

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

DINALVA LACERDA CABRAL

**RESOLUTIVIDADE CLÍNICO-ASSISTENCIAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA PARA
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO**

**Recife
2017**

DINALVA LACERDA CABRAL

**RESOLUTIVIDADE CLÍNICO-ASSISTENCIAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA PARA
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz – PE, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

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

Recife

2017

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

C117r Cabral, Dinalva Lacerda.
Resolutividade clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: construção de um instrumento de medida para avaliação e monitoramento / Dinalva Lacerda Cabral. - Recife: [s.n.], 2017.
154 p. : ilus., graf., tab.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Equipe interdisciplinar de saúde. 3. Prática profissional. 4. Resolução de problemas. 5. Brasil. 1. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

CDU 614.39.008.5

DINALVA LACERDA CABRAL

**RESOLUTIVIDADE CLÍNICO-ASSISTENCIAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA PARA
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz – PE, para obtenção
do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: 31/08/2017

BANCA EXAMINADORA

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

Prof^a. Dr^a. Idê Gomes Dantas Gurgel.
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz- PE.

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

Prof^a. Dr^a. Maria Luíza Lopes Timóteo de Lima.
Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Fonoaudiologia.

Prof^a. Dr^a. Vanessa de Lima Silva.
Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Fonoaudiologia.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, gostaria de agradecer ao criador do universo, **Deus**. Ele, com a sua infinita bondade e misericórdia, sempre esteve ao meu lado, em todos os momentos. Sou extremamente grata por todas as oportunidades que me concedeu e também por aquelas que virão.

“A vida é um presente e desfrutá-la com leveza, inteligência e tolerância é a melhor forma de agradecer – aliás, a única” (Martha Medeiros).

A todos os familiares, principalmente aos meus pais, **Eleide Lacerda Cabral** e **Sebastião da Silva Cabral**, e irmãs, **Cintia Lacerda Cabral** e **Aline Lacerda Cabral**, pelo amor incondicional e por estarem comigo em mais esta conquista.

“Jamais saia de casa sem levar na bagagem do coração, para compartilhar com o mundo fora de casa, três riquezas da fortuna que há dentro de casa: Amor, respeito e gratidão”
(Nicolli Miranda).

Sou grata pela compreensão, paciência e apoio do meu querido **Paulo Duarte dos Santos Júnior**.

“Vamos mais longe quando alguém segura nossa mão e acredita em nós” (Lígia Fagundes).

Agradeço a minha orientadora, professora Dr^a. **Paulette Cavalcanti de Albuquerque**, pelas críticas construtivas e confiança depositada.

“Não podemos negar que nossas atitudes inspiram atitude” (Chico Xavier).

Aos amigos que ganhei no **grupo de pesquisa AcesSUS**. Todos fazem parte da minha história e esta tese tem um “pedaço” de cada um. Em especial, agradeço a Dr^a. **Fabiana de Oliveira Silva Sousa**, que nunca mediu esforços para me ajudar quando mais precisei de apoio.

“Vivemos muito próximos uns dos outros. Assim, nosso objetivo principal nesta vida é ajudar os demais” (Dalai Lama).

Ao professor Dr^o. **Wayner Vieira de Souza**, pela colaboração nos cálculos estatísticos.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas, o mar seria menor se lhe faltasse uma gota” (Madre Teresa de Calcutá).

Sou grata a todos que contribuíram para a concretização deste estudo, **Prefeitura do Recife, Universidade de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco, profissionais dos Nasf, residentes em Saúde da Família, equipes de Saúde da Família e usuários**. Especialmente, agradeço à agente comunitária de saúde, fisioterapeuta e residente **Elidiane Lira da Silva**, pela disponibilidade e dedicação que teve em todo o processo de coleta dos dados.

“Ando encontrando coisas lindas pelo caminho, flores de delicadezas. E há quem chame isso de sorte ou de destino. Mas eu, prefiro chamar de Deus” (Monalisa Macêdo).

Aos **professores do curso**, por todos os ensinamentos.

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (Paulo Freire).

Aos **funcionários** do Instituto Aggeu Magalhães, pela atenção prestada, disponibilidade e profissionalismo.

“O que vale a pena ser feito, vale a pena ser bem feito” (Nicolas Poussin).

Aos **colegas da turma do ano 2013** que, ao longo de quatro anos, tive o privilégio de conviver, trocar experiências e dividir as expectativas.

“Saudade é a prova de que tudo valeu a pena” (Lu Oliveira).

Por fim, agradeço aos meus queridos **amigos**, pelas preces e torcida. Deram-me forças para seguir...

“Bendito seja Deus que nos deu amigos e flores. E fez da amizade a flor mais bela de todos os jardins” (Machado de Assis).

Sem vocês nada disso seria possível.

Muito obrigada por tudo!

O desafio da avaliação é conseguir incorporar em suas estratégias os diferentes pontos de vista dos atores a fim de fornecer aos decisores as informações que lhes permitam emitir um juízo tão geral quanto possível
(André-Pierre Contandriopoulos).

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

RESUMO

Ao longo de nove anos a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) vem se expandindo no Brasil, o que tem impulsionado discussões sobre o processo de trabalho dos profissionais. Esta tese teve como objetivo propor um instrumento de medida para avaliação e monitoramento da resolutividade das ações clínico-assistenciais do Nasf. Trata-se de um estudo metodológico e avaliativo, que utilizou uma abordagem mista – qualitativa e quantitativa – com seguimento de usuários assistidos de forma compartilhada por profissionais atuantes em Nasf do município de Recife, Pernambuco, no período de agosto de 2016 a abril de 2017. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, definiu-se uma matriz de casos ou situações prioritárias para a assistência das equipes do Nasf (EqNasf) e foi desenvolvido um instrumento de medida, denominado “Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família” (FAM-RCaNasf), sendo este submetido ao processo de validação e teste, em momentos distintos. A revisão sistemática revelou a ausência de instrumentos adequados para evidenciar a resolutividade de ações das EqNasf. Como produto relevante desta tese se destaca a construção e validação de conteúdo do FAM-RCaNasf que, de forma qualitativa, foi concretizada pelo julgamento de *experts*, demonstrando que o mesmo pode ser útil para medir o que se propõe. Com a análise comparativa dos dados quantitativos, obtidos por meio da aplicação do formulário, evidenciou-se o impacto positivo e estatisticamente significativo das ações dos Nasf sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, tanto na percepção clínica quanto na dos usuários. Esta experiência exitosa nos permite recomendar que o FAM-RCaNasf seja novamente testado para fortalecer as evidências, reduzir as lacunas existentes sobre o tema e garantir a sua validade nos diferentes contextos de saúde nacional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Equipe interdisciplinar de saúde. Prática profissional. Resolução de problemas. Avaliação de resultados.

CABRAL, Dinalva Lacerda. **Clinical and assistance resolution of the Support Center for Family Health**: construction of a measurement instrument for evaluation and monitoring. 2017. Thesis (Doctorate in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

ABSTRACT

Over the last nine years, the implantation of the Family Health Support Centers (Nasf) has been expanding in Brazil, which has stimulated discussions about the work process of the professionals. The purpose of this thesis was to propose a measurement instrument for evaluation and monitoring of the resolution of Nasf's clinical-assistance actions. This is a methodological and evaluative study that used a mixed approach – both qualitative and quantitative – with follow-up of users assisted in a shared way by professionals working in Nasf of the city of Recife, Pernambuco, from August 2016 to April 2017. A systematic review of the literature was carried out, a matrix of priority cases or situations was defined for the assistance of the Nasf teams (EqNasf) and a measurement instrument called "Evaluation and Monitoring Form (FAM-RCaNasf) was developed and submitted to the process of validation and testing, at different times. The systematic revealed the absence of adequate instruments to demonstrate the effectiveness of EqNasf actions. As a relevant product of this thesis, we highlight the construction and validation of the FAM-RCaNasf content that, in a qualitative way, was materialized by the judgment of experts, demonstrating that it can be useful to measure what is proposed. With the comparative analysis of the quantitative data obtained through the application of the form, the positive and statistically significant impact of Nasf actions on the health-related quality of life was evidenced, both in the clinical and in the users perception. This successful experience allows us to recommend that FAM-RCaNasf be re-tested to strengthen the evidence, reduce existing gaps in the subject and ensure its validity in different national health contexts.

Keywords: Primary Health Care. Patient care team. Professional practice. Problem solving. Outcome assessment.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Tipos de modalidades de Nasf, número de equipes vinculadas e carga horária de trabalho, Brasil, 2017.....	26
Quadro 2- Porcentagem de cobertura populacional da ESF e quantidade de Nasf implantados nas regiões e Estados do país, de acordo com o tipo de modalidade, Brasil, 2017.....	28
Quadro 3- Resultados esperados das ações do Nasf na APS, Brasil, 2017.....	32
Quadro 4- Etapas do estudo, de acordo com os objetivos, Recife-PE, Brasil, 2017.....	43
Quadro 5- Sujeitos envolvidos nas etapas do estudo, Recife-PE, Brasil, 2017....	44
Quadro 6- Pontuação do FAM-RCaNasf por magnitude ou extensão do problema relacionado à saúde, Brasil, 2017.....	51
Quadro 7- Características dos estudos elegidos para a revisão sistemática, Brasil, 2008-2016.....	64
Quadro 8- <i>Checklist*</i> e categorização quanto ao risco de viés dos estudos qualitativos incluídos na revisão sistemática, Brasil, 2008-2016.....	66
Quadro 9- Matriz de casos ou situações prioritárias ao acompanhamento dos profissionais do Nasf, Brasil, 2017.....	77
Quadro 10- Partes do FAM-RCaNasf e definições dos respectivos componentes, Brasil, 2017.....	82
Quadro 11- Descrição das categorias do FAM-RCaNasf, por partes, de acordo com os seus componentes, Brasil, 2017.....	82

Quadro 12- Códigos qualificadores do FAM-RCaNasf, por partes, Brasil, 2017.. 89

Quadro 13- Temas e unidades de contexto das entrevistas com profissionais do Nasf, Recife-PE, Brasil, 2017..... 92

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Série histórica dos Nasf implantados e suas distribuições por regiões do Brasil, 2010-2017.....	29
Figura 2- Modelo teórico para o objetivo de ampliar a resolutividade da APS, Brasil, 2017.....	32
Figura 3- Fluxograma da sequência de pesquisas destinadas a avaliar a atuação do Nasf em municípios de Pernambuco, Brasil, 2017.....	40
Figura 4- Distribuição dos Distritos Sanitários de Recife-PE, Brasil, 2017.....	42
Figura 5- Intervalos de tempo para aplicação do FAM-RCaNasf, Brasil, 2017.....	54
Figura 6- Fluxograma do percurso metodológico da pesquisa, Recife-PE, Brasil, 2017.....	57
Figura 7- Etapas de desenvolvimento da pré-análise dos dados qualitativos e suas finalidades.....	60
Figura 8- Fluxograma da busca e seleção dos estudos para a revisão sistemática, Brasil, 2008-2016.....	62
Figura 9- Distribuição do conteúdo do FAM-RCaNasf, Brasil, 2017.....	85
Figura 10- Sequência de captação dos dados do FAM-RCaNasf, Brasil, 2017.....	87
Figura 11- Registro no espaço destinado à percepção do usuário, FAM-RCaNasf, componente “Funções e estruturas do corpo”, Brasil, 2017.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Validade de conteúdo do FAM-RCaNasf, quanto à clareza, simplicidade, pertinência e variedade, Recife-PE, Brasil, 2017.....	100
Tabela 2- Características de usuários assistidos de forma compartilhada por profissionais do Nasf, Recife-PE, Brasil, 2017.....	106
Tabela 3- Profissionais envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados e intervalo de tempo utilizado para aplicação do FAM-RCaNasf, Recife-PE, Brasil, 2017.....	109
Tabela 4- Identificação das áreas de cuidado relevantes aos avaliados, na perspectiva dos profissionais do Nasf e dos usuários, Recife-PE, Brasil, 2017.....	114
Tabela 5- Evolução dos casos acompanhados pelas EqNasf, por componente do FAM-RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários, Recife-PE, Brasil, 2017.....	117
Tabela 6- Pontuações obtidas na 1ª e 3ª avaliação, por componente do FAM-RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais dos Nasf e usuários, Recife-PE, Brasil, 2017.....	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AcesSUS	Grupo de Pesquisa em Redes Integradas de Saúde: Acesso, gestão do trabalho e educação
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
AP	Atividades e participação
AP.4	Mobilidade
AP.7	Interação e relacionamentos interpessoais
APS	Atenção Primária à Saúde
Caps	Centros de Atenção Psicossocial
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DS	Distrito Sanitário
eAB	Equipe de Atenção Básica
EqNasf	Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família
EqSB	Equipe de Saúde Bucal
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ERF-CS	Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAM-RCaNasf	Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família
FE	Funções e estruturas do corpo
FE.1	Mental
FE.2	Sensoriais e dor
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
MS	Ministério da Saúde

NAISF	Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
RMISF	Residências Multiprofissionais Integrada em Saúde da Família
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RPA	Regiões Político-Administrativas
RPS-Form	Formulário para a Resolução de Problemas em Reabilitação
SFI	Aspectos social, familiar e do indivíduo
SFI.2.2	Condição do solo
SFI.4.1	Atitudes individuais de membros da família
SFI.6	Aspectos pessoais relevantes à condição de saúde/doença
SFI.6.5	Estado emocional em relação à condição de saúde/doença
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapeuta ocupacional
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 Aspectos normativos e perfil atual do Nasf	23
3.2 Resolutividade em saúde	30
3.3 Avaliação como ferramenta de melhoria da assistência	34
4 PERCURSO METODOLÓGICO	39
4.1 Caracterização do estudo	40
4.2 Período e áreas do estudo	41
4.3 Etapas do estudo e sujeitos envolvidos	43
<u>4.3.1 Critérios de elegibilidade</u>	44
<u>4.3.2 Coleta de dados</u>	45
<u>4.3.2.1 1ª Etapa: relacionada ao 1º objetivo específico</u>	45
<i>4.3.2.1.1 Fontes de dados e processo de pesquisa</i>	46
<i>4.3.2.1.2 Extração de dados e avaliação da qualidade</i>	47
<u>4.3.2.2 2ª Etapa: relacionada ao 2º objetivo específico</u>	48
<u>4.3.2.3 3ª a 5ª Etapa: relacionadas ao 3º objetivo específico</u>	49
<i>4.3.2.3.1 Elaboração preliminar</i>	49
<i>4.3.2.3.2 Arcabouço referencial</i>	49
<i>4.3.2.3.3 Versão pré-teste</i>	50
<u>4.3.2.4 6ª Etapa: relacionada ao 4º objetivo específico</u>	51
<i>4.3.2.4.1 Testes piloto</i>	52
<i>4.3.2.4.2 Oficinas sobre o FAM-RCaNasf</i>	53
<i>4.3.2.4.3 Entrevistas semiestruturadas</i>	54
<u>4.3.2.5 7ª Etapa: relacionada ao 5º objetivo específico</u>	55
<u>4.3.3 Análise dos dados</u>	56
<u>4.3.3.1 Dados quantitativos</u>	58
<u>4.3.3.2 Dados qualitativos</u>	58
<i>4.3.3.2.1 Pré-análise</i>	59

4.3.3.2.2 <i>Exploração do material</i>	61
4.3.3.2.3 <i>Tratamento dos resultados, inferência e interpretação</i>	61
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
5.1 Revisão sistemática da literatura	62
<u>5.1.1 Organização do processo de trabalho das EqNasf</u>	66
<u>5.1.2 Desenvolvimento de atividades na APS</u>	68
<u>5.1.3 Desafios e/ou potencialidades para o trabalho no Nasf</u>	72
<u>5.1.4 Interação interprofissional</u>	74
5.2 Matriz de casos ou situações prioritárias ao acompanhamento dos profissionais do Nasf	76
5.3 Construção do instrumento de medida	79
<u>5.3.1 Conteúdo do FAM-RCaNasf</u>	80
<u>5.3.2 Forma de preenchimento dos dados</u>	85
<u>5.3.2.1 Uso dos qualificadores e outros códigos</u>	87
<i>5.3.2.1.1 Particularidades dos espaços destinados ao usuário</i>	90
5.4 Validação de conteúdo	91
5.5 Resolutividade clínico-assistencial dos Nasf estudados	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Profissional de saúde	142
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Usuário	144
APÊNDICE C- Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (FAM-RCaNasf)	146
APÊNDICE D- Roteiro para entrevista semiestruturada	151
ANEXO A- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	153

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, frente aos novos desafios impostos pelas mudanças dos perfis demográficos e epidemiológicos no mundo, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem provocado debates internacionais em defesa do direito humano à saúde. Ela vem sendo destacada como uma base para o alcance da cobertura universal e visa garantir a integralidade do cuidado por meio da construção das Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), que são arranjos organizativos dos serviços e ações em saúde de diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2010; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

As RISS propõem aprofundar as inter-relações – população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde – com o objetivo de estabelecer a racionalização de gastos e melhorar o aproveitamento da oferta assistencial disponível, permitindo atenção contínua (MENDES, 2014; SILVA, 2012a).

