF receberam 0 pontos, ou seja, não realizam nenhum tipo de registro das atividades do NASF dispostos na Tabela 21.

A Tabela 22 demonstra que todas as equipes bem avaliadas neste item registram ações em prontuários comuns das eAB, sendo estas: atendimentos domiciliares, consultas individuais e compartilhadas, e 97,50% registram encaminhamentos e condutas definidas a partir de discussão de casos. Entretanto, apenas 25% dessas equipes registram os grupos terapêuticos.

Tabela 21 - Melhores e piores pontuações das EqNASFno RA

Melhores EqNASF	Escore (%)	Piores EqNASF	Escore (%)
NATAL 3	100	FORTALEZA 1	0
JOÃO PESSOA 9	100	MACEIÓ 1	0
JOÃO PESSOA 12	100		
JOÃO PESSOA 13	100		
JOÃO PESSOA 16	100		
JOÃO PESSOA 18	100		
JABOATÃO DOS GUARARAPES 2	100		
RECIFE 4	100		
FEIRA DE SANTANA 8	100		
TERESINA 1	83,3		
NATAL 2	83,3		
JOÃO PESSOA 2	83,3		
JOÃO PESSOA 3	83,3		
JOÃO PESSOA 5	83,3		
JOÃO PESSOA 6	83,3		
JOÃO PESSOA 10	83,3		
JOÃO PESSOA 11	83,3		
JOÃO PESSOA 15	83,3		
JOÃO PESSOA 19	83,3		
JABOATÃO DOS GUARARAPES 1	83,3		
JABOATÃO DOS GUARARAPES 4	83,3		
RECIFE 1	83,3		
RECIFE 2	83,3		
RECIFE 3	83,3		
RECIFE 5	83,3		
RECIFE6	83,3		
RECIFE 7	83,3		
RECIFE 8	83,3		
RECIFE 9	83,3		
RECIFE 10	83,3		
RECIFE 11	83,3		
RECIFE 14	83,3		
RECIFE 15	83,3		
FEIRA DE SANRANA 1	83,3		
FEIRA DE SANTANA 2	83,3		
FEIRA DE SANTANA 3	83,3		
FEIRA DE SANTANA 5	83,3		
FEIRA DE SANTANA 6	83,3		
SALVADOR 1	83,3		
JOÃO PESSOA 20	83,3		

Tabela 22 - Melhores e piores desempenhos dasEqNASF no RA

SUBDIMENSÃO	Melhores Classificadas	Piores Classificadas
REGISTRO DE ATIVIDADES	40 EqNASF	2 EqNASF
NASF registra ações em prontuários comuns das eAB	100%	0%
Ações registradas em prontuários: Consultas individuais do profissional do NASF	100%	0%
Consultas compartilhadas	100%	0%
Atendimentos domiciliares	100%	0%
Grupos terapêuticos	25%	0%
Encaminhamentos e condutas definidas a partir de discussão de casos	97,5%	0%

5.4 RANKING DAS EqNASF

De acordo com as estatísticas de ordem, foi gerado um *ranking* das EqNASF participantes da pesquisa mediante a pontuação total dos escores, como pode-se observar na Tabela 23. Entre as dez primeiras colocadas, estão cinco das EqNASFdo município de Feira de Santana, ou seja, mais da metade (62,50%), quatro de João Pessoa e uma de Recife. Entre as dez últimas colocadas, encontram-se umaEqNASFdo município de Feira de Santana, três de João Pessoa, duas de Recife, uma de Natal, duas de Maceió e uma de Fortaleza.

Vale salientar que as duas representantes de Maceió e única representante de Fortaleza obtiveram as pontuações mais baixas. Além disso, o *Ranking* revela discrepâncias entre EqNASF de um mesmo município, como ocorrido em Feira de Santana, João Pessoa e Recife, os quais apresentaram equipes com ótimas condições do seu processo de trabalho e ao mesmo tempo equipes entre as pontuações mais baixas.

Tabela 23 - Ranking das EqNASF

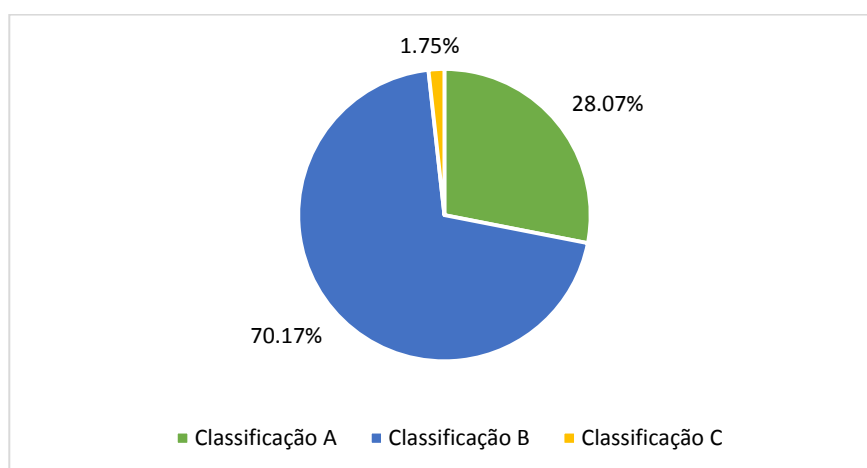
POSICÃO	UF	EqNASF	ÍNDICE GERAL (%)	POSICÃO	UF	EqNASF	ÍNDICE GERAL (%)
1º	BA	FEIRA DE SANTANA 6	92,39	30º	PB	JOÃO PESSOA 17	65,08
2º	PB	JOÃO PESSOA 9	90,45	31º	PE	RECIFE 2	64,69
3º	PB	JOÃO PESSOA 12	87,54	32º	PI	TERESINA 1	64,55
4º	BA	FEIRA DE SANTANA 5	86,37	33º	PE	RECIFE 6	64,13
5º	PB	JOÃO PESSOA 11	85,15	34º	PE	RECIFE 15	62,79
6º	PB	JOÃO PESSOA 4	84,98			JABOATÃO DOS	
7º	BA	FEIRA DE SANTANA 8	80,66	35º	PE	GUARARAPES 3	62,44
8º	BA	FEIRA DE SANTANA 2	79,90	36º	PB	JOÃO PESSOA 5	62,35
9º	BA	FEIRA DE SANTANA 4	79,13			JABOATÃO DOS	
10º	PE	RECIFE 11	78,31	37º	PE	GUARARAPES 4	62,26
11º	PB	JOÃO PESSOA 10	77,52	38º	PE	RECIFE 10	62,10
12º	PB	JOÃO PESSOA 15	77,09	39º	PI	TERESINA 3	60,81
13º	PB	JOÃO PESSOA 3	76,75	40º	BA	FEIRA DE SANTANA 7	59,65
		JABOATÃO DOS		41º	PB	JOÃO PESSOA 14	58,99
14º	PE	GUARARAPES 1	76,65	42º	PE	RECIFE 12	58,02
15º	PE	RECIFE 14	75,68	43º	PB	JOÃO PESSOA 6	56,61
16º	PB	JOÃO PESSOA 18	75,35	44º	PE	RECIFE 7	55,64
17º	BA	SALVADOR 1	73,88	45º	RN	NATAL 2	55,41
18º	PB	JOÃO PESSOA 8	72,71	46º	PE	RECIFE 1	55,16
19º	PE	RECIFE 4	72,00	47º	BA	FEIRA DE SANTANA 3	54,24
20º	PB	JOÃO PESSOA 7	71,86	48º	BA	FEIRA DE SANTANA 1	54,21
		JABOATÃO DOS		49º	PE	RECIFE 13	52,73
21º	PE	GUARARAPES 2	71,13	50º	PB	JOÃO PESSOA 1	51,56
22º	PE	RECIFE 3	70,19	51º	RN	NATAL 3	50,61
23º	RN	NATAL 1	70,01	52º	PE	RECIFE 5	48,51
24º	PB	JOÃO PESSOA 16	69,04	53º	PB	JOÃO PESSOA 13	46,06
25º	PI	TERESINA 2	68,79	54º	PB	JOÃO PESSOA 2	41,99
26º	PE	RECIFE 8	67,61	55º	AL	MACEIÓ 1	41,33
27º	PB	JOÃO PESSOA 20	66,38	56º	AL	MACEIÓ 2	33,69
28º	PB	JOÃO PESSOA 19	66,31	57º	CE	FORTALEZA 1	18,43
29º	PE	RECIFE 9	66,18				