Vale salientar que a garantia do acesso aos serviços assistenciais não implica, necessariamente, na efetivação do cuidado. A forma como as práticas em saúde são realizadas é fundamental para o alcance da resolubilidade do atendimento (COSTA et al., 2014).

O relatório “Atenção primária em saúde, mais necessária do que nunca”, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008, atribuiu vantagens à coordenação da APS, em termos de eficácia, eficiência e equidade, para organizar a rede em todos os níveis de atenção (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Apesar dessas expectativas positivas, Mendes (2010) afirmou que

a situação de saúde, com forte predomínio das condições crônicas, não pode ser respondida, com eficiência, efetividade e qualidade, por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, organizados de forma fragmentada (MENDES, 2010, p. 2298).

Segundo a estudiosa Starfield (2004), referência no assunto, o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado são princípios da APS necessários para que exerça o seu papel na organização dos modelos assistenciais. Além desses atributos, existem três outros considerados secundários, que são a focalização na família, a orientação comunitária e a competência cultural.

No Brasil, desde a década de 90, o Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza o Programa Saúde da Família, atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), como uma vertente para reestruturar e orientar seus serviços (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Essa estratégia é operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais de referência, denominadas de Equipes de Atenção Básica (eAB) ou Equipes de Saúde da Família (EqSF). As mesmas são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atuantes em Unidades de Saúde da Família (USF) com região adscrita. Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe de referência, os profissionais de saúde bucal, que são o cirurgião dentista e o auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011a).

Cada EqSF é responsável por acompanhamento de, no máximo, 4.000 habitantes de uma determinada área geográfica, com média de 3.000 habitantes, cerca de 1.000 famílias. Suas ações abrangem a promoção da saúde, prevenção de doenças, o tratamento e reabilitação de agravos mais prevalentes da população (BRASIL, 2011a).

Portanto, a ESF se configura por um conjunto de ações e serviços de saúde que devem ser conformados a partir das necessidades da população, sendo possível compreendê-las pelo estabelecimento do vínculo permanente entre os usuários e os profissionais dos serviços de saúde, o que vêm transformando, paulatinamente, o modelo tradicional, biomédico e curativista, em uma atenção centrada na família (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No intuito de satisfazer as necessidades, demandas e representações dos usuários, a APS é considerada como a porta de entrada preferencial do sistema, sendo esta a principal responsável por congrega as ações das RISS (STARFIELD, 2004). Nessa perspectiva, as EqSF também devem atuar na organização dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção, podendo contribuir para a redução de procura direta e desnecessária aos atendimentos hospitalares (ALFRADIQUE et al., 2009).

Apesar dos avanços alcançados ao longo do tempo, com o aumento de cobertura da APS no Brasil, a almejada integração das redes ainda é um desafio a ser enfrentado por usuários, trabalhadores e gestores, pelo fato dos serviços assistenciais não se articularem coerentemente, impedindo o movimento dinâmico e

interligado do cuidado. Na prática, a coordenação da atenção não se processa de forma adequada. O acesso restrito e fragmentado aos serviços especializados faz com que a assistência necessária seja, muitas vezes, procrastinada (ARRUDA et al., 2015; COSTA et al., 2014).

Os municípios também se deparam com outros problemas, como a organização do processo de trabalho das EqSF que, quando enfatiza a racionalidade instrumental e burocrática, tende a focar na produtividade e, assim, compromete a capacidade resolutiva dos profissionais em relação aos reais problemas da população (MATUDA et al., 2015; SOUSA, 2010).

Vislumbrando apoiar a consolidação da APS na rede, com a ampliação das ofertas de serviços à população, e promover melhoria da resolutividade das suas ações, o Ministério da Saúde (MS) apostou na inserção de equipes compostas por novas categorias profissionais da área de saúde, além daquelas já existentes na ESF, e criou – na Portaria nº 154, publicada em 24 de janeiro de 2008 – o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (BRASIL, 2008).

De acordo com as normas ministeriais, os profissionais atuantes nas equipes do Nasf (EqNasf) devem desenvolver um trabalho ampliado, por meio de diálogos integrados às equipes de referência e/ou ao Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2014). Para tal, os núcleos de apoio devem oferecer suportes que melhor respondam às necessidades das equipes apoiadas, aos seus usuários ou territórios vinculados (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Neste contexto, em 2010, o MS divulgou as diretrizes que orientam a construção e operacionalização do processo de trabalho do Nasf, recomendando a utilização de algumas tecnologias para pactuação do apoio, seja de apoio à gestão ou atenção, como a clínica ampliada, que é uma concepção de como fazer a articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas na prática de atenção clínica ao usuário; o apoio matricial; o Projeto Terapêutico Singular (PTS), indicado para os casos mais difíceis ou complexos; e o Projeto de Saúde no Território (PST), com foco na articulação entre os serviços de saúde, outros serviços e as políticas sociais (BRASIL, 2010, 2014).

O matriciamento ou apoio matricial é o eixo central e principal estratégia para concretizar a proposta de trabalho interprofissional do Nasf. Seu objetivo é garantir a retaguarda especializada direcionada ao usuário – dimensão de apoio clínico-

assistencial – e suporte às equipes de referência – dimensão de apoio técnico-pedagógico (BRASIL, 2008, 2010, 2011a).

É importante lembrar que as EqSF e/ou eAB são responsáveis pelo cuidado em saúde de uma população adscrita. Portanto, o apoio clínico-assistencial atribuído aos profissionais do Nasf tem como intuito oferecer suporte em casos ou situações de maior complexidade – onde haja necessidade de assistência especializada na APS. Assim sendo, o processo de trabalho do Nasf deve ser pautado em ações compartilhadas com as equipes de referência (ARAÚJO, 2014; BRASIL, 2008, 2010, 2011a).

Por ser uma proposta recente, a literatura sobre a temática Nasf ainda é escassa, especialmente quando se trata da atuação de suas equipes e seus resultados (SOUZA; CALVO, 2016). Uma pesquisa realizada por Nascimento (2014), em três municípios da região metropolitana do Recife, Pernambuco (PE), Nordeste do Brasil, mostrou que as EqNasf estudadas apresentaram distintas formas de operacionalização de trabalho, que foram classificadas como matricial, semi-matricial e assistencial curativista.

A autora ainda apontou que a diversidade organizacional encontrada no processo de trabalho não se deve apenas a diferenças quanto ao microcontexto de implantações dos núcleos nos municípios estudados, mas, essa heterogeneidade poderia também estar atrelada à falta de compreensão sobre a lógica de atuação interprofissional do Nasf, por parte dos gestores e dos profissionais das equipes, Nasf e Saúde da Família (NASCIMENTO, 2014).

Assim, fez-se alusão à necessidade de novos estudos que avaliem sistematicamente o processo de trabalho do Nasf para conhecer a sua resolutividade e aprimorar a proposta vigente, buscando promover um impacto positivo na qualidade da atenção à saúde e, assim, auxiliar no enfrentamento dos desafios existentes neste âmbito (NASCIMENTO, 2014).

Deve-se atentar para o fato das diretrizes que orientam o trabalho no Nasf não especificarem as práticas do cotidiano, o que leva a um descompasso entre o trabalho prescrito, nas normatizações, e o efetivamente realizado pelas equipes (MACEDO et al., 2016).

Considerando a complexidade da operacionalização dos Nasf, que se encontra permeada por muitas dúvidas, incertezas e falta de orientação específica (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; MACEDO et al., 2016; NASCIMENTO,

2014), é de extrema relevância o desenvolvimento de instrumentos avaliativos que propiciem a pesquisadores e profissionais da área uma melhor utilização das evidências científicas em suas práticas, contribuindo para o planejamento de ações em saúde e para a melhoria da assistência aos usuários do sistema.

A presente tese, vinculado ao Grupo de Pesquisa em Redes Integradas de Saúde: Acesso, gestão do trabalho e educação (AcesSUS), do Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)-PE, tem a proposta de dar continuidade ao estudo avaliativo intitulado “Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado” (SOUSA, 2016).

Neste, Sousa (2016) aludiu que, apesar da atuação dos Nasf ter impulsionado algumas mudanças no trabalho da APS, não existem evidências claras sobre os resultados provocados no cuidado ofertado à população.

Portanto, o interesse em construir e validar um instrumento para inferir a resolutividade clínico-assistencial do Nasf parte do pressuposto de que, atualmente, não há medidas de qualidade adequadas disponíveis na literatura (GONÇALVES et al., 2015; RODRIGUEZ; LEÃO; SOUZA, 2014). Segundo Gonçalves et al. (2015), os instrumentos utilizados com este fim não demonstram todas as tarefas realizadas pela EqNasf, impossibilitando avaliar o real impacto dos arranjos organizacionais sobre a qualidade da atenção.

Nesse contexto, o presente estudo toma como questão norteadora: **Como avaliar e monitorar a resolutividade das ações clínico-assistenciais do Nasf?**

Apesar dos resultados das ações do Nasf serem ainda incipientes, gestores têm pontuado alguns avanços com a inserção das suas equipes, como o aumento da oferta assistencial aos usuários na APS, surgimento de novos grupos terapêuticos, desenvolvimento do apoio matricial, ampliação de ações para promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população (AMARAL; SILVA, 2015; VOLPONI et al., 2015).

Nesta tese, trabalhou-se com o pressuposto de que a atuação interprofissional tem um grande potencial de impactar positivamente na concretização do cuidado integral à população, colaborando para a ampliação da resolutividade dos problemas em saúde na APS e, conseqüentemente, reduzindo os encaminhamentos desnecessários aos outros níveis de atenção.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Propor um instrumento de medida para avaliação e monitoramento da resolutividade das ações clínico-assistenciais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar os principais aspectos investigados na literatura sobre atuação do Nasf e sua avaliação;
- b) Sistematizar os possíveis casos ou situações prioritárias para assistência da retaguarda especializada do Nasf na APS;
- c) Construir um instrumento de medida para avaliar e monitorar a resolutividade das ações clínico-assistenciais do Nasf;
- d) Validar o conteúdo do instrumento proposto quanto à clareza, simplicidade, variedade e pertinência;
- e) Analisar a resolutividade das ações clínico-assistenciais dos Nasf estudados, na perspectiva dos profissionais e dos usuários.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O levantamento bibliográfico, inicialmente, foi focado no Nasf, que é o objeto estudado nesta pesquisa. No primeiro tópico, tentou-se resgatar as principais definições normativas sobre essa proposta assistencial, enfatizando os objetivos para os quais foi criado, e fazer uma breve explanação das diretrizes estabelecidas para sua atuação. Ainda neste tópico, foi apresentado o perfil atual dos Nasf no Brasil, por região e Estado, considerando o tipo de modalidade a qual suas equipes estão sendo inseridas.

No segundo tópico, foram abordados os conceitos de resolutividade em saúde, procurando destacar aqueles que se aproximam das expectativas atribuídas ao trabalho interprofissional das EqNasf e que, além disso, pudessem contribuir na análise dos dados deste estudo, cuja proposta é avaliar a resolutividade clínico-assistencial desses profissionais.

Por fim, no terceiro tópico, versou-se sobre a importância da avaliação em saúde como ferramenta para a melhoria da assistência. No que se refere ao trabalho no Nasf, especificamente, buscou-se identificar os principais aspectos que estão sendo investigados na literatura.

3.1 Aspectos normativos e perfil atual do Nasf

A idealização do Nasf tem como embrião institucional o Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), apresentado na Portaria nº 1.065, de julho de 2005 (BRASIL, 2005a).

Mesmo sendo revogada rapidamente, a divulgação dessa portaria impulsionou alguns municípios a desenvolverem projetos parecidos, como exemplos a seguir. Em Sobral, no Ceará (CE), houve inserção de novos profissionais, além dos que estavam previstos na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) (MARTINS JUNIOR et al., 2008); em Recife-PE, houve investimentos em equipes semelhantes ao Nasf, que eram denominadas de “retaguarda” e, depois, de “ação avançada” (MOURA, 2007); em Campinas, São Paulo (SP), foi instituído o programa “Paidéia Saúde da Família”, baseado no “método Paidéia” que se trata de uma rede conceitual e metodológica para dar suporte à cogestão de coletivos (CAMPOS, 2000). Desta última experiência nasceram alguns conceitos chaves

como o “apoio matricial” e “equipe de referência” – responsável por uma clientela adscrita – que são as EqSF ou eAB (CUNHA; CAMPOS, 2010; CAMPOS et al., 2014).

Pode-se dizer que a proposta do Nasf foi fruto dessas experiências exitosas. Os núcleos surgiram com a necessidade de fortalecer as abordagens interprofissionais do cuidado na APS e representam dispositivos estratégicos para a melhoria da qualidade assistencial uma vez que, por inserir novas categorias profissionais – além das já existentes na ESF – aumentam o escopo de ações e, com os compartilhamentos de saberes, propõem ampliar a capacidade de resolução das equipes de referência (BRASIL, 2008).

O Nasf não se constitui como porta de entrada do sistema para os usuários, ou seja, não funciona como um serviço de saúde ou centro de reabilitação como, por vezes, é erroneamente imaginado. Mas, considerando que seus profissionais fazem parte da ESF, ao atuarem nas USF eles devem identificar demandas específicas e consolidar o compartilhamento de responsabilidades com as EqSF, por meio da coordenação do cuidado. Neste sentido, os núcleos podem ser considerados como um espaço de articulação multiprofissional e de produção de novas ofertas, tendo como proposta central o apoio à EqSF na APS (BRASIL, 2010; NASCIMENTO, 2014).

A princípio, as EqNasf poderiam ser compostas por Médico acupunturista, Assistente Social, profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico ginecologista, Médico homeopata, Nutricionista, Médico pediatra, Psicólogo, Médico psiquiatra e Terapeuta Ocupacional (TO) (BRASIL, 2008). Em 2011, com a publicação da Portaria nº 2.488 – que redefiniu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – foram incluídas novas categorias que podem compor essas equipes, sugerindo a inserção de Médico ginecologista/obstetra, geriatra, internista (clínica médica), Médico do trabalho, veterinário, profissional com formação em arte e educação (Arte-educador) e Sanitarista (BRASIL, 2011a).

A composição das EqNasf deve ser definida a partir de critérios e prioridades locais, identificadas de acordo com os dados epidemiológicos, necessidades das equipes que serão apoiadas e disponibilidade das diferentes profissões. Cada equipe deve ter, no mínimo, um profissional com habilidades e conhecimentos técnicos em saúde mental – Médico psiquiatra, Psicólogo e TO – tendo em vista o

contexto histórico dessa linha de cuidado e a proporção epidemiológica dos transtornos mentais no Brasil (BRASIL, 2008, 2014).

No ano de 2010, o MS publicou um arcabouço teórico com as diretrizes para orientar a operacionalização do processo de trabalho dos Nasf (BRASIL, 2010). Esse documento discorreu sobre as atribuições comuns para os membros da equipe, com o foco prioritário nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde; ações por áreas estratégicas – saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde mental, reabilitação e saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição, serviço social, saúde da mulher, assistência farmacêutica, atividade física ou práticas corporais, práticas integrativas e complementares – e ainda mencionou as ferramentas tecnológicas para o apoio à gestão e à atenção, que são a clínica ampliada, apoio matricial, PTS e PST (BRASIL, 2010, 2014).

A Portaria nº 154, que criou o Nasf, prevê orientações gerais para os municípios sobre a implantação dos núcleos, que diferem quanto à composição da equipe multiprofissional, abrangência de cobertura e financiamento. Na mesma, estabelece-se à gestão municipal de saúde o papel organizativo que, por conseguinte, vai definir como deve ser o processo de funcionamento das suas EqNasf (BRASIL, 2008).

Para viabilizar a implantação dos Nasf em todos os municípios do Brasil, foram criadas as modalidades de conformação, que determinam o número mínimo e máximo de EqSF a qual cada núcleo deve ser vinculado (BRASIL, 2008, 2011a). Até o ano de 2012, eles eram arranjados em duas modalidades, denominadas de Nasf tipo1 e Nasf tipo 2, como mostra o quadro 1.

Ainda no período de 2008 a 2011, propôs-se também o Nasf intermunicipal, objetivando implantar os núcleos em municípios que não se enquadravam às normas vigentes para implantações de forma isolada – Nasf de tipo 1 ou 2. Na modalidade intermunicipal, a carga horária de trabalho dos profissionais, 40h semanais, deveria ser dividida entre os municípios participantes do consórcio (BRASIL, 2008, 2011a).

No total, foram credenciados 136 Nasf do tipo intermunicipais e, no final de 2011, esta modalidade foi extinta. Apesar disso, a Portaria nº 256, de 2013, mantém garantido o financiamento das equipes intermunicipais que foram habilitadas em datas anteriores a outubro de 2011 (BRASIL, 2013a; PATROCÍNIO et al., 2015).

Em 2012, a partir da Portaria nº 3.124, criou-se a modalidade de Nasf tipo 3. Este novo ajustamento possibilitou a implantação de EqNasf em qualquer município que tenha ao menos uma EqSF e/ou eAB – para atender as populações específicas, que são as equipes de consultório na rua ou ribeirinhas e fluviais (BRASIL, 2012a) (Quadro 1).

Desde a sua criação, em 2008, o número de equipes de referência vinculadas ao Nasf vem diminuindo ao longo do tempo (Quadro 1). Estes dados, publicado em documentos ministeriais (BRASIL, 2008, 2011a, 2012a), podem sugerir uma tentativa de reduzir a sobrecarga de trabalho dos profissionais das EqNasf, devido ao grande número de equipes para apoiar.

Quadro 1- Tipos de modalidades de Nasf, número de equipes vinculadas e carga horária de trabalho, Brasil, 2017.

Portaria/Ano	Modalidades	Nº Equipes vinculadas	Carga horária do profissional Nasf
nº 154/2008	Nasf 1	8 a 20 EqSF.	No mínimo 40h semanais. Para fisioterapeuta e TO, devem ser registrados dois profissionais que cumpram 20h semanais cada um.
	Nasf 2	3 a 7 EqSF.	
nº 2.488/2011	Nasf 1	8 a 15 EqSF. <100.000 habitantes: 5 a 9 EqSF.	Somatório da carga horária dos profissionais é de, no mínimo, 200h semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h semanais.
	Nasf 2	Igual à portaria nº 154.	Somatório da carga horária dos profissionais é de, no mínimo, 120h semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h semanais.
nº 3.124/2012	Nasf 1	5 a 9 EqSF e/ou eAB para populações específicas*.	Igual à portaria nº 2.488.
	Nasf 2	3 a 4 EqSF e/ou eAB para populações específicas*.	Igual à portaria nº 2.488.
	Nasf 3	1 a 2 EqSF e/ou eAB para populações*.	Somatório da carga horária dos profissionais é de, no mínimo, 80h semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h semanais.

Fonte: Autora a partir de Brasil (2008, 2011a, 2012a).

Nota: *população de rua ou ribeirinha.

Legenda: Nasf= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; EqSF= Equipe de Saúde da Família; eAB= Equipe de Atenção Básica; TO= Terapeuta Ocupacional.

Em 2013, a Portaria nº 548 definiu os valores de financiamento do Piso da Atenção Básica (PAB) variável para as modalidades do Nasf tipo 1, 2 e 3. Atribuiu-se, para o custeio, uma transferência mensal de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), R\$ 12.000,00 (doze mil reais) e R\$ 8.000,00 (oito mil reais) a cada Nasf, do tipo 1, 2 e 3, respectivamente (BRASIL, 2013b).

O artigo 3º, da mesma portaria, tratou sobre a suspensão do repasse dos incentivos financeiros nos casos em que fossem constatadas, por meio de auditoria federal ou estadual, as seguintes situações:

- a) Inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes;
- b) Descumprimento da carga horária mínima prevista por modalidade de Nasf;
- c) Ausência de alimentação de dados, no Sistema de Informação, que comprovem o início de suas atividades;
- d) Descumprimento aos parâmetros de vinculação do Nasf às EqSF e/ou eAB;
- e) Ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes, com exceções devidamente apontadas na portaria, entre outras orientações dispostas (BRASIL, 2013b).

Mesmo sendo uma proposta recente, em janeiro de 2017, o MS registrou uma quantidade expressiva de Nasf implantados nos municípios brasileiros, especificamente, um número de 3.977 equipes. Destas, 58% eram alocadas na modalidade de Nasf tipo 1, 19% na de tipo 2 e 23% na de tipo 3 (BRASIL, 2017a) (Quadro 2).

No mesmo período, observou-se que o nordeste do país, além de ter 78% de cobertura das EqSF – a maior de todo o território nacional – também foi a região brasileira que mais implantou núcleos dos tipos 1 e 2, representando 48% e 43,5% respectivamente (BRASIL, 2017a) (Quadro 2).

Na modalidade de Nasf tipo 3, o maior número de implantações foi registrado nos municípios do sudeste – região mais populosa do Brasil, estimada em 81.565.983 habitantes – com 29% das EqNasf dessa conformação específica (BRASIL, 2017a) (Quadro 2).

Quadro 2- Porcentagem de cobertura populacional da ESF e quantidade de Nasf implantados nas regiões e Estados do país, de acordo com o tipo de modalidade, Brasil, 2017.

Região	Estado/UF	População (nº)	ESF	Tipo de Nasf (nº)		
			Cobertura (%)	1	2	3
Centro-oeste	Distrito Federal (DF)	2.648.532	32,17	5	0	0
	Goiás (GO)	6.154.996	66,78	69	31	75
	Mato Grosso (MT)	3.115.336	68,47	17	17	25
	Mato Grosso do Sul (MS)	2.505.088	67,75	29	15	7
Total	n= 4	14.423.952	60,96	120	63	107
Nordeste	Alagoas (AL)	3.165.472	76,40	87	27	11
	Bahia (BA)	14.175.341	70,57	229	71	8
	Ceará (CE)	8.606.005	77,40	171	30	2
	Maranhão (MA)	6.714.314	80,41	147	24	7
	Paraíba (PB)	3.815.171	94,63	136	54	65
	Pernambuco (PE)	8.931.028	75,49	169	26	0
	Piauí (PI)	3.160.748	98,73	76	55	87
	Rio Grande do Norte (RN)	3.228.198	79,99	72	35	49
Sergipe (SE)	2.110.867	83,00	22	9	4	
Total	n= 9	53.907.144	78,45	1.109	331	233
Norte	Acre (AC)	758.786	77,70	15	3	0
	Amapá (AP)	698.602	64,08	14	2	2
	Amazonas (AM)	3.590.985	56,70	39	5	2
	Pará (PA)	7.822.205	54,98	81	9	1
	Rondônia (RO)	1.590.011	75,44	11	2	1
	Roraima (RR)	469.524	76,37	4	5	1
	Tocantins (TO)	1.417.694	91,55	14	21	68
Total	n= 7	16.347.807	62,58	178	47	75
Sudeste	Espírito Santo (ES)	3.578.067	60,97	12	9	1
	Minas Gerais (MG)	19.855.332	78,95	324	160	194
	Rio de Janeiro (RJ)	16.231.365	51,33	118	3	0
	São Paulo (SP)	41.901.219	40,37	218	27	69
Total	n= 4	81.565.983	52,85	672	199	264
Sul	Paraná (PR)	10.577.755	67,15	97	55	62
	Rio Grande do Sul (RS)	10.770.603	56,57	36	16	66
	Santa Catarina (SC)	6.383.286	81,39	96	49	102
Total	n= 3	27.731.644	66,32	229	120	230
Geral	n= 27	193.976.530	63,31	2.308	760	909

Fonte: Brasil (2017a).

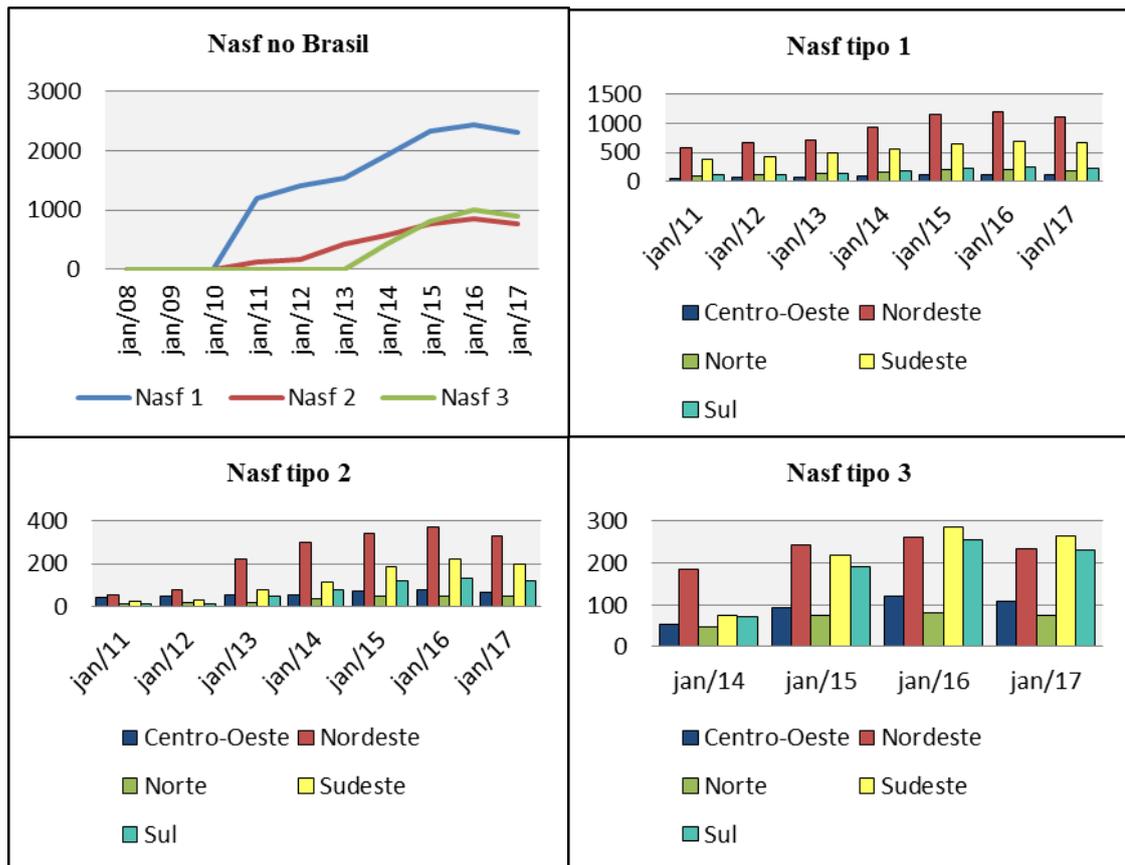
Legenda: UF= Unidade da federação; ESF= Estratégia Saúde da Família; Nasf= Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Na série histórica, realizada por meio de dados ministeriais, visualiza-se que os primeiros Nasf começaram a ser implantados no Brasil no ano de 2010 (Figura 1), especificamente no mês de setembro, exceto quando se trata da modalidade de tipo 3 – que só foi criada em 2012 e as suas equipes começaram a ser implantadas no ano seguinte, em agosto de 2013 (BRASIL, 2017a).

Ao longo do tempo, o nordeste do país foi a região que mais se destacou no quantitativo de núcleos dos tipos 1 e 2. Comparando-se os períodos de setembro de 2010 e janeiro de 2017, na primeira modalidade, o número varou de 540 a 1.109 equipes implantadas e, na segunda, de 46 a 331 equipes (BRASIL, 2017a) (Figura 1).

Quanto ao Nasf tipo 3, de agosto de 2013 até fevereiro de 2015, o nordeste também apresentava o maior número. Posteriormente, a região sudeste do país foi a que mais cresceu em relação às implantações nesta modalidade específica (BRASIL, 2017a) (Figura 1).

Figura 1- Série histórica dos Nasf implantados e suas distribuições por regiões do Brasil, 2010-2017.



Fonte: Autora a partir de Brasil (2017a).

Legenda: Nasf= Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Com os aspectos normativos e dados quantitativos apresentados – oriundos de documentos ministeriais (BRASIL, 2017a) – pode-se perceber uma aplicação de esforços para a consolidação e expansão dos Nasf no Brasil, tendo em vista que, por ser um organismo vinculado à ESF, os profissionais das suas equipes assumem a grande responsabilidade de contribuir para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na APS (BRASIL, 2010).

3.2 Resolutividade em saúde

A palavra resolutividade é inexistente em dicionários da língua portuguesa. Neles, encontra-se registrado o termo resolubilidade, que é definido como a “qualidade de ser resolúvel” (RESOLUBILIDADE, 2017).

Para o MS brasileiro, “resolubilidade” é uma diretriz do SUS, tida como

a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (BRASIL, 1990a, p.10).

No Dicionário InFormal[®], resolutividade é a “capacidade de resolver ou finalizar um processo, simplificando e agilizando procedimentos”. Apesar da ausência de conceituação formal, o termo resolutividade vem sendo bastante utilizado em referências da área de saúde, geralmente, nas discussões sobre a qualidade dos sistemas e/ou serviços (BULGARELI et al., 2014; ROSA et al., 2011; TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Em estudos pioneiros, realizados no Chile, buscou-se avaliar a capacidade resolutiva da demanda em saúde, sendo postas em duas dimensões, ditas como quantitativa e qualitativa. No mesmo, considerou-se que o serviço seria mais resolutivo se fosse capaz de absorver o maior número de problemas solicitados – apreciando a dimensão quantitativa – e de solucionar os casos atendidos – dimensão qualitativa (SIMÉANT, 1983, 1984).

No Brasil, o termo resolutividade ganhou destaque a partir do movimento da Reforma Sanitária, no início da década de 70, sendo mencionado por planejadores de saúde e outros atores sociais que estavam preocupados com a necessidade de avaliação qualitativa dos serviços de saúde (CAMPOS, 1988).

Em 1986, com a proposta do conceito ampliado de saúde, formulado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, Distrito Federal (DF), considerou-se que,

em sentido amplo, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

Na perspectiva desse conceito ampliado, visualiza-se que o setor saúde, sozinho, não é capaz de solucionar todas as demandas e necessidades da população, precisando, muitas vezes, estabelecer parcerias intersetoriais (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008; VIANA et al., 2006).

Segundo Turrini, Lebrão e Cesar (2008), a resolutividade em saúde deve ser entendida como o impacto real ou potencial de uma ação, que não compreende unicamente a cura da doença, e pode ser afirmada com o alívio ou minimização do sofrimento, a promoção de saúde ou, ainda, com a sua manutenção. Assim, representa um indicador de efetividade.

Na APS brasileira, a literatura tem relatado que a implantação dos Nasf e a abertura de espaço para o desenvolvimento de um trabalho interprofissional, junto às equipes de referência, demonstram potencialidades para contribuir no aumento da resolutividade dos problemas de saúde demandados (BRASIL, 2014; CAMPOS et al., 2014; CUNHA; CAMPOS, 2011; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Contudo, uma revisão constatou que ainda existem poucas pesquisas que abordam os possíveis resultados das ações do Nasf sobre as equipes apoiadas e/ou a população assistida. Nele, destacou-se que os mecanismos de monitoramento e avaliação de ações e resultados alcançados pelo Nasf demonstram, ainda, estarem em uma etapa incipiente de desenvolvimento (SOUZA; CALVO, 2016).

Nos artigos revisados, Souza e Calvo (2016) identificaram quatro dimensões – equipes apoiadas, usuários assistidos, integração entre serviços e modelos de atenção vigentes no SUS – nas quais os profissionais da EqNasf teriam a intenção de impactar positivamente. Para cada dimensão encontrada, foram delineados os objetivos a serem alcançados pelos profissionais atuantes nos Nasf e os resultados esperados – intermediários e o final (Quadro 3).

Mesmo com essa categorização posta, os autores desta revisão reforçaram em seus desfechos que os resultados das ações do Nasf ainda não são encontrados de forma explícita nas bibliografias existentes, mas, percebe-se que existe a intenção de impactar positivamente sobre as quatro dimensões (SOUZA; CALVO, 2016).

Quadro 3- Resultados esperados das ações do Nasf na APS, Brasil, 2017.

Dimensão/Objetivos	Resultados intermediários	Resultado final
Equipes apoiadas		
Ampliar e potencializar as ações das equipes apoiadas.	EqSF/eAB fortalecidas e clínica ampliada consolidada.	Aumento da eficácia das equipes apoiadas e de sua resolubilidade
Qualificar e reduzir encaminhamentos das equipes apoiadas.	Ampliação da coordenação e da continuidade do cuidado pelas EqSF/eAB.	
Usuários		
Oferecer cuidado singular e assistência, em termos clínicos e sanitários, às demandas e necessidades não alcançadas pelas EqSF/eAB.	Aumento do escopo de ações disponíveis e acessibilidade facilitada à atenção em saúde equânime, integral e de qualidade na APS.	Resolução aumentada das problemáticas de saúde dos usuários na APS.
Integração entre serviços		
Articular a APS às redes de saúde e a outros setores.	Consolidação do papel de coordenação do cuidado da APS.	Acesso contínuo a cuidados em saúde, oportunos e de qualidade.
Contribuir para a organização e a qualificação das ofertas de ações em saúde nas redes de saúde.	Redução da medicalização e racionalização da oferta de recursos especializados de saúde.	
Modelos de atenção à saúde		
Superar a lógica verticalizada, fragmentada, especializada e medicalizadora do cuidado e da gestão em saúde, em conjunto com a ESF.	Reorientação do modelo de gestão e atenção em saúde.	Consolidação de modelos de cuidado em saúde focados na atenção integral.