5.5 TOTAL DE EqNASF POR CLASSIFICAÇÃO

Mediante o resultado do escore final obtido para cada EqNASF, foi possível observar a quantidade de equipes que se encontram nas Classificações A, B e C. Conforme o Gráfico 1, 70,17% das equipes estão no nível B, ou seja, com pontuações entre 25% e 75%, demonstrando que a maioria encontra-se com o processo de trabalho do NASF atuando em condições moderadas.

Para a classificação A, 28,07% das EqNASF estão atuando com condições satisfatórias, pois receberam pontuação acima de 75% e apenas 1,75% se enquadraram na classificação C, apresentando pontuação abaixo de 25%.

Gráfico 1 - Distribuição das EqNASF por classificação



5.6 EqNASF COM CONDIÇÕES INSATISFATÓRIAS POR SUBDIMENSÃO

Foram obtidas informações acerca das EqNASF que receberam Classificação C (escore abaixo de 25%), por meio da estatística de ordem as quais apresentaram as menores pontuações em cada subdimensão.

De acordo com a Tabela 24, observa-se que todas as EqNASF que apresentaram condições insatisfatórias em duas ou mais subdimensões, estiveram entre as dez últimas colocadas no *ranking*. Contudo, percebe-se que a EqNASF Natal 3 apresentou baixa pontuação apenas na EF e a EqNASF Recife 13 apenas na GDA, porém ambas obtiveram uma posição abaixo (51º e 49º, respectivamente) da

EqNASF de Feira de Santana 3, a qual apresenta condições insatisfatórias em duas subdimensões (AM e GDA) e está na 47ª posição do *ranking*.

A explicação para isso pode estar no fato de que, embora Natal 3 e Recife 13 tenham apresentado condições insatisfatórias em apenas uma subdimensão, as suas pontuações nas demais subdimensões foram menores do que a de Feira de Santana 3, gerando um escore final menor, fazendo com que as mesmas ficassem em posições piores.

Tabela 24 - EqNASF com condições insatisfatórias em cada subdimensão

UF	Posição no <i>Ranking</i>	EqNASF	EF	OGC	EP	PA	OA	AM	GDA	RA
PB	27º	JOÃO PESSOA 20	X							
BA	17º	SALVADOR 1	X							
RN	51º	NATAL 3	X							
PB	20º	JOÃO PESSOA 7	X							
PB	12º	JOÃO PESSOA 15	X							
PB	43º	JOÃO PESSOA 6	X							
PB	13º	JOÃO PESSOA 3	X							
CE	57º	FORTALEZA 1	X		X	X		X		X
PE	29º	RECIFE 9							X	
PE	46º	RECIFE 1							X	
RN	45º	NATAL 2		X						
PB	41º	JOÃO PESSOA 14		X						
PB	54º	JOÃO PESSOA 2			X	X				
AL	55º	MACEIÓ 1			X					X
BA	48º	FEIRA DE SANTANA 1			X					
AL	56º	MACEIÓ 2			X	X		X		
PB	36º	JOÃO PESSOA 5				X				
PB	53º	JOÃO PESSOA 13					X		X	
BA	47º	FEIRA DE SANTANA 3						X	X	
PI	32º	TERESINA 1						X		
PB	50º	JOÃO PESSOA 1						X	X	
	21º	JABOATÃO DOS								
PE		GUARARAPES 2							X	
	37º	JABOATÃO DOS								
PE		GUARARAPES 4							X	
BA	40º	FEIRA DE SANTANA 7							X	
PB	28º	JOÃO PESSOA 19							X	
PE	31º	RECIFE 2							X	
PE	33º	RECIFE 6							X	

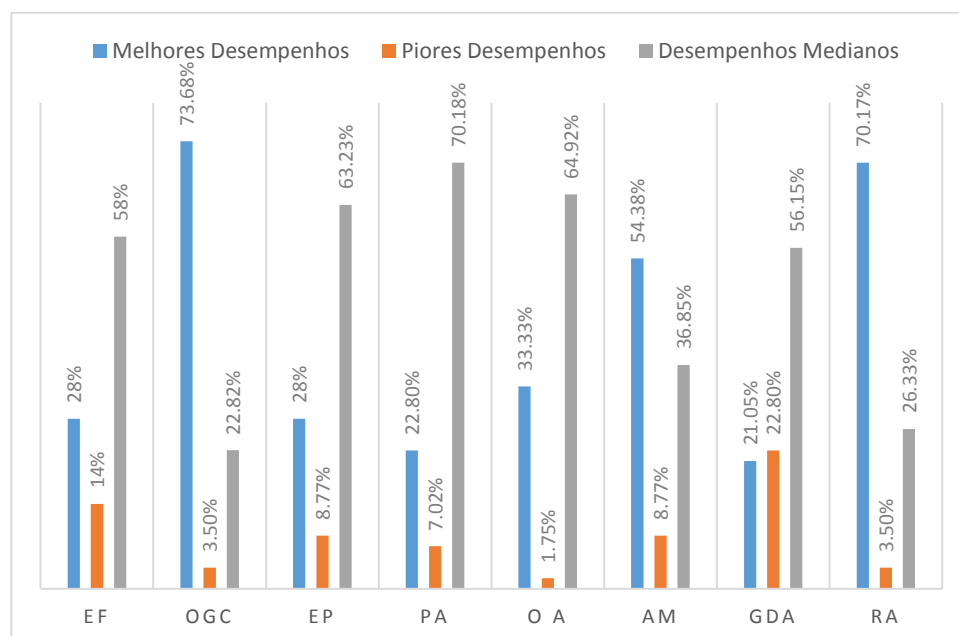
PE	38º	RECIFE 10	X
PE	49º	RECIFE 13	X

EF: Estrutura Física; OGC: Organização da Gestão e Coordenação do NASF; EP: Educação Permanente; PA: Planejamento das Ações do NASF; OA: Organização da agenda; AM: Organização do Apoio Matricial às EAB (AM); GDA: Gestão da demanda e da atenção compartilhada; RA: Registro de Atividades.