Fonte: Adaptado de Souza e Calvo (2016).

Legenda: Nasf= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; APS= Atenção Primária à Saúde; EqSF= Equipe de Saúde da Família; eAB= Equipe de Atenção Básica; ESF= Estratégia Saúde da Família.

A tese de Sousa (2016) sugeriu um modelo teórico, baseado em documentos ministeriais (BRASIL, 2008, 2010, 2012a, 2014), como uma proposta para avaliar o Nasf. Neste modelo, no que se refere ao objetivo de ampliar a resolutividade, foram elencadas as atividades, os possíveis resultados intermediários, bem como o resultado final esperado, como mostra a figura 2.

Figura 2- Modelo teórico para o objetivo de ampliar a resolutividade da APS, Brasil, 2017.

Atividades do Nasf	Resultados Intermediários	Final
Realizar apoio clínico-assistencial	Adequação do processo de trabalho às diretrizes ministeriais	Melhoria na funcionalidade e qualidade de vidas dos usuários
Realizar apoio técnico-pedagógico		
Ampliar a capacidade das EqSF absorver e resolver as demandas na APS	Absorção e resolução dos problemas na APS	
Apoiar as EqSF na qualificação dos encaminhamentos para outros níveis assistenciais	Adequação dos encaminhamentos para outros níveis assistenciais	
Buscar satisfação dos profissionais das EqSF com o apoio do Nasf	Satisfação das EqSF com o apoio do Nasf	

Fonte: Adaptado de Sousa (2016).

Legenda: Nasf= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; APS= Atenção Primária à Saúde; EqSF= Equipe de Saúde da Família.

Em resumo, a literatura tem referido que, ao longo de nove anos, a atuação dos Nasf impulsionou movimentos de mudanças no trabalho da APS e ampliou o cardápio de ações desenvolvidas, abrangendo discussões de temas predominantes, atendimentos conjunto, ações intersetoriais, planejamento estratégico para enfrentar as demandas reprimidas, qualificação de encaminhamentos para outros serviços, entre outras (CUNHA; CAMPOS, 2011; SOUSA, 2016). Mas, não existem evidências claras se essas mudanças têm provocado resultados positivos no cuidado ofertado à população (SOUSA, 2016).

Diante dessa lacuna, a presente tese buscou analisar os resultados das ações do Nasf, com foco na dimensão clínico-assistencial do apoio matricial, dando relevância a um tema que é imprescindível não só para o processo de trabalho das equipes Nasf e Saúde da Família, mas também para a gestão em saúde.

Nessa dimensão específica, as intervenções dos profissionais do Nasf são aplicadas de forma direta aos usuários, por meio de atendimentos individuais – específicos ou compartilhados – e/ou atividades coletivas, ofertando um cuidado que as equipes de referência teriam dificuldades de realizar sozinhas (BRASIL, 2014).

Em termos clínicos, as ações de matriciamento devem ser organizadas com o intuito de promover a integralidade do cuidado, principalmente por intermédio das práticas compartilhadas entre as equipes – Nasf e Saúde da Família – o que pode favorecer o aumento da capacidade de resposta sobre os problemas de saúde e aproximar os profissionais às necessidades da população assistida na APS (BRASIL, 2011a, 2014).

É importante lembrar que as EqNasf não devem se sobrepor às equipes de referência, nem se distanciar do cuidado dos usuários. Com essa clareza, compreende-se que o Nasf

não exclui, como possibilidade de intervenção, nenhuma faixa etária ou grupo populacional específico, podendo, portanto, desenvolver ações voltadas a crianças, adolescentes, adultos e idosos, de diferentes classes, raças, gênero e etnias (BRASIL, 2014, p. 21).

No presente estudo, levando em consideração a grande variedade e complexidade dos casos ou situações que são passíveis de solicitação para o acompanhamento dos profissionais do Nasf, bem como tentando se aproximar da sua proposta de trabalho interprofissional, adotou-se a definição de resolutividade como sendo a capacidade de “modificar positivamente a situação de saúde do indivíduo ou de grupos” (DEGANI, 2002, p. 125).

Neste sentido, não se procura exclusivamente a cura da doença, mas, o impacto que o cuidado pode gerar sobre a qualidade de vida relacionada à saúde do usuário que é assistido de forma compartilhada. Essa concepção corrobora com as expectativas referentes ao resultado final das ações de suas equipes, como sugerido no modelo teórico de Sousa (2016).

3.3 Avaliação como ferramenta de melhoria da assistência

Mundialmente, nos diferentes períodos da história, as abordagens e métodos avaliativos em saúde nunca pararam de evoluir. Até os anos 90, as práticas dominantes eram apoiadas em um modelo positivista, mesmo que este se revelasse cada vez menos apropriado à complexidade dos problemas sociais (BROUSSELLE et al., 2011).

As mudanças do perfil de morbimortalidade global – com forte predomínio das doenças crônicas e causas externas – exigem respostas cada vez mais complexas e onerosas aos sistemas, o que provoca novos desafios à organização das RISS. Neste contexto, com a expansão das APS, torna-se imprescindível uma produção de conhecimento que possibilite avaliar a qualidade dos serviços prestados à população, sobretudo no que tange às características da estrutura, processo de trabalho e resolutividade das ações em saúde (HARZHEIM et al., 2013).

Nas últimas décadas, com a evolução no campo das comunicações – destacando a expansão do acesso à *internet*, que funciona como propagadora de novas informações na área de saúde – ampliou-se a necessidade de dar respostas globais à maioria dos problemas. Este é um fato que tem impulsionado adequações teóricas e metodológicas nas avaliações contemporâneas. Nelas, os pesquisadores começaram a valorizar as abordagens pluralistas, beneficiando-se também dos métodos qualitativos de avaliação em saúde (BROUSSELLE et al., 2011).

O consenso da literatura especializada definiu que

avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (BROUSSELLE et al., 2011, p. 44).

Além dos esforços acadêmicos para realização de pesquisas avaliativas (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017), o MS brasileiro tem proposto diversas estratégias com o objetivo de subsidiar a elaboração e aprimoramento de políticas e programas no setor saúde.

Um exemplo dessas iniciativas governamentais é a “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ), ferramenta criada em 2005 (BRASIL, 2005b). A AMQ, de uso voluntário, apresentou subsídios normativos, aplicados aos gestores de serviços e aos profissionais da EqSF, com o propósito de fomentar o monitoramento da ESF e a autoavaliação de cinco estágios de qualidade – que são referentes a estrutura e ações básicas da ESF; elementos organizacionais iniciais e aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho; processos organizacionais consolidados, avaliações iniciais de cobertura e resultado das ações; ações de maior complexidade no cuidado com resultados mais duradouros e sustentados; bem como a excelência na estrutura, nos processos e nos resultados (BRASIL, 2005b).

No ano de 2011, buscando institucionalizar na APS a cultura de avaliação, criou-se o “Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (PMAQ), por meio da Portaria nº 1.654. Esse programa inclui a avaliação sistemática de um conjunto de indicadores produzidos a partir do trabalho das EqSF (BRASIL, 2011b).

Atualmente, a adesão ao programa é possível para os profissionais das EqSF, eAB, Equipe de Saúde Bucal (EqSB), EqNasf e dos centros de especialidades odontológicas. O Nasf, especificamente, foi incluído no PMAQ em 2013, dois anos após a sua criação. Neste caso, o processo de adesão e contratualização ao programa são condicionados à participação das equipes de referência, confirmada pelo gestor municipal no sistema (BRASIL, 2013c).

Quanto ao Nasf, empregaram-se indicadores para monitorar o processo de trabalho, calculados pelo número e tipo de atividades desenvolvidas – atendimentos individuais, domiciliares, compartilhados e em grupo (BRASIL, 2013c). Em 2015, o PMAQ mencionou o “Índice de atendimentos realizados pelo Nasf” como sendo um indicador de desempenho (BRASIL, 2015).

Segundo a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008), os indicadores são variáveis sínteses sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde. Apoiados em informações válidas e confiáveis, subsidiam a

criação de dispositivos para elaborar políticas públicas, melhorar a gestão, estabelecer prioridades em todos os níveis de atenção à saúde, facilitar o monitoramento de objetivos e metas, fortalecer a capacidade analítica das equipes e promover o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Soárez et al. (2005) apontaram que os indicadores proporcionam informações mensuráveis para avaliar a estrutura, os processos e os resultados dos serviços de saúde. Entretanto, é praticamente impossível medir todas as ações e resultados dentro de um sistema, pois, seria necessário desenvolver um indicador para cada aspecto das complexas dimensões relacionadas à saúde. Nesta perspectiva, é indispensável realizar uma pré-seleção dos domínios ou categorias que constituirão o objeto de estudo.

Deve-se também compreender que os indicadores estão em processo contínuo de ajustes, a depender do contexto onde se opera a avaliação. Portanto, parece improdutivo adotar um modelo predefinido se ele não se ajusta ao fenômeno a ser avaliado (TANAKA; MELO, 2007).

No contexto da APS, especificamente, o processo de trabalho em si exige um alto grau de complexidade cognitiva e apresenta baixa densidade tecnológica, fazendo com que seja necessário aprofundar em muitos aspectos que permeiam as ações das suas equipes. Apesar disso, as avaliações e monitoramentos dos processos de trabalho ainda são incipientes e pouco incorporados às práticas (FEITOSA et al., 2016).

Embora a avaliação e o monitoramento sejam atos que coincidem e se relacionam nos processos de gestão, muitas vezes, utilizados de maneira sinônima, existem diferenças entre seus conceitos. O monitoramento é o acompanhamento sistemático que objetiva verificar o progresso de intervenções. Além de ser um processo contínuo, é parte integral da administração de um projeto que foi traçado e, por isso, não deve ser realizado por uma equipe externa ao mesmo (OAKLEY; CLAYTON, 2003). Já a avaliação, conforme apresentado em parágrafo anterior, constitui-se como uma forma de julgar e dar importância a uma intervenção (BROUSSELLE et al., 2011; OAKLEY; CLAYTON, 2003).

Para Oakley e Clayton (2003), a avaliação e o monitoramento em saúde possibilitam identificar se as ações estão sendo desenvolvidas conforme planejado, servem também para apontar os problemas, cuidar dos recursos utilizados,

averiguar pressupostos da etapa de planejamento, bem como analisar a relevância da sua continuidade.

Considerando que a avaliação de ações em saúde lida com um fator complexo, que é ter usuários como parte do processo de organização e prestação do cuidado, constitui-se um avanço compartilhar o processo de avaliação com os mesmos, levando em conta as suas perspectivas (TANAKA; MELO, 2007).

Comumente, os registros das histórias clínicas contemplam a visão dos profissionais de saúde sobre determinada doença e seu tratamento, o que parece minimizar a voz de quem padece (MERCADO-MARTÍNEZ, 2007). Portanto, as discussões sobre os procedimentos avaliativos e suas potencialidades participativas podem ser uma alternativa importante para melhorar a qualidade do cuidado na APS (FEITOSA et al., 2016).

Em relação ao Nasf, ainda não há um elenco de indicadores validados para evidenciar os resultados das ações das EqNasf (RODRIGUEZ; LEÃO; SOUZA, 2014; SOUSA, 2016). As medidas que têm sido utilizadas estão baseadas na avaliação da produção de algumas atividades realizadas (NÓBREGA, 2013; SILVA, 2014). Segundo Tanaka e Melo (2007, p. 127), existe uma “tendência observada nos gestores de querer avaliar apenas o que já está visível e/ou o que pode apontar resultados positivos para a gestão”.

Diante da complexidade de operacionalização do trabalho interprofissional do Nasf e das lacunas de modelos referenciais que sejam específicos para avaliá-lo, esta tese, inicialmente, buscou sistematizar os possíveis casos ou situações prioritárias ao acompanhamento das EqNasf, ou seja, aqueles usuários que, além da equipe de referência, necessitariam de assistência da retaguarda especializada na APS.

Posteriormente, propõe-se a construção e validação de um instrumento de medida – de uso comum aos profissionais do Nasf – destinado a avaliar e monitorar a resolutividade clínico-assistencial. O mesmo tenta servir como um provável caminho para subsidiar espaços de discussões e reflexões sobre a efetividade das ações das equipes e planejamento em saúde. Nessa perspectiva, o instrumento aqui proposto tem um perfil de ferramenta tecnológica, que pretende nortear e estimular os profissionais da ESF a realizarem o compartilhamento do cuidado em casos ou situações de maior gravidade.

De acordo com Streiner e Norman (2008), o desenvolvimento de um novo instrumento de mensuração – além de vários recursos materiais – requer a disponibilidade de tempo e a integração de conhecimentos em diversas áreas. Como uma alternativa facilitadora, antes de construir instrumentos, os autores sugerem que aja o levantamento bibliográfico dos já existentes, pois, eles podem atender a finalidades pretendidas ou similares.

Apesar da pertinência dessa recomendação, a inexistência na literatura de um instrumento específico para avaliar e monitorar a resolutividade clínico-assistencial do Nasf – com conteúdo acessível a todos os profissionais da equipe – não apenas incentivou a realização deste estudo, como também o torna inédito.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Como avaliar e monitorar a resolutividade das ações clínico-assistenciais do Nasf? Na tentativa de responder esta pergunta, foi importante lembrar que os Nasf surgiram com a necessidade de reorganizar as práticas do cuidado na APS, propondo uma nova abordagem de trabalho interprofissional, que é baseada no apoio matricial.

Então, percebeu-se que um instrumento de medida com esta finalidade deveria ultrapassar os modelos hegemônicos quantitativos e apresentar aspectos subjetivos aos problemas ou situações de saúde que são solicitados ao acompanhamento das suas equipes, entendendo que os mesmos estão dispostos em um complexo contexto multidimensional e, como tal, deveriam ser assim observados. Essa questão foi refletida por pesquisadores e especialistas e desafiou a realização desta tese.

Foram necessários vários momentos de discussões interprofissionais, com reflexões sobre as estratégias metodológicas que melhor se enquadrariam na perspectiva de medir a resolutividade, considerando-a como a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde que, neste caso, não foca exclusivamente na cura da doença ou em aspectos essencialmente quantitativos como, por exemplo, os números de consultas, visitas ou discussões de casos realizadas.

Além disso, acredita-se que o cuidado em saúde não pode alcançar seu potencial se ignorar a participação dos usuários nas decisões sobre a sua própria vida. Portanto, outra inquietação dos pesquisadores aqui envolvidos foi possibilitar a visualização das individualidades, buscando respeitar as prioridades de cada usuário.

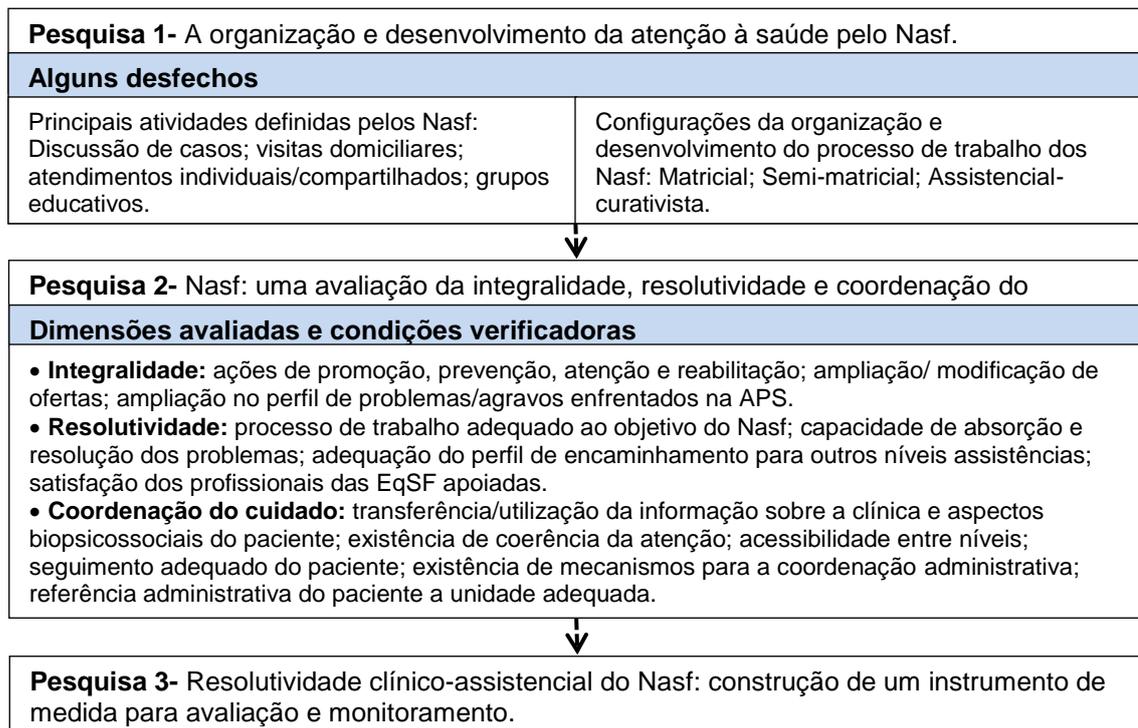
Por meio de levantamentos bibliográficos e conhecimentos empíricos, verificou-se a inexistência de instrumentos adequados para atender as peculiaridades vivenciadas no trabalho do Nasf (GONÇALVES et al., 2015; MACEDO et al., 2016; NÓBREGA, 2013; RODRIGUEZ; LEÃO; SOUZA, 2014; SILVA, 2014; SOUSA, 2016). Nessa busca, investigando o arcabouço teórico de instrumentos de avaliação em saúde (COELHO; SAVASSI, 2004; STEINER et al., 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a), encontrou-se os subsídios para delinear o percurso metodológico desta pesquisa.