5.7 QUANTITATIVO DE EqNASF POR SUBDIMENSÃO

De acordo com o Gráfico 2, observa-se que, em sete das oito subdimensões, a quantidade de EqNASF bem avaliadas é superior. As subdimensões Organização da Gestão e Coordenação do NASF (OGC), Registro de Atividades (RA) e Organização do Apoio Matricial às eAB (AM) obtiveram os maiores percentuais (73,68%, 70,17% e 54,38%, respectivamente), com mais da metade das EqNASF apresentando boas condições nas mesmas. Apenas a subdimensão Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada (GDA) apresentou uma quantidade inferior de EqNASF bem avaliadas (21,05%), sendo a diferença de apenas uma EqNASF.

Gráfico 2 - Distribuição das EqNASF por desempenho em cada subdimensão



EF: Estrutura Física; OGC: Organização da Gestão e Coordenação do NASF; EP: Educação Permanente; PA: Planejamento das Ações do NASF; OA: Organização da agenda; AM: Organização do

Apoio Matricial às EAB (AM); GDA: Gestão da demanda e da atenção compartilhada; RA: Registro de Atividades.

Com exceção da subdimensão GDA, observa-se que as quantidades de EqNASF mal avaliadas por subdimensão é inferior a 14%, o que reflete um ponto positivo na avaliação dessas EqNASF, demonstrando que, de uma maneira geral, as EqNASF estão em um grau moderado de atuação do seu processo de trabalho em relação ao previsto pelo MS, pois os dados refletem que, em cinco das oito subdimensões, mais da metade das EqNASF encontram-se no nível mediano.

5.8 MÉDIA GERAL DOS MUNICÍPIOS

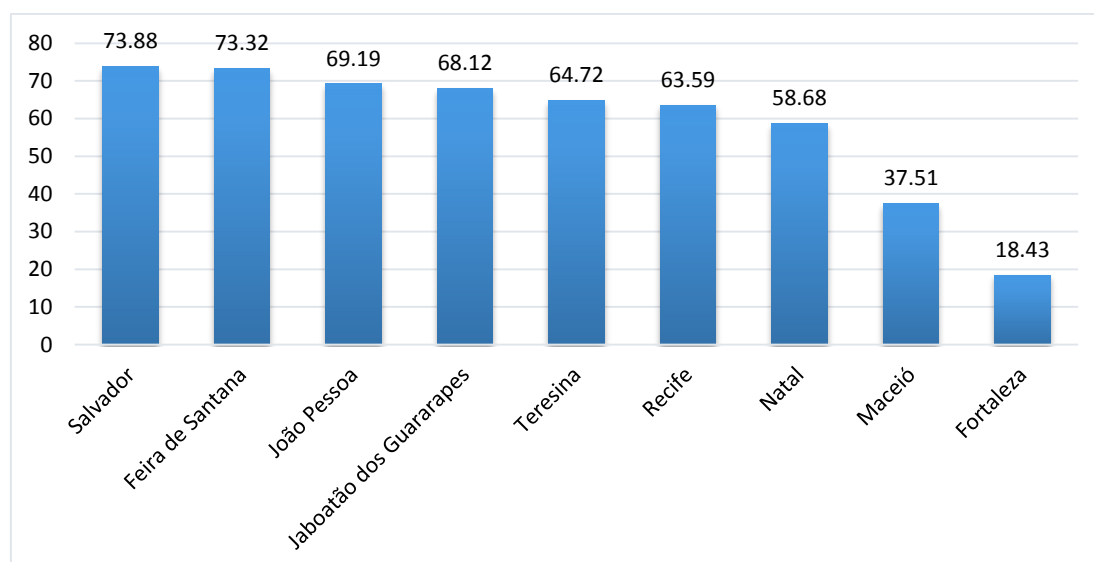
A Tabela 25 apresenta os Municípios, com a numeração das suas respectivas EqNASF e escores finais de cada uma. Observa-se que há uma grande diversidade nas pontuações obtidas pelas EqNASF pertencentes a um mesmo município. Quanto maior o número de EqNASF participantes, maior a discrepância nos escores.

Tabela 25 - Escores finais de cada EqNASF por Município

João Pessoa	Recife	Feira de Santana	Jaboatão dos Guararapes	Natal	Teresina	Maceió	Salvador	Fortaleza
9 90,45	11 78,31	6 92,39	1 76,65	1 70,01	2 68,79	1 41,33	1 73,88	1 18,43
12 87,54	14 75,68	5 86,37	2 71,13	2 55,41	1 64,55	2 33,69		
11 85,15	4 72,00	8 80,66	3 62,44	3 50,61	3 60,81			
4 84,98	3 70,19	2 79,90	4 62,26					
10 77,52	8 67,61	4 79,13						
15 77,09	9 66,18	7 59,65						
3 76,75	2 64,69	3 54,24						
18 75,35	6 64,13	1 54,21						
8 72,71	15 62,79							
7 71,86	10 62,10							
16 69,04	12 58,08							
20 66,38	7 55,64							
19 66,31	1 55,16							
17 65,08	13 52,73							
5 62,35	5 48,51							
14 58,99								
6 56,61								
1 51,56								
13 46,06								
2 41,99								

Conforme os escores finais de cada EqNASF dos municípios selecionados e para a análise geral dos municípios, foi gerada a média dos mesmos, como observado no Gráfico 3, no qual é possível observar que nenhum dos municípios está com média acima de 75% e apenas Fortaleza apresentou média abaixo de 25%. Embora Salvador e Fortaleza tenham apresentado apenas uma EqNASF, ambas estiveram na primeira e última posição, respectivamente.

Gráfico 3 - Média geral dos municípios



6 DISCUSSÃO

As subdimensões Organização da Gestão e Coordenação do NASF (OGC), Registro de Atividades (RA) e Organização do Apoio Matricial às eAB (AM) foram as melhores avaliadas, demonstrando que a maioria das EqNASF estão atuando em consonância com o que está disposto no Caderno de AB Nº 39 no que diz respeito a estas subdimensões.

O trabalho organizado entre a gestão e o NASF repercute em um bom desenvolvimento de estratégias para a realização do processo de trabalho das EqNASF. Andrade *et al.* (2012) afirmam que é fundamental o comprometimento da gestão com a rotina das equipes, em razão das redes complexas existentes nos serviços de saúde.

Conforme a Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, as Secretarias de Saúde dos Municípios (SMS) e do Distrito Federal têm um importante papel na definição do território de atuação de cada NASF. Além disso, trabalham no planejamento de ações que serão realizadas pelos NASF e em conjunto com a eSF. Para potencializar o funcionamento dos NASF, as SMS atuam ainda na gestão e na manutenção do cadastro dos profissionais das EqNASF e estabelecem estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência (BRASIL, 2008).

Destaca-se a importância da realização de reuniões periódicas entre o NASF e sua coordenação, pois, uma vez que estas não ocorrem ou não há um responsável/referência do NASF ao nível da gestão municipal, o suporte da gestão para as equipes apoiadas fica comprometido e isso interfere no funcionamento da rede de serviços em saúde.

De acordo com o MS (BRASIL, 2014), o registro de atividades individuais e coletivas, bem como o registro de informações coletadas em prontuários comuns às eAB, são ferramentas para o levantamento de dados sobre o território de abrangência das eAB. A subdimensão Registro de Atividades avaliou as ações que podem ser registradas em prontuários comuns da eAB, dentre elas, tem-se:

consultas individuais do profissional NASF, consultas compartilhadas, atendimentos domiciliares, grupos terapêuticos, encaminhamentos, condutas definidas a partir de discussão de casos, atividades de reuniões para educação permanente e reuniões com as eAB e grupos de educação em saúde.

Os resultados alcançados demonstraram que essas atividades estão sendo bem executadas pelas EqNASF. Isso reflete no trabalho sistemático entre as EqNASF e as eAB apoiadas, uma vez que facilita a comunicação entre ambas à medida que as atividades são documentadas.

Embora tenha sido observado uma boa integração entre as EqNASF e as eAB na realização do registro de atividades, ao analisar a subdimensão Planejamento das Ações (PA), observou-se que as piores EqNASF não avaliam o seu processo de trabalho, apenas a metade realiza monitoramento conjuntamente com a eAB dos seus indicadores e a única forma de auto-avaliação realizada nos últimos doze meses foi o AMAQ-NASF.

Evidenciou-se o fato de que o tipo de registro mais utilizado, tanto pelas equipes com o melhor desempenho nesta subdimensão, quanto as que tiveram piores escores foi fichas, planilhas ou relatórios construídos pela própria EqNASF. Todas as equipes avaliadas apresentaram uma baixa porcentagem acerca da utilização dos sistemas e-SUS atenção básica, SIAB ou SIA. Isso pode estar relacionado à demora ou dificuldades para a implantação do e-SUS atenção básica nos municípios, mas não justifica a não utilização de dados do DATA-SUS.

Ainda sobre as subdimensões com um total superior de EqNASF com bom desempenho, os aspectos relativos à organização do Apoio Matricial, como: realizar encontros semanais entre o NASF e as equipes apoiadas, consultas compartilhadas com os profissionais da eAB, discussão de casos e construção conjunta com a eAB de projetos terapêuticos, foram bem avaliados. Percebe-se, então, que há uma boa articulação do trabalho conjunto entre a maioria das EqNASF avaliadas com as eAB.

Sabendo-se que o apoio matricial é formado por um conjunto de profissionais, cujas tarefas são de prestar apoio às equipes de referência, a

integração dos profissionais deve se dar a partir das necessidades observadas das demandas das eAB. Isso favorece um aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, com uma maior abrangência de ações das UBS, bem como facilita a articulação com outros pontos de atenção da rede, garantindo a continuidade do cuidado dos usuários (BRASIL, 2010; BRASIL 2014).

Cunha (2011) afirma que o Apoio Matricial em saúde visa assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção diante de problemas de saúde, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Em um estudo realizado por Sampaio *et al.* (2013), foram elucidados cinco tipos de apoio matricial que podem ser realizados pelos profissionais do NASF: o apoio técnico-pedagógico, para oferecer às eSF atividades de educação permanente; o apoio político-comunitário, a fim de fortalecer os espaços sociais, enfatizando a gestão participativa; o apoio técnico-assistencial, no qual almeja-se uma maior resolubilidade nos problemas de saúde; o apoio político-institucional, o qual refere-se ao controle do projeto político implementado pelas SMS dentro do território das UBS; e o apoio gerencial-administrativo, com a finalidade de solucionar problemas estruturais e administrativos das UBS.

Para a construção da clínica do apoio matricial, a organização conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) entre o NASF e a eAB proporciona a existência de um espaço de discussão coletiva com uma equipe interdisciplinar e favorece o trabalho das EqNASF. O monitoramento do PTS foi bem avaliado entre as equipes que obtiveram melhores escores, porém, as com piores avaliações afirmaram não realizá-lo. Em decorrência disso, pode haver prejuízo no trabalho integrado e compartilhado com a eAB, bem como insucesso no andamento do PTS.

O apoio matricial do NASF será efetivo quando houver compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da eAB e dos diferentes profissionais do NASF (BRASIL, 2014). Dessa forma, diante da diversidade de opções para atuação do NASF no apoio matricial, Sampaio *et al.* (2013) defende que é necessário que as equipes de referência e de apoio matricial utilizem a pluralidade das suas expertises

para realizarem um bom planejamento e desenvolvimento de projetos coletivos, para promover, manter e reabilitar a saúde dos indivíduos, famílias e grupos no território.

O compartilhamento de casos entre a eAB e o NASF é fundamental para o trabalho articulado e sistemático entre ambos, pois estimula a troca de informações e saberes entre os profissionais e potencializa a busca de soluções para os problemas identificados. Em casos urgentes, se porventura o profissional do NASF não estiver presente na UBS, o contato pode ser realizado pelo profissional da eAB por meio de telefone ou meio eletrônico. Em casos de menor urgência, o compartilhamento pode ser feito por meio de estudo e discussão de casos, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas/atendimentos conjuntos, apoio por telefone, e-mail e agendamento de consultas na agenda do profissional do NASF (BRASIL, 2014; BRASIL, 2010). Conforme os dados encontrados, todas as EqNASF bem avaliadas na subdimensão do Apoio Matricial afirmaram realizar compartilhamento de casos por meio de discussão de casos e contato telefônico, além de consultas compartilhadas (96,77%). Em menor quantidade (67,74%), as EqNASF realizam compartilhamento por escrito ou por meio do agendamento direto na agenda do NASF.

A subdimensão Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada (GDA) foi a que obteve o maior número de EqNASF com condições insatisfatórias. Pôde-se constatar a precariedade na atuação dos NASF no monitoramento das solicitações de apoio das eAB e na avaliação dos resultados de suas ações nas equipes apoiadas. Isso aponta para a carência na organização da gestão do cuidado.

Conforme Cecilio (2011), a dimensão organizacional do cuidado refere-se à divisão técnica e social do trabalho nos serviços de saúde, levando-se em consideração o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita. Assim, tem-se que há a necessidade de uma melhor organização do processo de trabalho das EqNASF no que tange essas áreas com carência destacadas no estudo, a fim de proporcionar uma rede de serviços baseada na construção da integralidade do cuidado.

Para uma boa execução desse monitoramento e possível avaliação dos resultados das ações realizadas pela EqNASF, podem ser utilizadas informações referentes a: análise dos indicadores de saúde da população do território; análise das situações de saúde dos casos compartilhados; análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF; análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada, entre outros.

Considerando-se a grande demanda que existe para as equipes NASF, as questões apontadas como insuficientes ou inexistentes nesta subdimensão suscitam o questionamento acerca de como essas equipes estão organizando suas prioridades se não utilizam os indicadores e não avaliam o resultado de suas ações.