4.1 Caracterização do estudo

A presente tese foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), é vinculada ao grupo de pesquisa AcesSUS e faz parte de um projeto intitulado “Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado” – aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IAM/Fiocruz-PE, sob o parecer nº 1.615.740 (Anexo A).

Esta pesquisa deu continuidade a uma sequência de estudos. O primeiro, realizado por Nascimento (2014), investigou a organização do processo de trabalho dos Nasf, em três municípios de PE. Posteriormente, Sousa (2016) teve como foco a percepção dos profissionais quanto à integralidade, ampliação da resolutividade e desenvolvimento da coordenação do cuidado na APS (Figura 3).

Figura 3- Fluxograma da sequência de pesquisas destinadas a avaliar a atuação do Nasf em municípios de Pernambuco, Brasil, 2017.



Fonte: Autora a partir de Nascimento (2014) e Sousa (2016).

Legenda: Nasf= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; APS= Atenção Primária à Saúde; EqSF= Equipe de Saúde da Família.

O presente estudo é do tipo metodológico – para construção e validação de um instrumento de medida – e avaliativo – com a perspectiva da análise dos efeitos de intervenções em saúde (HARTZ et al., 2016). Neste percurso, utilizou-se uma abordagem mista ou quantitativa e qualitativa.

As pesquisas metodológicas utilizam os conhecimentos existentes, de maneira sistemática, com objetivo de melhorar significativamente uma ação ou elaborar uma nova intervenção, ou ainda, melhorar um instrumento de medida ou construir novos. Assim, tratam sobre os métodos de obtenção, organização e análise de dados, sendo comum o uso de abordagens mistas, pois, oferecem recursos importantes para sustentar o processo de validação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997a; NASCIMENTO, 2012; POLIT; BECK, 2011).

A abordagem mista começou a ser debatida e sistematizada a partir da década de 90. Mas, somente em 2003, foi publicado o *Handboock of mixed methods in the social e behavior science* (TASHAKKORI; TEDLIE, 2003), que destacou as particularidades e caracterizou-a enquanto distinta daquelas puramente quantitativas ou qualitativas (CRESWELL, 2010; PRATES, 2010).

Para Creswell (2010), os estudos quantitativos e qualitativos pretendem dar voz aos sujeitos pesquisados, valorizando o processo e apontando sugestões no sentido de contribuir com mudanças que possam gerar impactos positivos sobre o objeto estudado.

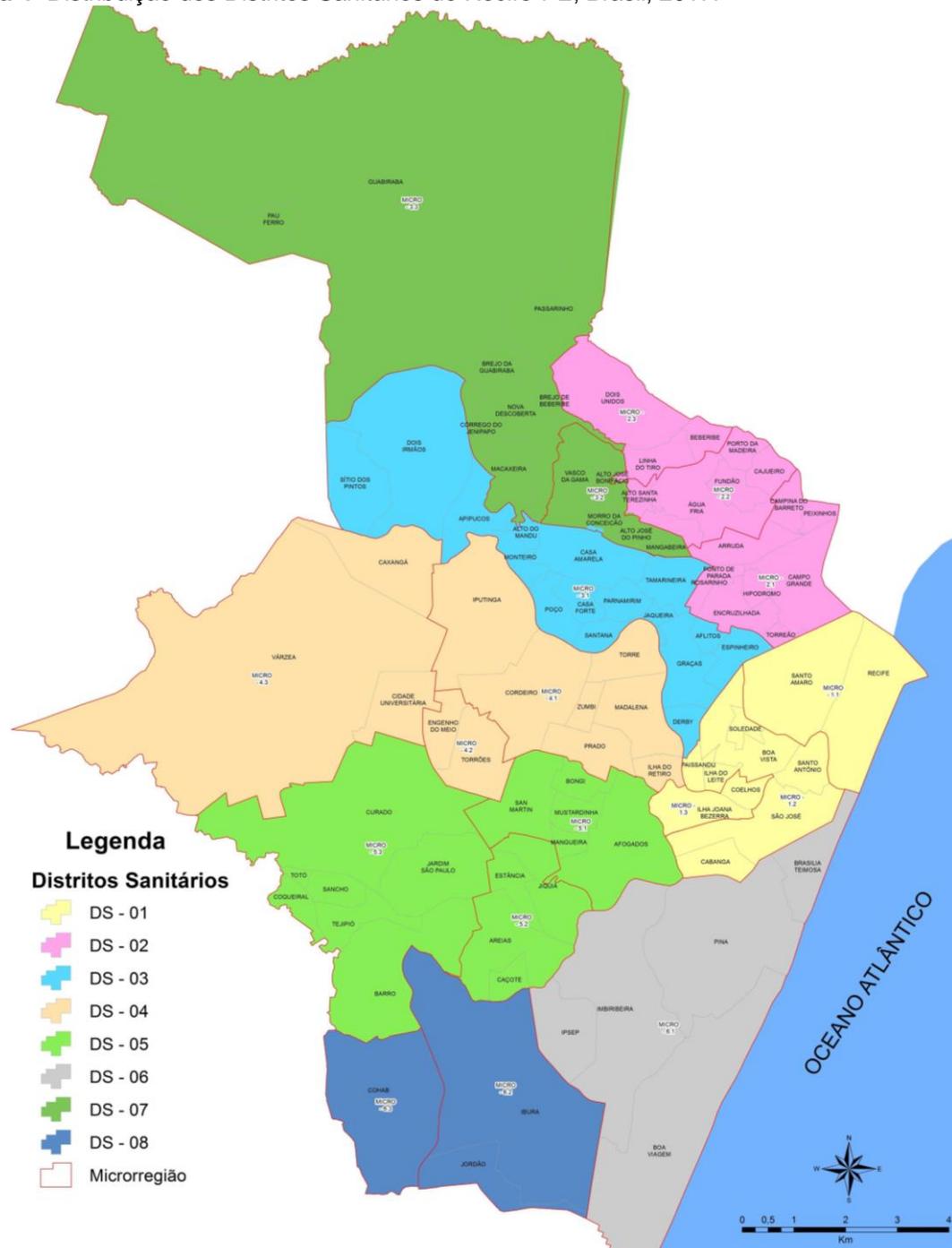
4.2 Período e áreas do estudo

Nesta pesquisa, ocorreu o seguimento de usuários assistidos por profissionais atuantes em Nasf de Recife-PE, Nordeste do Brasil, no período de agosto de 2016 a abril de 2017. Este município foi escolhido por ser sede de macrorregional (PERNAMBUCO, 2017) e local de práticas da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família (RMISF) – que atua em conjunto com a Residência de Medicina da Família e Comunidade – da Universidade de Pernambuco (UPE) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), as quais este estudo firmou parceria.

A cidade, capital do Estado, é totalmente urbanizada e possui uma complexa rede de serviços de saúde em todos os níveis de atenção (PERNAMBUCO, 2017). Tem uma extensão territorial de 218,5 km² que é dividida, desde 1988, em 94 bairros. Limita-se ao norte com os municípios de Olinda e Paulista, ao sul com Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico (RECIFE, 2014). No ano de 2016, a população residente foi estimada em 1.625.583 habitantes (IBGE, 2017).

Recife é dividido em oito Regiões Político-Administrativas (RPA) que seguem a lógica da territorialização, ou seja, delineamento de um território levando em consideração um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, em permanente construção. Para a Secretaria Municipal de Saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS). Cada DS é subdividido em três microrregiões, agregando os bairros com semelhança territorial (Figura 4).

Figura 4- Distribuição dos Distritos Sanitários de Recife-PE, Brasil, 2017.



Fonte: Recife (2017).

Legenda: PE= Pernambuco.

A coleta de dados desta investigação foi multicêntrica – realizada em três USF, pertencentes aos DS 3, 4 e 7. As mesmas foram selecionadas por serem campos de práticas das residências parceiras. Utilizou-se este critério de elegibilidade visando facilitar o levantamento de informações contidas nos prontuários clínicos – para identificação dos usuários que já estavam sendo acompanhados por profissionais do Nasf ou casos novos – bem como viabilizar a aplicação do instrumento proposto de forma longitudinal.

4.3 Etapas do estudo e sujeitos envolvidos

O processo de construção do instrumento foi realizado em sete etapas distintas. No quadro 4, encontra-se descrita uma síntese das fontes de dados utilizadas em cada etapa, de acordo com os objetivos aos quais se propõem a responder.

Quadro 4- Etapas do estudo, de acordo com os objetivos, Recife-PE, Brasil, 2017.

1º Objetivo específico: Identificar os principais aspectos investigados na literatura sobre atuação do Nasf e sua avaliação.
1ª Etapa- Estabelecimento da estrutura teórica: Revisão sistemática da literatura.
2º Objetivo específico: Sistematizar os possíveis casos ou situações prioritárias para assistência da retaguarda especializada do Nasf na APS.
2ª Etapa- Definição da matriz de casos ou situações prioritárias ao acompanhamento dos profissionais do Nasf: Revisão realizada na primeira etapa; busca de publicações normativas (BRASIL, 2008, 2010, 2011a, 2012a, 2014); desfechos de pesquisas anteriores (NASCIMENTO, 2014; SOUSA, 2016); discussões com pesquisadores e especialistas.
3º Objetivo específico: Construir um instrumento de medida para avaliar e monitorar a resolutividade das ações clínico-assistenciais do Nasf.
3ª Etapa- Estabelecimento da população envolvida: Matriz de indicadores definida na segunda etapa; discussões com pesquisadores e especialistas.
4ª Etapa- Seleção dos componentes e organização das categorias e subcategorias do instrumento: A partir de instrumentos existentes na literatura (COELHO; SAVASSI, 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a); discussões com pesquisadores e especialistas.
5ª Etapa- Estruturação do instrumento quanto ao formato e emprego de qualificadores: Como modelo, utilizou-se a CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a) e o RPS-Form (STEINER et al., 2002); discussões com pesquisadores e especialistas.
4º Objetivo específico: Validar o conteúdo do instrumento proposto quanto à clareza, simplicidade, variedade e pertinência.
6ª Etapa- Validade de Conteúdo: Discussões com pesquisadores e especialistas; testes piloto; oficinas para apresentar o novo instrumento, aberta aos profissionais das EqNasf e residentes colaboradores; entrevistas semiestruturadas, com profissionais participantes de oficinas.
5º Objetivo específico: Analisar a resolutividade das ações clínico-assistenciais dos Nasf estudados, nas perspectivas dos profissionais e dos usuários.
7ª Etapa- Teste: Aplicações do instrumento em três momentos distintos.

Fonte: Autora.

Legenda: PE=Pernambuco; Nasf=Núcleo de Apoio à Saúde da Família; APS= Atenção Primária à Saúde; CIF= Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; RPS- Form= Formulário para a Resolução de Problemas em Reabilitação; EqNasf= Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Até a quinta etapa do estudo, constituíram-se como sujeitos os pesquisadores do grupo AcesSUS – incluindo a pesquisadora responsável – e especialistas da área. Nas etapas seguintes, foram inseridos os profissionais das EqNasf e residentes (em Saúde da Família) – que atuam como Nasf – bem como os usuários que estavam sendo acompanhados por eles (Quadro 5).

Quadro 5- Sujeitos envolvidos nas etapas do estudo, Recife-PE, Brasil, 2017.

Etapas	Objetivos	Sujeitos do estudo (nº)
1ª	Identificar os principais aspectos investigados na literatura sobre atuação do Nasf e sua avaliação.	• 5 pesquisadoras: duas enfermeiras, uma fisioterapeuta, uma médica e uma psicóloga.
2ª a 5ª	Sistematizar os possíveis casos ou situações prioritárias para assistência da retaguarda especializada do Nasf no âmbito da APS.	• 13 profissionais, pesquisadores e especialistas da área: uma dentista, três enfermeiros, uma farmacêutica, quatro fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, uma médica, uma nutricionista e uma psicóloga.
	Construir um instrumento de medida para avaliar e monitorar a resolutividade das ações clínico-assistenciais do Nasf.	
6ª	Validar o conteúdo do instrumento proposto quanto à clareza, simplicidade, variedade e pertinência.	• Pesquisadores e especialistas da área (descritos acima); • 14 profissionais Nasf/Residentes: uma assistente social; uma dentista; uma educadora física; um farmacêutico; uma fisioterapeuta; quatro fonoaudiólogos; duas nutricionistas; dois psicólogos; uma terapeuta ocupacional.
7ª	Analisar a resolutividade das ações clínico-assistenciais dos Nasf estudados, na perspectiva dos profissionais e dos usuários acompanhados eles.	• 17 usuários assistidos por profissionais Nasf/Residentes durante o período do estudo.

Fonte: Autora.

Legenda: PE=Pernambuco; Nasf= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; APS= Atenção Primária à Saúde.

Todos os sujeitos envolvidos aceitaram participar como voluntários do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B), atendendo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

4.3.1 Critérios de elegibilidade

A escolha dos participantes foi não probabilística, de forma intencional, pela seleção de locais que têm as características gerais da população de interesse (HADDAD, 2004).

Para a seleção da amostra, optou-se pela inclusão de indivíduos que melhor representassem os objetivos da pesquisa. Os pesquisadores e especialistas

voluntários já participavam do grupo AcesSUS – o qual este estudo está vinculado – fato que facilitou a organização das agendas para as discussões realizadas em várias etapas da pesquisa.

Para realizar a coleta de dados, por meio da aplicação do instrumento proposto, os profissionais elegíveis precisariam fazer parte do Nasf; atuar nos locais estudados durante o período de investigação; ter participado de oficina (para conhecer a proposta do novo instrumento); ter interesse e disponibilidade para participar da pesquisa.

Os usuários, que foram incluídos no estudo, atenderam aos critérios de residir na área estudada e estar sendo ou precisar ser assistido na APS por profissionais do Nasf – independente da idade, sexo, doença ou condição de saúde. Aqueles que não apresentavam condição física ou mental para interagir com os profissionais do Nasf durante as avaliações clínicas solicitou-se a colaboração de algum cuidador, seja ele da família ou não.

4.3.2 Coleta de dados

Na realização desta pesquisa, foram utilizadas, simultaneamente, diversas técnicas de coletas, fontes de dados e modalidades de análise. Visando facilitar a compreensão de todo o percurso metodológico, o mesmo será apresentado de acordo com os objetivos aqui propostos.

4.3.2.1 1ª Etapa: relacionada ao 1º objetivo específico

A primeira etapa da pesquisa objetivou identificar os principais aspectos investigados na literatura sobre a atuação do Nasf e sua avaliação. Para atendê-lo, optou-se pelo método da revisão sistemática, pois, este permite sumarizar as evidências disponíveis em determinada temática, com métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada, incorporando um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as conclusões à leitura de somente alguns artigos (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Na temática de interesse, vem ocorrendo um predomínio de pesquisas qualitativas. Nessa perspectiva, a revisão sistemática partiu da necessidade de dar visibilidade e impacto aos seus resultados, visando responder a questões que

possam contribuir para uma prática assistencial embasada em evidências, além de nortear o desenvolvimento de futuras pesquisas. Assim, tomou-se como pergunta norteadora: *Como a atuação dos profissionais do Nasf vem sendo avaliada?*

4.3.2.1.1 Fontes de dados e processo de pesquisa

Realizaram-se buscas de artigos publicados e indexados em três bases de dados eletrônicas: LILACS[®] – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE[®] – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* e Scopus[®].

Os artigos elegíveis deveriam contemplar os seguintes critérios:

- a) Estudar a atuação de profissional/equipe do Nasf;
- b) Ser desenvolvido em qualquer região do Brasil;
- c) Ser publicado de janeiro de 2008 a novembro de 2016;
- d) Apresentar abordagem qualitativa.