O MS (BRASIL, 2014) afirma que a incorporação da avaliação e do monitoramento como práticas sistemáticas pode proporcionar informações úteis que auxiliam na definição de estratégias de intervenção, na tomada de decisão e na organização do trabalho dos profissionais. Entretanto, o registro precário de informações, bem como a falta de discussão conjunta de casos com as eAB pode comprometer o controle e o acompanhamento dos resultados e impactos que foram gerados pelas ações desenvolvidas pela EqNASF nas eAB apoiadas.

O monitoramento das atividades realizadas pelo NASF e de suas equipes apoiadas tem relação direta com o planejamento das ações e como registro adequado das informações. À medida que estes são realizados de forma eficaz, há uma melhor continuidade do cuidado aos indivíduos, bem como favorece o compartilhamento das condutas realizadas pelos profissionais, e, conseqüentemente, ocorre um progresso do processo de trabalho e dos serviços que são oferecidos (BRASIL, 2014).

A atuação de EqNASF sem a integração com as equipes apoiadas reflete ao não cumprimento de princípios básicos estabelecidos pelo MS, o qual reforça que os NASF devem atuar de forma integrada e planejada com a rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as eSF. Todavia, nem sempre essa integração ocorre de uma forma eficaz,

corroborando com o estudo de Matuda *et al.* (2015), em que foram constatadas fragilidades acerca da colaboração interprofissional entre profissionais das eAB e do NASF, uma vez que ainda persistem visões de trabalho individualizado e com pouca integração.

Pontes *et al.* (2013) afirmam em sua pesquisa que, embora o trabalho em equipe seja um tema bastante abordado na literatura, essa habilidade é algo pouco trabalhado na formação dos profissionais de saúde. Dessa forma, o estímulo a um bom planejamento de ações elaborado de forma conjunta entre o NASF e a eAB favorece uma melhor análise das potencialidades existentes nos territórios de atuação dessas equipes. Ademais, amplia as possibilidades de intervenção dos profissionais envolvidos e fortalece os resultados alcançados (BRASIL, 2014).

No tocante à integração entre a EqNASF e a eAB, a pactuação e disponibilização da agenda dos profissionais do NASF para as equipes apoiadas promovem um maior grau de comprometimento de todos os envolvidos e auxilia na concretização dos planos estabelecidos nos cronogramas (BRASIL, 2014). Dentre os elementos constituintes da agenda do NASF, têm-se: reuniões de matriciamento com as eAB; atendimentos individuais; atendimentos domiciliares; grupos e atividades coletivas; espaço destinado à elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente; e reunião entre os profissionais do NASF.

A sistematização bem articulada de um cronograma favorece uma melhor flexibilização de possíveis atividades a serem realizadas. Com isso, a organização da agenda, reflete, também, em o NASF poder desenvolver ações não programadas diante de situações imprevistas. Além disso, facilita a comunicação entre as equipes e possibilita o conhecimento sobre onde encontrar os profissionais da EqNASF (BRASIL, 2014). Em uma análise geral, observou-se que as EqNASF estão atuando com um bom desempenho acerca da organização de sua agenda, bem como a disponibilização da mesma para as equipes apoiadas, proporcionando uma melhor articulação das atividades, e, com isso, um melhor diálogo entre o NASF e as eAB.

A Estrutura Física foi a subdimensão que obteve a segunda maior quantidade de EqNASF com condições insatisfatórias. As EqNASF melhor avaliadas declararam trabalhar tanto nos espaços da UBS quanto no território, bem como afirmaram ter sala exclusiva para os profissionais do NASF e a disponibilidade de um veículo para os mesmos.

Ressalta-se que, uma sala exclusiva para o trabalho da EqNASF não é algo determinante para um bom desempenho de suas atividades, uma vez que a proposta do NASF é dar apoio para a eAB, atuando de forma conjunta com a mesma, como mencionado anteriormente. Dessa forma, percebe-se a importância da elaboração de um cronograma das salas, a fim de que não haja choque de atividades e não prejudique o desenvolvimento das ações das EqNASF e eAB.

A disponibilidade de um carro para a EqNASF é algo preconizado pelo MS (BRASIL, 2014) em casos de mapeamento das condições existentes para o desenvolvimento do trabalho na UBS, em que é preciso realizar atendimento domiciliar e para deslocamento aos locais mais distantes da UBS ou de difícil acesso. Contudo, levando-se em consideração que as EqNASF avaliadas encontram-se em cidades de grande porte e que em todas existem o NASF tipo 1, em que precisa-se de no mínimo 8 e no máximo 15 eSF/eAB, consequentemente, há um maior número de UBS por área, ou seja, a necessidade de grandes deslocamentos por parte das EqNASF chega a ser menor. Com isso, ter um veículo disponível para o NASF não necessariamente é algo primordial para o bom desenvolvimento do seu processo de trabalho.

O trabalho eficiente dos profissionais do NASF depende também da sua qualificação profissional e da oferta de educação permanente para os mesmos. O MS (BRASIL, 2014) reforça que é fundamental ofertar na implantação do NASF e na chegada de novos profissionais, discussões com abordagens sobre o trabalho das eAB, competências para o trabalho de apoio às equipes e questões relativas aos núcleos de saber de cada categoria profissional que o compõe.

Das EqNASF avaliadas na subdimensão da Educação Permanente (EP), todas as piores classificadas não receberam algum tipo de educação permanente. Embora

alguns profissionais dessas equipes tenham recebido alguma formação específica no início do trabalho, a ausência de oferta de educação permanente pode favorecer uma precariedade da capacitação dos mesmos e do preparo para discussão e aprimoramento do seu processo de trabalho.

Com relação à análise geral do quantitativo de EqNASF em todas as subdimensões analisadas, pôde-se perceber que, exceto nas subdimensões OGC, AM e RA, as quais obtiveram o maior número de equipes bem avaliadas, em todas as outras subdimensões mais da metade das EqNASF foram classificadas no nível mediano. Isso demonstra que as EqNASF, em uma análise por subdimensão, estão atuando nos níveis de moderado a satisfatório.

Além disso, foi possível visualizar as EqNASF com menores pontuações em cada subdimensão, em que percebeu-se que a maioria apresentou condição insatisfatória em apenas uma subdimensão. Esses achados facilitam um olhar mais detalhado tanto por parte da gestão, como das eAB e dos próprios profissionais do NASF para os aspectos que essas equipes precisam de melhorias. Diante de benfeitorias nessas áreas, haverá um aperfeiçoamento e um favorecimento de melhores condições de trabalho para o NASF, contribuindo, então, para uma melhor oferta dos serviços de saúde.

Diante dos achados nesse estudo, percebe-se a importância da organização da prática gerencial para o bom funcionamento das ações em saúde, influenciando diretamente na eficiência do trabalho realizado pelas EqNASF para com suas equipes apoiadas. Cecílio (2010) afirma que a capacidade de gestão como objeto de reflexão compartilhada com a equipe em um primeiro momento e, depois, de forma compartilhada com outros coordenadores, permite a exploração de novos sentidos e novas possibilidades de intervenção dos mesmos.

Segundo Hennington (2008), para uma melhor compreensão da construção de uma rede de atenção humanizada e solidária é necessário repensar a gestão dos processos de trabalho e a tarefa de produzir saúde. Isso remete à necessidade permanente de articulação e de negociação entre os gestores, as eAB e as EqNASF. Ademais, é imprescindível o conhecimento de saberes e práticas produzidos e

legitimados no cotidiano dos trabalhadores da saúde na efetivação de suas práticas para fortalecer a rede de serviços de saúde.

Nenhum dos municípios atingiu média com classificação A e apenas o município de Fortaleza apresentou classificação C. Isso reflete que oito dos nove municípios estudados estão, de maneira geral, com o processo de trabalho de suas EqNASF atuando em nível moderado e que apenas o município de Fortaleza, representado pela EqNASF participante da pesquisa, está com condições insatisfatórias.

Vale ressaltar que esses dados foram obtidos com a quantidade de EqNASF dos municípios classificados no Estrato 6 e que foram certificadas no 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ. Com isso, os municípios podem ter outras EqNASF, que, caso estivessem certificadas, poderiam ter alterado a pontuação dos mesmos, proporcionando então uma melhor análise da realidade do processo de trabalho dos seus NASF.

Foram observadas discrepâncias entre EqNASF pertencentes a um mesmo município, em que algumas equipes obtiveram condições excelentes de trabalho, enquanto outras ficaram entre as piores. Isso gera um questionamento sobre a existência de falhas na gestão municipal com determinadas EqNASF, levando-se em consideração que os municípios selecionados para o estudo se enquadram na melhor estratificação do PMAQ, com isso, espera-se que suas condições de apoio da gestão sejam melhores.

Ditterich *et al.* (2012) reforçam que a existência de diferentes realidades municipais, colocam os gestores da saúde frente a vários desafios na busca de garantia da atenção universal, equitativa e integral. Dentre os desafios apontados por esses autores, têm-se: problemas de financiamento, ausência de redes integradas de serviços, problemas na pactuação dos serviços contratados e conveniados, baixa sustentabilidade política e institucional, rotatividade de pessoal, dificuldades e morosidades burocráticas, falta de prioridades e interferência política.

É interessante ressaltar que, ainda que se almeje uma homogeneidade de informações, não há como se obter uma padronização das avaliações das EqNASF tendo em vista que cada equipe tem necessidades e demandas específicas. Contudo, os itens avaliados pelo PMAQ-NASF foram gerados com base nos preceitos do MS, com a abordagem de temas essenciais para uma equipe realizar o seu processo de trabalho em conformidade com os documentos ministeriais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos apontam a existência de EqNASF deficientes no monitoramento e análise dos indicadores do seu processo de trabalho. Além disso, foram constatadas equipes que não avaliam os resultados de suas ações nas equipes apoiadas e não monitoram as solicitações de apoio das mesmas. Fato este que reflete falhas na gestão do cuidado, prejudicando a rede de serviços de saúde e a sua integralidade.

Embora a temática da Educação Permanente seja algo bastante abordado na literatura, observou-se que ainda existem EqNASF com carência no recebimento de algum tipo de educação permanente. Deste modo, a capacitação dos profissionais para o desenvolvimento do seu processo de trabalho pode ter prejuízo, dificultando a atuação dos mesmos na função de apoiadores.

Destacam-se como atividades bem avaliadas a organização da agenda, a ocorrência de encontros semanais das EqNASF com suas equipes apoiadas e o registro de atividades em prontuários comuns das eAB. Da mesma forma, a organização do apoio matricial, incluindo as atividades realizadas nos encontros das EqNASF com suas equipes apoiadas, demonstrou que o NASF está desempenhando um bom trabalho nessa perspectiva.

O estudo constatou as EqNASF com condições insatisfatórias em cada subdimensão. Assim, propicia uma melhor visibilidade aos gestores para uma intervenção nas áreas específicas abordadas nessas subdimensões, uma vez que estas representam as que necessitam de um maior investimento e melhorias.

Com relação às subdimensões avaliadas, percebeu-se que há um predomínio nos níveis de moderado a satisfatório nas EqNASF em relação ao que está disposto no Caderno de AB nº 39. Contudo, vale salientar que, embora as equipes com condições insatisfatórias tenham sido em menor porcentagem, ainda assim são equipes que estão trabalhando sem cumprir muitos aspectos básicos dispostos nos documentos ministeriais que dão suporte para a atuação do NASF.

Informações relevantes também foram obtidas acerca do processo de trabalho das EqNASF por municípios, em que foi possível perceber a presença de

discrepâncias na atuação dos NASF dentro de um mesmo município, bem como entre os municípios estudados. Essa diversidade no processo de trabalho, não só relaciona-se com as necessidades específicas de cada UBS, como também ao tipo de apoio que é ofertado pela gestão para essas equipes, tendo em vista que foram identificadas situações de equipes sob o cuidado de uma mesma gestão, em que algumas obtiveram resultados excelentes e outras resultados bastante inferiores.

Ainda assim, os municípios encontram-se em uma condição aceitável de atuação, tendo em vista que oito dos nove municípios participantes dessa pesquisa estão com o processo de trabalho de suas EqNASF em nível moderado. Espera-se que esses achados possam estimular os gestores e os profissionais do NASF a buscarem um aprimoramento da atuação das EqNASF nos serviços de saúde, a fim de que se atinja um nível de excelência do trabalho do NASF com a gestão e com suas equipes apoiadas, e, conseqüentemente, beneficiar e aperfeiçoar o funcionamento de toda a rede de saúde.

Uma limitação do estudo foi o total de EqNASF classificadas no Estrato 6 que aderiram ao 2º Ciclo do PMAQ-NASF, pois a adesão ocorreu de forma voluntária. Com isso, alguns municípios foram representados por uma pequena quantidade de EqNASF, o que limitou uma análise mais acurada do seu processo de trabalho.

Diante das discrepâncias observadas, sugere-se a realização de novas pesquisas que analisem com um maior detalhamento os motivos para a existência das mesmas entre as EqNASF dentro de um mesmo município.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ANDRADE, Lucas Melo Biondi de *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde & Transformação Social*, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. mov*, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 24 jan. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de AB Variável - PAB Variável. *Saúde Legis*, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. Política Nacional de AB/Ministério da Saúde. Secretaria de AB à Saúde. Departamento de AB. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de AB, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de AB. Cobertura da Estratégia Saúde da Família: credenciamento, implantação e funcionamento. 2016. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em 25 de mar. 2016.

CARVALHO, B. G. Coordenação de Unidade da AB no SUS: trabalho, interação e conflitos. 300. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(3): 557-566, mar, 2010.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J. L., PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas, v. 2, p. 29-47, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. Cienc. Saúde Colet. v.11, n.3, 2006.

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

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. Cad. Saúde Pública, v. 28, n. 4, p. 615-627, 2012.

FAUSTO, M.C.R; MENDONÇA, M.H.M; GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da AB no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). Rotas da AB no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ- AB. Rio de Janeiro: Saberes Editora, p. 291-311, 2013.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.3, 2006.