Foram excluídos os estudos que focaram no processo de implantação do Nasf ou inserção de alguma categoria profissional; aqueles cuja população alvo não eram membros das EqNasf; monografias, dissertações, teses e estudos que não foram feitos a partir de pesquisa empírica no Nasf, como as revisões de literatura e textos teóricos/conceituais.

Por meio do DeCS foram localizados os descritores: profissional da saúde; pessoal de saúde (*health personnel*); prática profissional (*professional practice*); Estratégia Saúde da Família (*Family Health Strategy*); saúde da família (*family health*); atenção primária (*primary health care*); avaliação de programas (*program evaluation*); avaliação em saúde (*health care evaluation mechanisms*). Além desses, o termo “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” e a sua sigla – Nasf – foram utilizados como palavras-chave.

Os descritores e palavras-chave foram agrupados em:

- 1) (Núcleo de Apoio à Saúde da Família **OR** Nasf);
- 2) (profissional da saúde **OR** pessoal de saúde **OR** prática profissional);
- 3) (Estratégia Saúde da Família **OR** saúde da família **OR** atenção primária);
- 4) (avaliação de programas **OR** avaliação em saúde).

Com estes agrupamentos, foram formadas as chaves de busca:

- a) Item 1;
- b) Item 1 **AND** 2;
- c) Item 1 **AND** 3;
- d) Item 1 **AND** 4;
- e) Item 1 **AND** 2 **AND** 3 **AND** 4.

4.3.2.1.2 *Extração de dados e avaliação da qualidade*

Quatro revisores realizaram a seleção dos estudos, extração de dados e avaliação da qualidade de forma independente. As divergências encontradas foram resolvidas por um quinto revisor. Os itens extraídos nos artigos incluídos foram: autor/ano, local do estudo, descrição dos sujeitos, período do estudo, abordagem metodológica utilizada, aspectos investigados na literatura quanto à atuação do Nasf e seus desfechos, sendo privilegiados os mais recorrentes.

Para a avaliação da qualidade dos estudos foi utilizado o *checklist* proposto pelo *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) (SINGH, 2013). Este instrumento auxilia na análise crítica de relatos de pesquisas qualitativas quanto ao rigor, credibilidade e relevância, ajudando a identificar quais são os pontos fortes e fracos do estudo (ESPÍNDOLA; BLAY, 2009; SINGH, 2013; WALSH; DOWNE, 2006).

O CASP apresenta dez itens que conduzem o avaliador a pensar de forma sistemática sobre as questões a serem analisadas na pesquisa qualitativa, são eles: (1) objetivo claro e justificado; (2) desenho metodológico apropriado aos objetivos; (3) procedimentos metodológicos apresentados e discutidos; (4) seleção intencional da amostra; (5) coleta de dados descrita, instrumentos e processo de saturação explicitado; (6) relação entre pesquisador e pesquisado; (7) cuidados éticos; (8) análise densa e fundamentada; (9) resultados apresentados e discutidos, apontando o aspecto da credibilidade e uso da triangulação; (10) descrição sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como, suas limitações (ESPÍNDOLA; BLAY, 2009).

Os estudos que preencheram ao menos nove dos dez itens do CASP foram classificados como categoria “A”, considerados com pequeno risco de viés. Já os estudos que apresentaram pelo menos cinco dos dez itens foram classificados como categoria “B”, com risco de viés moderado, contemplando apenas parcialmente os

critérios adotados (ESPÍNDOLA; BLAY, 2009). Aqueles estudos com menos de cinco itens, dos dez existentes no instrumento CASP, foram classificados como categoria “C”, com maior risco de viés, comparados aos que foram classificados como “A” ou “B”.

Na fase final da revisão sistemática, foi realizada a sintetização dos achados de forma consensual, entre os pesquisadores envolvidos no estudo, e identificação dos principais aspectos investigados na literatura sobre a atuação dos profissionais do Nasf, buscando integrá-los.

4.3.2.2 2ª Etapa: relacionada ao 2º objetivo específico

A segunda etapa da pesquisa teve a finalidade de sistematizar os possíveis casos ou situações prioritárias para assistência da retaguarda especializada na APS. Este foi um período de muitas discussões teóricas e contribuições empíricas sobre o que, de fato, seria necessidade para a solicitação da assistência do Nasf. O objetivo das discussões – realizadas em reuniões semanais do grupo de pesquisa AcesSUS – foi gerar ideias coletivas através de espaços dialógicos, com a participação de pesquisadores e especialistas, permitindo a integração dos diversos saberes envolvidos no assunto. As temáticas abordadas em cada reunião foram registradas manualmente, em um diário, pela pesquisadora responsável.

Para trazer um embasamento teórico, além da revisão sistemática realizada na primeira etapa do estudo, buscou-se revisar as normas ministeriais (BRASIL, 2008, 2010, 2011a, 2012a, 2014) e os achados de pesquisas anteriores a esta (NASCIMENTO, 2014; SOUSA, 2016).

Percebeu-se que, apesar do MS atribuir ao Nasf nove áreas estratégicas de atuação (BRASIL, 2010), a identificação dos casos que deveriam ser acompanhados por estes especialistas representa algo ainda obscuro para muitos profissionais das equipes Nasf e Saúde da Família. Portanto, vislumbrando facilitar a identificação dos usuários que necessitam de retaguarda especializada do Nasf e, assim, melhorar o fluxo deles na APS, definiu-se uma matriz que sistematizou os possíveis casos ou situações prioritárias. A matriz sugerida foi apresentada de acordo com os grupos populacionais e agravos à saúde.

4.3.2.3 3ª a 5ª Etapa: relacionadas ao 3º objetivo específico

Em todo processo de criação do instrumento, buscou-se integrar os conhecimentos teóricos dos pesquisadores, os empíricos dos especialistas e o arcabouço referencial de outros instrumentos que pudessem respaldar a seleção e organização do conteúdo dessa nova proposta.

4.3.2.3.1 Elaboração preliminar

A princípio, durante as reuniões, os pesquisadores e especialistas acordaram em apresentar um formulário de uso comum aos profissionais da EqNasf e que, considerando a complexidade de operacionalização do trabalho interprofissional, pudesse oferecer subsídios para avaliar e monitorar a resolutividade das ações, no âmbito clínico-assistencial.

Posteriormente, foi estabelecida a população alvo das avaliações clínicas e intervenções compartilhadas, partindo da matriz que sistematizou os casos ou situações prioritárias para assistência do Nasf, definida na segunda etapa da pesquisa.

Assim, no início de 2016, o Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (FAM-RCaNasf) foi idealizado (Apêndice C).

4.3.2.3.2 Arcabouço referencial

Na quarta etapa da pesquisa, visando definir o conteúdo do FAM-RCaNasf, foi feita a seleção dos seus componentes e organização das categorias e subcategorias. Para tal, junto a discussões que já estavam sendo realizadas, utilizaram-se referenciais existentes na literatura – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a) e Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS) (COELHO; SAVASSI, 2004).

A publicação da OMS serviu como o principal modelo, pois, além de ser considerada como *padrão ouro* na conceitualização e classificação da funcionalidade e incapacidade – tanto em caráter individual quanto coletivo – a CIF

contextualiza a funcionalidade de forma multidimensional, referindo-a como uma interação dinâmica entre a condição de saúde de um indivíduo, os aspectos ambientais e os aspectos pessoais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a), o que corrobora com a proposta deste estudo.

Outro instrumento que serviu como referência foi a ERF-CS, que é baseada na ficha de cadastro familiar do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), denominada Ficha A (COELHO; SAVASSI, 2004). Essa escala tem como foco a estratificação de riscos – que estão presentes em cada núcleo familiar – e visa contribuir para reorganizar o processo de trabalho das EqSF, priorizando as visitas domiciliares às residências com maior vulnerabilidade, o que proporciona melhor gestão dos recursos da USF e direciona os atendimentos às demandas encontradas no contexto familiar de sua abrangência.

Alguns itens contidos na ERF-CS foram utilizados para compor o conteúdo do FAM-RCaNasf, visto que representam as demandas da ESF e, conseqüentemente, integram a realidade do Nasf.

4.3.2.3.3 *Versão pré-teste*

Na sequência da fase de construção, quinta etapa, foi feita a estruturação do instrumento quanto ao formato e emprego de qualificadores. Para o formato do FAM-RCaNasf, optou-se por realizar adaptações da CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a) e do Formulário para a Resolução de Problemas em Reabilitação (*RPS-Form*) (STEINER et al., 2002). Com isso, tentou-se gerar maior praticidade para a aplicação durante o trabalho do Nasf, sem deixar de contemplar as necessidades de saúde demandadas à retaguarda especializada.

Apesar de ser um instrumento de avaliação voltado à reabilitação, *RPS-Form* foi escolhido como um modelo porque possui uma abordagem centrada no usuário, deixando claro que a ocorrência da mesma doença em diversas pessoas pode ter respostas físicas e funcionais diferenciadas (STEINER et al., 2002).

Ao incorporar esses preceitos, além de avaliar e monitorar a resolutividade das ações clínico-assistenciais do Nasf, os dados registrados no FAM-RCaNasf podem servir como um facilitador para o planejamento compartilhado de condutas terapêuticas, pois, consideram a percepção das necessidades e/ou prioridades do usuário.

Nessa perspectiva, o FAM-RCaNasf busca apreciar as principais queixas dos usuários assistidos pelas EqNasf – sejam elas positivas ou negativas. Para tal, apresenta questões que vão além das condições clínicas, pois, reconhece-se que a qualidade de vida relacionada à saúde pode ser influenciada por aspectos sociais, familiares e do próprio indivíduo.

Posteriormente, pensou-se na melhor forma de gerar dados quantitativos para a realização de análises comparativas. Então, os pesquisadores e especialistas decidiram empregar qualificadores para estratificação da magnitude ou extensão das queixas como, por exemplo, comprometimento leve, moderado, grave e muito grave ou total, conforme a CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a).

Cada qualificador é representado por um código numérico, que varia de 1 (um) a 4 (quatro), assim, quanto mais leve for o problema referido pelo usuário, menor deve ser a pontuação registrada no FAM-RCaNasf (Quadro 6).

Quadro 6- Pontuação do FAM-RCaNasf por magnitude ou extensão do problema relacionado à saúde, Brasil, 2017.

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

Fonte: Autora, baseado na CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a).

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

Portanto, os qualificadores geram pontuações, por meio dos códigos numéricos, que servem como parâmetros para medir quantitativamente a evolução clínica de cada caso acompanhado pela EqNasf. Ao comparar esses dados, registrados em momentos distintos, pode-se ter ciência da resolutividade das ações do Nasf, na perspectiva de melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde do usuário assistido.

4.3.2.4 6ª Etapa: relacionada ao 4º objetivo específico

Nesta etapa, utilizou-se a técnica de validação de conteúdo, que consiste em um exame sistemático do conteúdo do instrumento com o objetivo de verificar se ele realmente está medindo o que se propõe a medir (ERTHAL, 2009).

O controle da validade de conteúdo não é determinado estatisticamente, ou seja, não é expressa por um coeficiente de correlação, mas, resulta do julgamento de diferentes pessoas, com reconhecido saber no assunto – *experts* na área – que avaliam a existência de razões, sejam elas lógicas ou empíricas, para a escolha do conteúdo abordado no instrumento, admitindo sua relevância e representatividade em relação aos casos ou situações que se pretende avaliar (ERTHAL, 2009).

De acordo com Raymundo (2009, p. 87), “o trabalho cooperativo para a construção dos instrumentos de medida é essencial para evitar julgamentos subjetivos”. Assim sendo, a validação de conteúdo do FAM-RCaNasf foi concretizada durante reuniões, com a participação de pesquisadores e profissionais especialistas, situando-se em todo o período de elaboração do instrumento, coleta empírica e análise dos dados.

4.3.2.4.1 Testes piloto

Para iniciar a coleta, realizou-se um teste piloto. Nele, o FAM-RCaNasf foi aplicado em um único momento, por profissionais colaboradores, em três usuários que estavam sendo assistidos pela EqNasf.

Posteriormente, a pesquisadora responsável e os aplicadores se reuniram e foi constatada a necessidade de incluir categorias ou itens que pudessem auxiliar na identificação dos aspectos que estariam influenciando, positiva ou negativamente, na condição de saúde do avaliado. Além disso, percebeu-se a importância de deixar o conteúdo mais compreensível para facilitar a aplicação do formulário no trabalho do Nasf.

Passando por uma rodada de consenso entre os pesquisadores e especialistas, o FAM-RCaNasf foi aprimorado – sendo introduzidas algumas categorias, baseadas na ERF-CS (COELHO; SAVASSI, 2004), e breves instruções de preenchimento, destinadas aos profissionais avaliadores. Em seguida, o instrumento foi reaplicado, pelos mesmos profissionais colaboradores do primeiro teste, em mais três usuários.

Com a finalização do segundo piloto, ocorreu outra reunião entre a pesquisadora responsável e os aplicadores do instrumento. Naquele momento, em junho de 2016, verificou-se que já não havia necessidade de fazer reajustes no conteúdo do formulário.

4.3.2.4.2 Oficinas sobre o FAM-RCaNasf

O instrumento proposto não é destinado a substituir outras ferramentas de avaliação utilizadas na clínica própria de cada profissão. O FAM-RCaNasf é de uso comum aos profissionais atuantes no Nasf e deve ser utilizado por todos que estejam envolvidos em determinado caso.

Assim como o prontuário clínico, o formulário serve para registrar o que foi avaliado pelos profissionais de saúde. Mas, também permite qualificar a magnitude ou extensão das queixas daqueles usuários que necessitam de acompanhamento da EqNasf.

Visando favorecer a compressão sobre a proposta do novo instrumento, o mesmo foi apresentado – em três oficinas, que foram realizadas no período de julho a agosto de 2016 – aos profissionais dos Nasf que estavam atuando nos locais de estudo, incluindo os residentes da área.

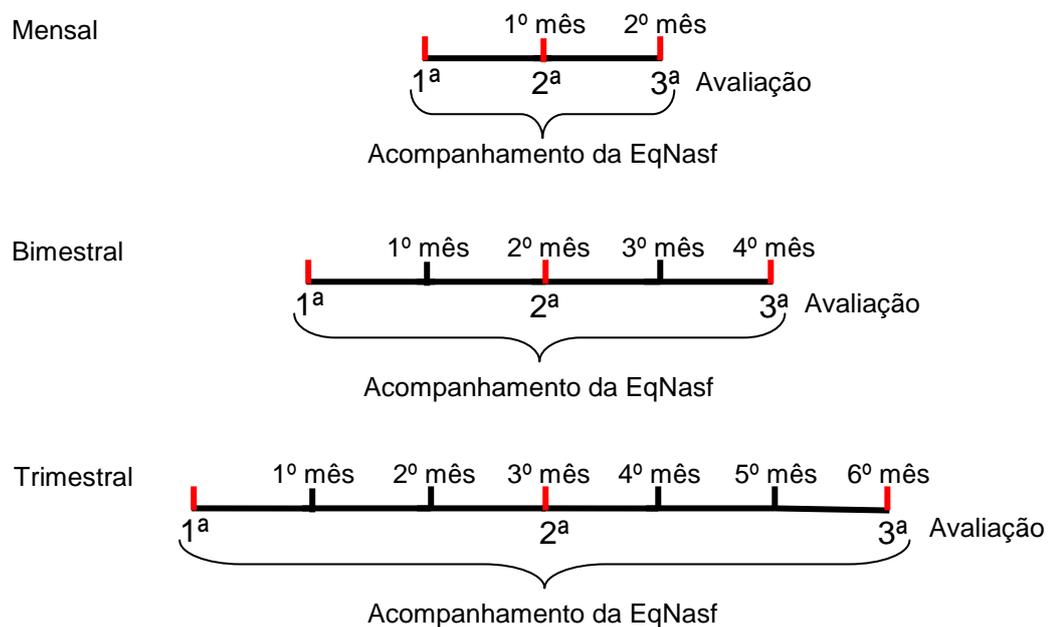
Nas oficinas, além da estrutura, conteúdo e forma de aplicação do instrumento, foram mostrados os critérios para a sua utilização:

- a) O FAM-RCaNasf deve ser preenchido por profissional da EqNasf, considerando-se também os residentes como tal, durante a avaliação clínica, de preferência, realizada de forma compartilhada – seja ela em atendimento na USF ou em visita domiciliar – e/ou durante as reuniões clínicas das equipes (Nasf e Saúde da Família);
- b) Deve ser aplicado a usuários que necessitam de acompanhamento com mais que dois profissionais, podendo ser, no mínimo, dois especialistas da EqNasf e um da EqSF, independente de estarem ou não atrelados ao PTS;
- c) O usuário avaliado deve ser reavaliado em um intervalo de tempo que varia de um a três meses – a depender da necessidade de cada caso – até enquanto estiver sendo acompanhado pela EqNasf;
- d) Os principais problemas ou queixas do usuário devem ser qualificados – como leve, moderado, grave ou muito grave/total – tanto pelos profissionais envolvidos no caso quanto pelo próprio usuário, familiar ou cuidador;
- e) Cada formulário pode registrar até três avaliações. Portanto, tem a capacidade de mostrar os resultados do acompanhamento da EqNasf no

período que varia de dois a seis meses (Figura 5) – dependendo do intervalo de tempo entre as reavaliações, que leva em consideração a necessidade do usuário;

- f) Caso o usuário ainda precise ser acompanhado após as três avaliações, os profissionais envolvidos devem abrir outro formulário e continuar registrando as queixas para visualizar a evolução clínica do avaliado.