FREIRE, F. J. R., FORSTER, A. C., MAGNAGO, C., CACCIA, M. D. C. G. G., RIVAS, N. P. P. Trabalho em Equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família da Microrregião de Saúde de Passos/Piumhi, MG. *Revista Cereus*, v. 7, n. 2, p. 169, 2015.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de AB: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 7, n. 22, p. 5– 9, 24 jan. 2012.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do fisioterapeuta na AB: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 2, p. 113-122, 2012.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. D., ALMEIDA, P. D., ESCOREL, S., SENNA, M. D. C. M., FAUSTO, M. C. R., TEIXEIRA, C. P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

GOMES, L. B., BARBOSA, M. G., FERLA, A. A. AB: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). *Série AB e Educação na Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida. 2016.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.

MARX, K. *O Capital*. 14ª ed. São Paulo: Difel; 1994. v.1.

MATUDA, C. G., PINTO, N. R. S., MARTINS, C. L., FRAZÃO, P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de 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, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *RevSaude Publica*, v. 40, n. Esp, 2006.

PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., & MACINKO, J. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Veja*, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102001000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 out. 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2014.

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, suppl., ago. 2012.

PONTES, R. J. S.; ELLERY, A. E. L.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, 2013.

PROTASIO, A. P. L. Fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na AB em Saúde: análise a partir do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. 09/12/2014. 175. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa, 09 de dez de 2014.

RODRIGUES, C. A. Q. et al. Factors associated with satisfaction with dental services among the elderly. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 6, p. 1039–1050, dez. 2012.

SAMPAIO, J., SOUSA, C. S. M., MARCOLINO, E. de C., MAGALHÃES, F. C., SOUZA, F. F., ROCHA, A. M. de O., SOBRINHO, G. D. de O. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

SAMPAIO, J.; MARTINIANO, C. S.; ROCHA, A. M. O.; NETO, A. A. S.; SOBRINHO, G. D. O.; MARCOLINO, E. C.; MAGALHÃES, F. C.; SOUZA, F. F. 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.

SANTOS, M.A.M; CUTOLO, L.R.A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *Arq Catarinenses Medina*. 2004.

SILVA, A. T. C. D., AGUIAR, M. E. D., WINCK, K., RODRIGUES, K. G. W., SATO, M. E., GRISI, S. J. F. E., RIOS, I. C. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, P. H. G. Núcleo de apoio à saúde da família – NASF no Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da AB PMAQ: análise dos indicadores do 2º ciclo da avaliação externa. 144. Monografia (Especialização). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRS. 2014.

TANAKA, O. Y., TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde/*The role of evaluation in decision making in the management of health services*. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

Apêndice A - Instrumento da Coleta de Dados

Módulo IV – Entrevista com Profissional do NASF e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

- Para responder à entrevista com a equipe participante do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ), o entrevistador deve fazer contato prévio com o profissional que responderá à entrevista. Este profissional deverá ser um profissional do NASF (é recomendado que tenha mais de um profissional do NASF para responder as questões do instrumento) que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, determinado pela equipe previamente ao momento da avaliação.
- Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.
- As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas a existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).

Identificação Geral			
IV.1.1	Número do supervisor:		
IV.1.2	Número do entrevistador:		
Identificação da Unidade de Saúde			
IV.2.1	Coordenadas GPS(Por favor, capture as coordenadas na tela anterior através do botão com ícone de satélite)		Latitude
			Longitude
		()	Não foi possível obter as coordenadas
IV.2.2	Endereço		
IV.2.3	Telefone(DDD)+8dígitos		() ____ - ____ () Não existe telefone
Termos de Compromisso e Ata de Reunião			
O - IV.3.1	O NASF possui ata de reunião assinada pela gestão municipal e pelos profissionais do NASF que comprove a adesão voluntária ao programa?		Sim
			Não
O - IV.3.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
O - IV.3.2	O NASF possui o termo de compromisso de adesão ao PMAQ assinado pelo responsável pelo NASF?		Sim
			Não
O - IV.3.2/1	Existe documento que comprove?		Sim

Estrutura Física			
G - IV.4.1	Existem cronogramas ou escalas de utilização das salas das unidades que contemplem as ações programadas para os profissionais do NASF?		Sim
			Não
G - IV.4.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
IV.4.2	Quais os espaços são disponibilizados para o NASF realizar suas atividades?		Consultório(s) de uso exclusivo da equipe NASF no espaço da UBS
			Consultório(s) compartilhado(s) com os profissionais da UBS
			Sala de reuniões na unidade
			Espaços no território (exemplo: parques, escolas ou praças)
			Outros(s)
IV.4.3	Existe veículo disponível para o NASF quando necessário?		Sim
			Não
IV.4.4	Essa disponibilidade atende às necessidades do NASF?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Às vezes
			Raramente
			Nunca
IV.4.5	A gestão disponibiliza os insumos necessários para o NASF realizar suas atividades?		Sim
			Não
Organização da Gestão e Coordenação do NASF			
G - IV.5.1	Existe responsável, referência ou coordenação do NASF no âmbito da gestão do município?		Sim
			Não
IV.5.2	Quem ou qual instância realiza essa função?		Coordenação da Atenção Básica
			Coordenação específica para a Equipe NASF na atenção básica
			Coordenação da região ou distrito de saúde do município
			Coordenação da UBS
			Outros
G - IV.5.3	Com que periodicidade acontecem espaços de reunião entre o NASF e sua coordenação?		Semanalmente
			Quinzenalmente
			Mensalmente
			Sem periodicidade definida

			Não acontecem
Educação Permanente			
ET - IV.6.1	Foi oferecida alguma formação específica para o NASF quando este iniciou o trabalho?		Sim, para todos os profissionais
			Sim, para alguns profissionais
			Não
IV.6.2	Que tipo de formação é/foi oferecido(a)?		Curso "introdutório"
			Oficina de capacitação
			Reunião informativa
			Outro(s)
IV.6.3	Em relação à formação oferecida, você considera que foi:		Muito Boa
			Boa
			Regular
			Ruim
			Péssima
IV.6.4	É oferecida educação permanente para os profissionais do NASF?		Sim, para todos os profissionais
			Sim, para alguns profissionais
			Não
IV.6.5	Com relação a Educação Permanente, você considera que foi:		Muito Boa
			Boa
			Regular
			Ruim
			Péssima
IV.6.6	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,

Planejamento das ações do NASF			
IV.7.1	O NASF utiliza algum mecanismo de registro de informação das suas ações?		Sim
			Não
ET - IV.7.2	Qual mecanismo é utilizado?		e-SUS atenção básica
			SIAB
			SIA
			Sistema próprio do município/equipe
			Fichas, planilhas ou relatórios construídos pela própria equipe NASF
			Outro(s)
G - IV.7.3	Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento?		Dados epidemiológicos do município
			Principais problemas de saúde do território
			Principais demandas das EAB
			Perfil da demanda atendida pelo NASF
			Desafios apontados na autoavaliação
			Outras prioridades definidas pela gestão municipal
			A gestão não disponibiliza informações
G - IV.7.4	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?		Sim
			Não
G - IV.7.4.1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
IV.7.5	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?		Semanal
			Bimestral
			Trimestral
			Semestral
			Anual
			Não realiza planejamento
IV.7.5/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
IV.7.6	O que foi considerado nesse planejamento?		Perfil demográfico, epidemiológico e assistencial
			Perfil territorial e ambiental
			Necessidades e demandas da(s)