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



Fonte: Autora.

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

4.3.2.4.3 Entrevistas semiestruturadas

Após a realização das oficinas – em paralelo ao período de aplicação do FAM-RCaNasf – construiu-se um roteiro de entrevistas, contendo questões semiestruturadas (Apêndice D). Assim, foram realizadas entrevistas que tiveram como objetivo conhecer a percepção dos profissionais quanto a aspectos considerados relevantes no processo de validação do FAM-RCaNasf – abrangendo a clareza do seu conteúdo; simplicidade para a sua aplicação no trabalho do Nasf; contemplação da variedade de doenças e/ou situações de saúde que geralmente são solicitados ao acompanhamento do Nasf; pertinência para avaliar e monitorar a resolutividade clínico-assistencial do Nasf, entre outros temas.

Segundo Manzini (1991), a utilização da entrevista como coleta de dados depende da natureza das informações da pesquisa. Normalmente, este recurso é escolhido quando inexitem registros disponíveis a não ser na memória ou pensamento das pessoas.

Nas entrevistas semiestruturadas, apesar do uso de um roteiro que combina perguntas fechadas e abertas, as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas. Portanto, possibilita maior interação entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo as respostas espontâneas, o que permite tocar em assuntos mais complexos (BONI; QUARESMA, 2005).

Nesta pesquisa, para facilitar o acesso da pesquisadora responsável aos profissionais dos Nasf estudados e permitir maior disponibilidade dos mesmos, as entrevistas foram agendadas e realizadas de forma individualizada nas USF.

Todos os profissionais que participaram das oficinas, independente de terem aplicado ou não o formulário, eram elegíveis para a entrevista. Optou-se por não limitar a amostra aos aplicadores do FAM-RCaNasf, pois, os desfechos encontrados, além de fazer parte do processo de validação de conteúdo, também poderiam permitir a identificação das dificuldades enfrentadas durante as tentativas de aplicação do instrumento no trabalho do Nasf.

Para o recrutamento da amostra necessária, utilizou-se o método de saturação. Em pesquisas qualitativas, a saturação ocorre quando o acréscimo de informações não altera a compreensão do fenômeno estudado, assim sendo, a coleta de dados deve ser interrompida (FONTANELLA et al., 2011).

No intuito de garantir fidedignidade na coleta dos dados, todas as entrevistas foram gravadas em áudio. Durante a sua realização, o FAM-RCaNasf foi disponibilizado aos entrevistados para que eles pudessem revisitá-lo, caso sentissem necessidade.

Após a coleta, os dados obtidos foram transcritos e qualificados, iniciando-se uma pré-análise do seu conteúdo.

4.3.2.5 7ª Etapa: relacionada ao 5º objetivo específico

A testagem do FAM-RCaNasf teve o propósito de obter dados quantitativos que, ao longo do tempo, permitissem avaliar a resolutividade clínico-assistencial dos Nasf estudados. Nessa perspectiva, o formulário foi aplicado por profissionais

voluntários – devidamente treinados – que foram solicitados ao acompanhamento de determinados casos durante o período do estudo. Para facilitar a identificação dos usuários elegíveis, fez-se o levantamento de informações contidas nos prontuários clínicos das USF.

A princípio, o preenchimento do FAM-RCaNasf ocorria durante as avaliações realizadas em visitas domiciliares ou atendimentos na própria USF, de forma compartilhada. Posteriormente, no processo de coleta, percebeu-se a necessidade de facilitar a integração dos profissionais. Então, as reuniões clínicas, que já existiam na rotina de trabalho das equipes – Nasf e Saúde da Família – constituíram-se como outra opção válida para a discussão das demandas e preenchimento do formulário.

Considerando ser indispensável outorgar um intervalo de tempo entre a aplicação de condutas terapêuticas e a inferência dos seus resultados, realizou-se o seguimento dos casos de forma prospectiva. Segundo Greenland (1977), os estudos que apresentam um período de seguimento objetivam investigar possíveis mudanças ao longo do tempo, de forma prospectiva ou retrospectiva, portanto, existe uma sequência temporal conhecida entre uma intervenção terapêutica e o aparecimento do fato evolutivo.

Visando realizar análises comparativas dos dados quantitativos registrados no FAM-RCaNasf, as aplicações foram realizadas em três momentos distintos. Os usuários aqui incluídos foram acompanhados pelos profissionais dos Nasf em um período que variou de dois a seis meses.

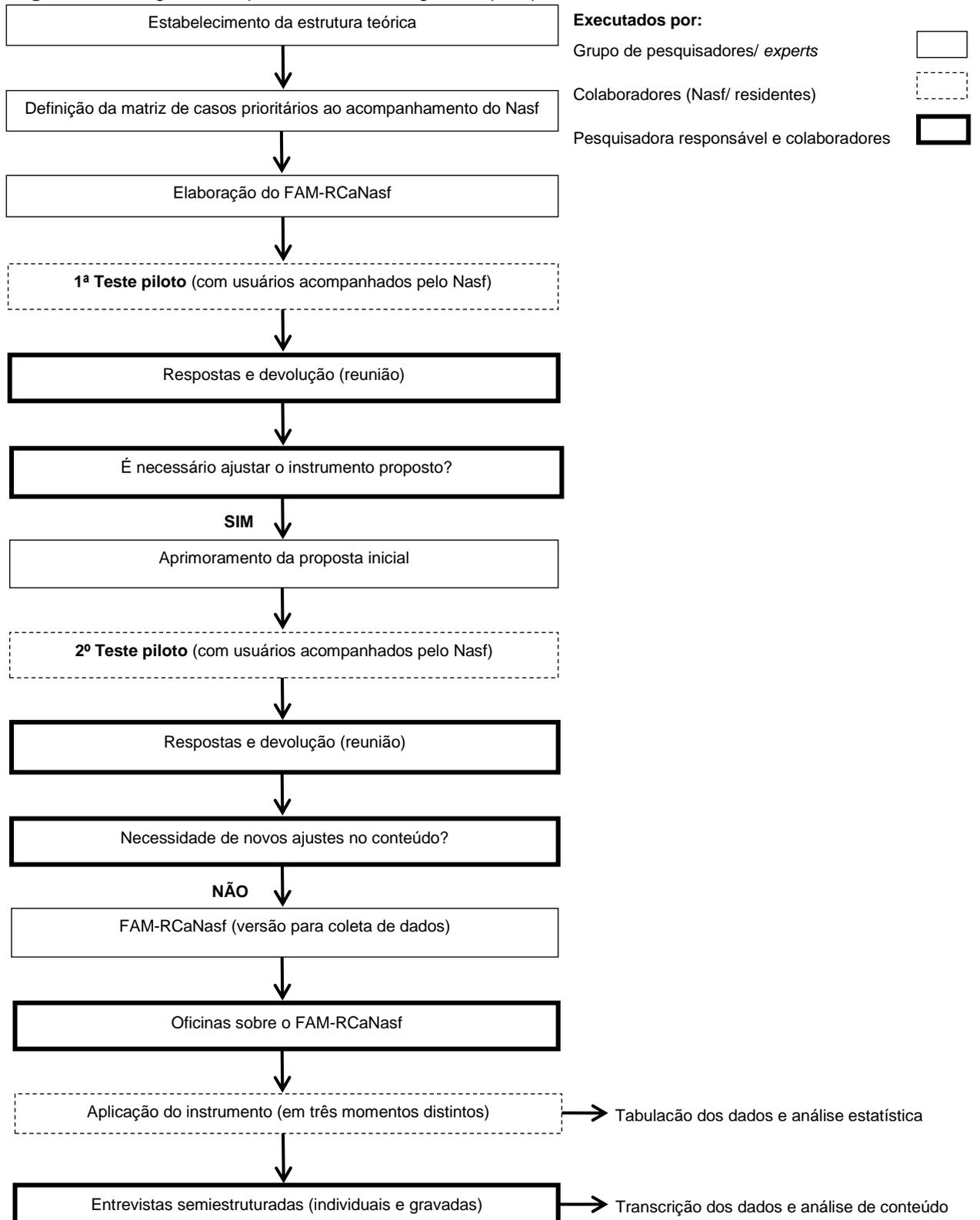
É importante lembrar que, durante as avaliações, tentou-se contemplar não só a visão clínica – própria dos profissionais de saúde – mas também registrar as necessidades e/ou prioridades de saúde referidas por cada usuário, assim, os desfechos foram observados nas perspectivas de ambos.

Após o período de coleta, o FAM-RCaNasf foi disponibilizado aos profissionais que tiveram interesse em continuar utilizando-o no seu trabalho.

4.3.3 Análise dos dados

Para recordar as etapas da pesquisa, a figura 6 apresenta um fluxograma contendo uma síntese do percurso metodológico empregado, que culminou em dados de caráter misto ou quantitativos e qualitativos.

Figura 6- Fluxograma do percurso metodológico da pesquisa, Recife-PE, Brasil, 2017.



Fonte: Autora.

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

A seguir, os métodos e técnicas escolhidos para as análises dos dados coletados serão explicitados, de acordo com o tipo de abordagem.

4.3.3.1 Dados quantitativos

Os dados numéricos coletados neste estudo foram colocados em série e apresentados em forma de tabelas.

A caracterização dos usuários, profissionais envolvidos e a identificação das áreas de cuidados consideradas relevantes aos avaliados foram determinadas pela estatística descritiva – em frequência relativa – por meio da razão entre a frequência absoluta e o número total de observações.

Para inferir a resolutividade das ações clínico-assistenciais dos Nasf estudados, utilizou-se a soma da pontuação total dos qualificadores, registrados na primeira e última avaliação, por componente do FAM-RCaNasf – “Funções e estruturas do corpo” (FE), “Atividades e participação” (AP) e “Aspectos social, familiar e do indivíduo” (SFI). Em seguida, realizou-se um cálculo estatístico para medidas pareadas – comparando a primeira e a última – com o *Wilcoxon Signed Ranks Test*.

Este teste para dados pareados é um dos mais utilizados em ciências do comportamento. Ao invés de considerar apenas o sinal das diferenças entre os pares, considera o valor dessas diferenças, para cada indivíduo. Assim sendo, algumas diferenças são positivas e outras negativas (HADDAD, 2004).

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

4.3.3.2 Dados qualitativos

Como visto anteriormente, os dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas fazem parte do processo de validação do FAM-RCaNasf. Para produzir inferências sobre essas informações, optou-se pelo uso do método de análise de conteúdo, com recorte do tipo temático, na perspectiva de Bardin (2009).

“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2009, p. 38). Portanto, concentra-se no conteúdo manifesto e visa produzir inferências sobre o mesmo (NAVARRETE; SILVA, 2009).

De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo é organizada em três fases, que são a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Mas, vale salientar que esse processamento da análise tem um caráter dinâmico e não linear, pois, existem interconexões entre as diferentes fases (NAVARRETE; SILVA, 2009).

4.3.3.2.1 Pré-análise

No primeiro contato entre a pesquisadora responsável e o material transcrito, realizou-se a leitura dos dados, de forma repetida – denominada de “leitura flutuante” – o que permitiu conhecer as informações e, posteriormente, qualificá-las. A qualificação realizada consiste em organizar, de maneira não estruturada, as ideias principais e significados gerais do conteúdo proveniente de diferentes locutores (BARDIN, 2009).

Antes de submeter ao procedimento analítico, os dados previamente qualificados foram reduzidos, formando o “*corpus*” da entrevista. Portanto, o *corpus* constitui a redução de um conjunto de dados. Para isso, utilizou-se a regra de exaustividade, que leva em conta todos os elementos do texto como passíveis a estarem no *corpus* (BARDIN, 2009).

A partir dessa redução foi possível selecionar os aspectos emergentes no texto – chamados de “unidades de registro”. De modo geral, todas as palavras contidas no material coletado poderiam ser consideradas como unidades de registro, contudo, visando subsidiar a fase de análise, foi necessário realizar recortes que contemplassem os objetivos do estudo.

A literatura aponta que existe uma variedade de tipos de recortes (BARDIN, 2009; CAMPOS, 2004). Neste estudo, utilizou-se um recorte temático que focou na percepção dos profissionais sobre questões relevantes à validação do FAM-RCaNasf. Com essa escolha, as unidades de registro selecionadas foram formadas por conceito de resolutividade; importância de avaliar e monitorar a resolutividade das ações; dificultadores para aplicação do instrumento no trabalho do Nasf e vantagens do FAM-RCaNasf.

Como visto, os temas são informações relativas aos distintos aspectos abordados nas entrevistas (NAVARRETE; SILVA, 2009). Segundo Bardin (2009), as

análises temáticas objetivam estudar as motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, *etc.*

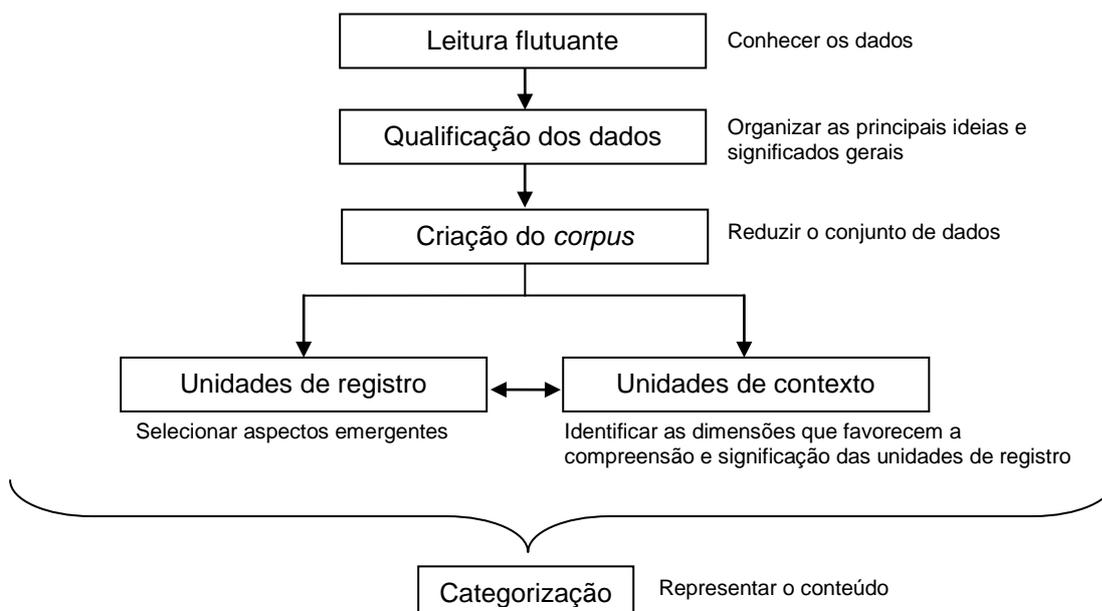
Em posse dos aspectos emergente, buscou-se identificar as dimensões que poderiam favorecer a compreensão e significação deles – denominadas de “unidades de contexto”. Especificamente, foram encontradas duas unidades de contexto – o processo de trabalho e o instrumento proposto – portanto, todas as unidades de registro selecionadas estavam direcionadas a estas dimensões.

Antes de dar início à análise de conteúdo propriamente dita, próxima fase, fez-se a categorização do *corpus*, buscando atingir uma representação do conteúdo.

Os dados apresentados neste estudo respeitaram o sigilo – utilizando a vogal “E” para ocultar os nomes dos entrevistados – bem como as individualidades dos sujeitos – para isso, cada profissional incluído foi referido com uma numeração específica, que variou de 1 a 14, de acordo com o registro cronológico de cada entrevista.

Para sintetizar essa fase inicial, pré-análise dos dados qualitativos, na figura 7, apresenta-se o fluxograma que compreende o seu desenvolvimento e as respectivas finalidades.

Figura 7- Etapas de desenvolvimento da pré-análise dos dados qualitativos e suas finalidades.



Fonte: Autora a partir de Bardin (2009).

4.3.3.2.2 *Exploração do material*

A exploração do material nada mais é que a administração sistemática das decisões que foram tomadas na fase de pré-análise (BARDIN, 2009).

A partir das informações do *corpus* das entrevistas, os dados foram qualificados em forma de categorias, sendo arrumadas em frases que traziam as temáticas abordadas. A criação das categorias objetivou facilitar a comparações e estabelecer possíveis diferenças entre elas. Portanto, a análise de conteúdo consistiu na operacionalização dessas categorias.