ET - IV.7.7	O planejamento do NASF foi realizado de forma conjunta ou integrada ao planejamento das equipes AB?		Sim
			Não
G - IV.7.8	O NASF participa de monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde em conjunto com as equipes da AB apoiadas?		Sim
			Não
ET - IV.7.9	O NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho?		Sim
			Não
ET - IV.7.9/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
IV.7.10	O NASF realizou algum processo de autoavaliação nos últimos doze meses?		Sim
			Não
IV.7.10/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
IV.7.11	Qual instrumento utilizado?		AMAQ - NASF
			Instrumento desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde
			Instrumento desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde
			Instrumento desenvolvido pela própria equipe NASF
			A equipe realizou processo autoavaliativo informal, sem instrumento específico
IV.7.11/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
Organização da agenda			
G - IV.8.1	O cronograma/agenda de atividades dos profissionais do NASF foi pactuado com as equipes apoiadas?		Sim
			Não
G - IV.8.2	O NASF disponibiliza seu cronograma/agenda de atividades para as equipes apoiadas?		Sim
			Não
G - IV.8.3	Diante de situações imprevistas, o NASF desenvolve ações não programadas?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Às vezes
			Raramente

			profissionais da equipe de AB e do NASF
			Atendimentos domiciliares
			Grupos terapêuticos
			Atividades de educação em saúde
			Atividades comunitárias
			Ações de educação permanente
			Discussão de casos
			Outro(s)
Organização do apoio matricial às EAB			
IV.9.1	Os profissionais do NASF dedicam um período semanal ou quinzenal para reunião interna da equipe NASF?		Sim
			Não
IV.9.2	O NASF atua em horário coincidente com o horário das equipes de AB/SF?		Sim
			Não
G - IV.9.3	Com qual periodicidade o NASF realiza atividades/encontros com as equipes apoiadas?		Diariamente
			Semanal
			Quinzenal
			Mensal
			Sem periodicidade definida
			A periodicidade é diferente entre cada uma das equipes apoiadas
IV.9.4	Quais atividades são realizadas nestes encontros entre a sua equipe e as equipes apoiadas?		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
ET - IV.9.5	O NASF participa do monitoramento dos Projetos Terapêuticos Singulares construídos em conjunto com as EAB?		Sim
			Não
ET - IV.9.5/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
IV.9.6	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?		Encaminhamentos por escrito
			Discussão de casos
			Consultas compartilhadas
			Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF
			Contato telefônico
			Outros
Gestão da demanda e da atenção compartilhada			
ET - IV.10.1	O NASF monitora as solicitações de apoio das equipes, identificando as demandas mais frequentes e o percentual de atendimento da demanda observada?		Sim
			Algumas vezes
			Não
ET - IV.10.1/1	Tem documento que comprove?		Sim
			Não
G - IV.10.2	O NASF avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/ sinalizadores?		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

			população do território
			Análise das situações de saúde dos casos compartilhados
			Outros
			Não avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas.
Registro de atividades			
IV .11.1	O NASF registra as ações em prontuários comuns das equipes de AB?		Sim
			Não
G - IV.11.2	Quais ações são registradas em prontuários comuns com a equipe?		Consultas individuais do profissional do NASF
			Consultas compartilhadas
			Atendimentos domiciliares
			Grupos terapêuticos
			Encaminhamentos e condutas definidas a partir de discussão de casos
IV.11.3	Quais dessas atividades contam com alguma outra forma de registro?		Reuniões para educação permanente
			Reuniões com as equipes de AB
			Grupos de educação em saúde
			Outro(s)

Apêndice B – Fórmulas utilizadas na criação dos índices

1. Escore: SOMA=(X2:Y2)

1.1 Escore para Estrutura Física (EF): SOMA=(L2:U2)

1.2 Escore para Organização da Gestão e Coordenação do NASF (OGC):
SOMA=(V2+W2+X2)

1.3 Escore para Educação Permanente (EP): SOMA=(Y2:AS2)

1.4 Escore para Planejamento das Ações do NASF (PA):
SOMA=(AT2:BW2)

1.5 Escore para Organização da Agenda (OA): SOMA=(BX2:CI2)

1.6 Escore para Apoio Matricial (AM): SOMA=CJ2:DF2)

1.7 Escore para Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada (GDA):
SOMA=(DG2:DN2)

1.8 Escore para Registro de Atividades (RA): SOMA=(DO2:DT2)

2. Escala Percentual:

$$Y = \left[\frac{(X - \min(X))}{(\max(X) - \min(X))} \right] * 100$$

2.1 Escala Percentual da Estrutura Física (EF): =(DV2-2)/(12-2)*100

2.2 Escala Percentual da Organização da Gestão e Coordenação do NASF (OGC):=(DY2-0)/(3-0)*100

2.3 Escala Percentual da Educação Permanente (EP):=(EE2-0)/(28-0)*100

2.4 Escala Percentual do Planejamento das Ações do NASF (PA):=(EE2-5)/(22-5)*100

2.5 Escala Percentual da Organização da Agenda (OA):=(EH2-9)/(16-9)*100

2.6 Escala Percentual do Apoio Matricial (AM): $=(EK2-9)/(27-9)*100$

2.7 Escala Percentual da Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada (GDA): $=(EN2-0)/(7-0)*100$

2.8 Escala Percentual do Registro de Atividades (RA): $=(EQ2-0)/(6-0)*100$

3. Classificação das categorias A, B e C:

$=SE(X2<25;"C";SE(X2>75;"A";"B"))$

3.1 Classificação das categorias A, B e C da Estrutura Física (EF):

$=SE(DW2<25;"C";SE(DW2>75;"A";"B"))$

3.2 Classificação das categorias A, B e C da Organização da Gestão e Coordenação do NASF (OGC):

$=SE(DZ2<25;"C";SE(DZ2>75;"A";"B"))$

3.3 Classificação das categorias A, B e C da Educação Permanente (EP):

$=SE(EC2<25;"C";SE(EC2>75;"A";"B"))$

3.4 Classificação das categorias A, B e C do Planejamento das Ações do NASF (PA):

$=SE(EF2<25;"C";SE(EF2>75;"A";"B"))$

3.5 Classificação das categorias A, B e C da Organização da Agenda (OA):

$=SE(EI2<25;"C";SE(EI2>75;"A";"B"))$

3.6 Classificação das categorias A, B e C do Apoio Matricial (AM):

$=SE(EL2<25;"C";SE(EL2>75;"A";"B"))$

3.7 Classificação das categorias A, B e C da Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada (GDA):

=SE(EO2<25;"C";SE(EO2>75;"A";"B"))

3.8 Classificação das categorias A, B e C do Registro de Atividades
(RA):

=SE(ER2<25;"C";SE(ER2>75;"A";"B"))

AnexoA- Parecer do comitê de ética do PMAQ



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 21904
 Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011
 MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011
 FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011
 TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011
 CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011
 ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011
 ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011
 MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011
 LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011
 Ana Lucila da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 Mayna Yacaná Borges de Ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

Equipe Externa:

Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011
 Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011
 Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011
 Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011
 Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011
 Regina Fátima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011
 Fernando Piaratti Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011
 Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011
 Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011
 Lutz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011
 Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012



JOSE ARTUR BOGO CHIES