Este é um momento dinâmico de idas e vindas, entre a categorização que foi proposta e os dados analisados, até estar seguro de que tem sentido a conformação estabelecida (NAVARRETE; SILVA, 2009). Nessa perspectiva, as categorias deste estudo só foram definidas após releituras, revisões e discussões realizadas, com a participação de pesquisadores colaboradores.

O trabalho de agrupamento das informações sobre as distintas categorias foi realizado manualmente, pela pesquisadora responsável.

4.3.3.2.3 *Tratamento dos resultados, inferência e interpretação*

As categorias criadas na fase de exploração do material foram condensadas em subcategorias, o que permitiu identificar os aspectos abordados nos conjuntos de categorias.

Com isso, iniciou-se a descrição dos resultados relativos a cada categoria, buscando as citações de aspectos comuns e frequentes, bem como daqueles com pouca frequência, mas que poderiam agregar valores aos desfechos desta pesquisa.

A etapa final da análise de conteúdo é a inferência e interpretação dos dados que, conforme Navarrete e Silva (2007, p. 105), tratam de “estabelecer relações e desenvolver explicações ou hipóteses que constituam um marco que nos permita dar um sentido aos achados”.

Para tanto, é relevante ressaltar que os resultados qualitativos desta pesquisa se constituíram em trechos de discursos dos profissionais do Nasf, descritos na íntegra e a partir dos recortes realizados por temas.

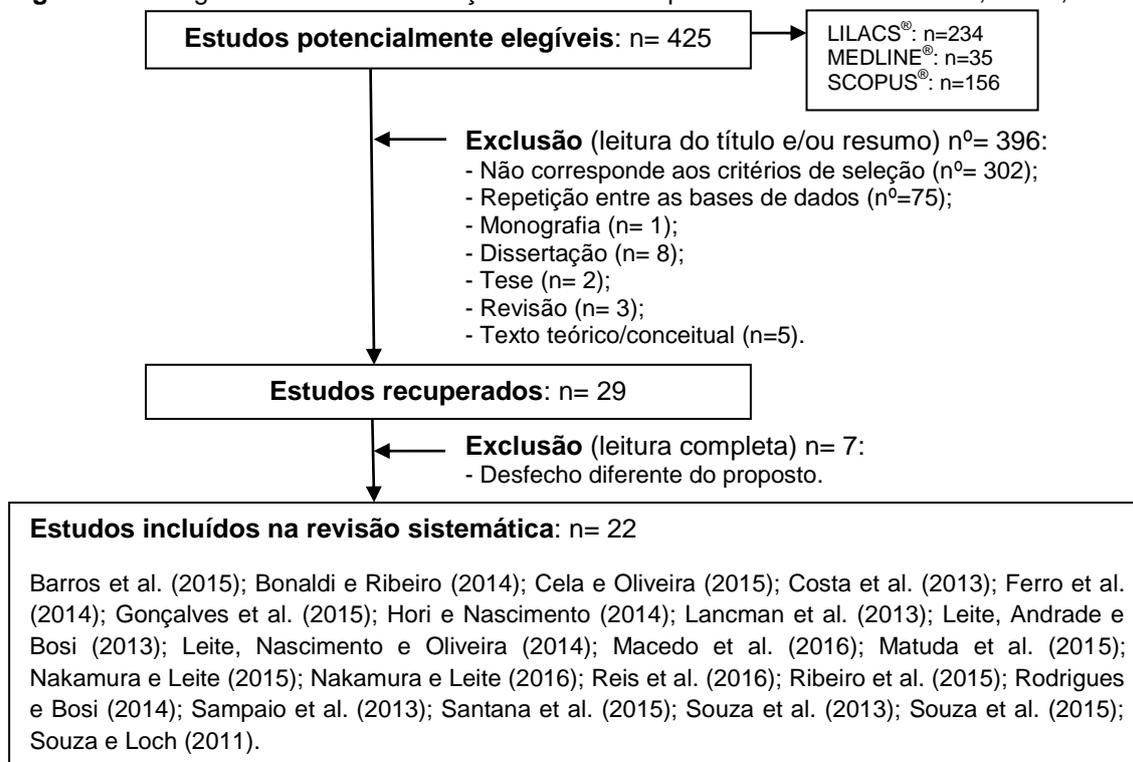
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão apresentados de forma a abranger desde o levantamento do arcabouço teórico para a construção do FAM-RCaNasf até alcançar os dados obtidos por meio da sua testagem na população usuária do Nasf. Para facilitar a visualização dos desfechos aqui encontrados e subsidiar a sua discussão, os mesmos serão apresentados em cinco seções, em conformidade com os objetivos da pesquisa.

5.1 Revisão sistemática da literatura

Com a estratégia de busca proposta na revisão sistemática, identificou-se 425 estudos potencialmente elegíveis. Após a leitura dos títulos e/ou resumos, 29 deles foram selecionados para leitura completa. Destes, 22 estudos preencheram os critérios de elegibilidade (Figura 8).

Figura 8- Fluxograma da busca e seleção dos estudos para a revisão sistemática, Brasil, 2008-2016.



Fonte: Autora.

Por ser uma proposta recente, ainda existem poucos estudos sobre a temática Nasf. Nesta revisão, observou-se que os temas relacionados à atuação do Nasf começaram a ser publicados, com mais ênfase, a partir do ano de 2013 (Quadro 7). Anteriormente, as produções científicas focavam na descrição do processo de implantação do Nasf nos municípios, outros traziam reflexões sobre as competências para o trabalho na EqNasf ou analisavam a inserção de algumas categorias profissionais (BARBOSA et al., 2010; BEZERRA et al., 2010; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; SCABAR; PELLICIONI; PELLICIONI, 2012).

Dos 22 estudos incluídos, 45% foram realizados no nordeste do Brasil e nenhum na região norte, o que inviabiliza a efetivação de análises comparativas sobre a atuação do Nasf em todo território nacional. Este achado remete a necessidade de novos estudos avaliativos, que contemplem aspectos ainda não aprofundados na literatura, como é o caso da resolutividade das ações da EqNasf, tanto no clínico-assistencial quanto no âmbito técnico-pedagógico.

Ainda no quadro 7, visualiza-se que a atuação do Nasf foi investigada de forma nuclear em 41% das pesquisas, assim, foi destaca a percepção a respeito do trabalho de uma categoria profissional em detrimento à equipe. Mesmo não sendo este o foco da atuação do Nasf, estudar as especialidades pode ter sido uma escolha intencional, devido as dificuldades de obter dados advindos de ações compartilhadas entre os próprios profissionais da EqNasf e também junto à EqSF, já que essas ações são relatadas por alguns autores como escassas (BARROS et al., 2015; BONALDI; RIBEIRO, 2014; COSTA et al., 2013; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; MACEDO et al., 2016; SOUZA et al., 2013).

Para alcançar os objetivos propostos nos estudos elegidos, as entrevistas semiestruturadas foi o recurso mais utilizado, aplicado em 91% deles. Apenas Barros et al. (2015), Gonçalves et al. (2015) e Lancman et al. (2013) fizeram triangulação com análise documental, entrevistas semiestruturadas, observação e, ainda, realizaram validação dos dados junto aos sujeitos estudados (Quadro 7).

O termo triangulação é conceituado como a combinação de diferentes métodos, grupos de estudo, ambientes, períodos de tempo e perspectivas teóricas para lidar com um fenômeno. Ela pode ser utilizada tanto por meio da aplicação de múltiplos métodos qualitativos quanto pela combinação destes com procedimentos quantitativos (FLICK, 2013).

Para Maxwell (1996), a triangulação reduz o risco de que as conclusões de um estudo reflitam enviesamentos ou limitações próprias de um único método, gerando maior credibilidade em seus achados.

Quadro 7- Características dos estudos elegidos para a revisão sistemática, Brasil, 2008-2016.

Autor/data	Local (região do país)	Sujeitos (nº)	Período (mês/ano)	Métodos
Barros et al. (2015).	Butantã (SP); Sudeste.	Profissionais da EqNasf (22).	2011 e 2012.	AD; ESE; OBS e VD.
Bonaldi e Ribeiro (2014).	Leste de SP; Sudeste.	Profissionais da EqNasf (7).	Não menciona.	ESE.
Cela e Oliveira (2015).	Municípios do RN; Nordeste.	Psicólogos da EqNasf (7).	08/2010 a 09/2011.	ESE.
Costa et al. (2013).	Municípios da PB; Nordeste.	Fonoaudiólogos da EqNasf (12).	04 a 06/2011.	ESE.
Ferro et al. (2014).	Curitiba (PR); Sul.	Profissionais da EqNasf (4) e da EqSF (8).	09/2011 a 01/2012.	ESE.
Gonçalves et al. (2015).	Oeste de SP; Sudeste.	Profissionais da EqNasf (7).	03 a 09/2011.	AD; ESE; OBS e VD.
Hori e Nascimento (2014).	Guarulhos (SP); Sudeste.	Profissionais da EqNasf e NAAB (13).	08 a 09/2012.	ESE e OBS.
Lancman et al. (2013).	São Paulo (SP); Sudeste.	Profissionais da EqNasf (30).	2011 e 2012.	AD; ESE; OBS e VD.
Leite, Andrade e Bosi (2013).	Juazeiro do Norte (CE); Nordeste.	Psicólogos da EqNasf (6).	Não menciona.	ESE e OBS.
Leite, Nascimento e Oliveira (2014).	São Paulo (SP); Sudeste.	Profissionais da EqNasf (40).	08 a 10/2011.	ESE.
Macedo et al. (2016).	Fortaleza (CE); Nordeste.	Profissionais das EqNasf (11).	Não menciona.	ESE e OBS.
Matuda et al. (2015).	Sul de SP; Sudeste.	Profissionais da EqNasf e da EqSF (15).	05 a 12/2010.	ESE.
Nakamura e Leite (2015).	Município na região Sul.	Farmacêuticos da EqNasf (7).	03 a 12/2012.	ESE e OBS.
Nakamura e Leite (2016).	Município de SC; Sul.	Farmacêuticos da EqNasf (7).	03 a 12/2012.	ESE e OBS.
Reis et al. (2016).	Goiânia (GO); Centro-oeste.	Profissionais da EqNasf (14).	2013.	GF.
Ribeiro et al. (2015).	Fortaleza (CE); Nordeste.	Profissionais da EqNasf (15).	08 a 12/2013.	ESE e OBS.
Rodrigues e Bosi (2014).	Fortaleza (CE); Nordeste.	Nutricionistas da EqNasf (10).	11/2011 a 03/2012.	ESE e OBS.
Sampaio et al. (2013).	Campina Grande e João Pessoa (PB); Nordeste.	Profissionais das EqNasf (36), coordenação geral do Nasf e gerentes (2).	09/2010 a 02/2011.	ESE e OBS.
Santana et al. (2015).	Cabedelo (PB); Nordeste.	Enfermeiros que atuam na ESF.	Não menciona.	AQ.
Souza et al. (2013).	Interior da BA; Nordeste.	Profissionais da saúde (com fisioterapeuta da EqNasf) (4); gestores (2) e usuários (8).	2011.	ESE.
Souza et al. (2015).	Interior da BA; Nordeste.	Profissionais de saúde (com fisioterapeuta da EqNasf) (5); gestores (nº=2) e usuários (8).	2011.	ESE.
Souza e Loch (2011).	Municípios do PR; Sul.	Educadores físicos da EqNasf (7).	08 a 09/2009.	ESE.

Fonte: Autora.

Legenda: SP= São Paulo; RN= Rio Grande do Norte; PB= Paraíba; PR= Paraná; CE= Ceará; SC= Santa Catarina; GO= Goiás; BA= Bahia; EqNasf= Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; NAAB= Núcleos de Apoio à Atenção Básica; Nasf= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; EqSF= Equipe Saúde da Família; AD= Análise documental; AQ= Aplicação de questionário; ESE= Entrevista semiestruturada; GF= Grupo focal; OBS= Observação; VD= Validação dos dados.

Com o uso do instrumento CASP, observou-se que todas as pesquisas tinham desenhos metodológicos apropriados aos objetivos (item 2). Houve algum tipo de lacuna metodológica em 73% estudos. Entre as falhas encontradas, 36% dos artigos não mencionou a relação entre o pesquisador e o indivíduo pesquisado (item 6); e/ou não discutiu a credibilidade de suas descobertas, por exemplo, o uso da triangulação, validação de respondente ou mais de um analista (item 9); e/ou não descreveu sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como, quais foram as suas limitações (item 10).

A partir do *checklist*, 54,5% dos estudos incluídos foram classificados como categoria “A”, demonstrando pequeno risco de viés. Destacam-se as pesquisas realizadas por Barros et al. (2015), Hori e Nascimento (2014), Lancman et al. (2013), Leite, Andrade e Bosi (2013), Macedo et al. (2016) e Matuda et al. (2015) que atenderam as exigências de todos os itens do CASP. Apenas o estudo de Sampaio et al. (2013) foi classificado como categoria “C”, apresentando alto risco de viés (Quadro 8).

Provavelmente, por ser um instrumento de origem inglesa, o CASP deve ter exigências características dos periódicos daquela localidade, o que nem sempre pode ser seguido em outros contextos.

A literatura enfatiza que não há um consenso sobre os critérios que validam a qualidade de estudos qualitativos (GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011). Contudo, nesta revisão sistemática, a utilização do instrumento CASP promoveu subsídio para que os pesquisadores envolvidos realizassem uma análise crítica e identificação dos pontos fortes de cada estudo, podendo ser utilizados com maior confiabilidade por outros estudiosos, profissionais da área ou indivíduos interessados no tema, bem como foi mostrado os pontos fracos, evitando ser reproduzidos em futuras pesquisas.

Com essa análise, sugere-se a que comunidade científica adote, na sua rotina de trabalho, a utilização de alguns instrumentos – como é o caso do CASP (SINGH, 2013) para os estudos qualitativos – a fim de garantir maior qualidade metodológica, reduzindo os riscos de vieses e, por consequência, gerando resultados mais confiáveis.

Quadro 8- Checklist* e categorização quanto ao risco de viés dos estudos qualitativos incluídos na revisão sistemática, Brasil, 2008-2016.

Estudo	Itens do CASP										Categoria	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Barros et al. (2015).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	A
Bonaldi e Ribeiro (2014).	X	X	X	X			X					B
Cela e Oliveira (2015).	X	X	X	X	X	X						B
Costa et al. (2013).	X	X		X	X	X	X	X	X			B
Ferro et al. (2014).	X	X	X		X		X	X	X	X		B
Gonçalves et al. (2015).	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	A
Hori e Nascimento (2014).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	A
Lancman et al. (2013).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	A
Leite, Andrade e Bosi (2013).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	A
Leite, Nascimento e Oliveira (2014).	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	A
Macedo et al. (2016).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	A
Matuda et al. (2015).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	A
Nakamura e Leite (2015).	X	X	X	X	X		X		X	X		B
Nakamura e Leite (2016).	X	X		X	X	X	X	X				B
Reis et al. (2016).	X	X	X	X	X	X	X	X		X		A
Ribeiro et al. (2015).	X	X	X	X	X		X	X				B
Rodrigues e Bosi (2014).	X	X	X	X	X	X	X	X		X		A
Sampaio et al. (2013).		X					X			X		C
Santana et al. (2015).	X	X	X	X	X	X	X	X	X			A
Souza et al. (2013).	X	X	X	X	X		X	X	X	X		A
Souza et al. (2015).	X	X					X	X	X			B
Souza e Loch (2011).	X	X		X	X	X	X	X				B

Fonte: Autora.

Nota: *considerando os critérios do *Critical Appraisal Skills Programme* (SINGH, 2013).

Legenda: 1= objetivo claro e justificado; 2= desenho metodológico apropriado aos objetivos; 3= procedimentos metodológicos apresentados e discutidos; 4= seleção intencional da amostra; 5= coleta de dados descrita, instrumentos e processo de saturação que são explicitados; 6= relação entre pesquisador e pesquisado; 7= cuidados éticos; 8= análise densa e fundamentada; 9= resultados apresentados e discutidos, apontando o aspecto da credibilidade e uso da triangulação; 10= descrição sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como, suas limitações; A= pequeno risco de viés (de 10 a 9 itens contemplados); B= moderado risco de viés (de 8 a 5 itens contemplados); C= alto risco de viés (<5 itens contemplados).

Quanto à atuação do Nasf, esta revisão identificou quatro aspectos que foram considerados como o foco principal das investigações – (1) **Organização do processo de trabalho das EqNasf**: heterogeneidade do processo de trabalho; programação das atividades; produtividade das EqNasf; (2) **Desenvolvimento de atividades na APS**: apoio matricial; construção de PTS; promoção da saúde; (3) **Desafios e/ou potencialidades para o trabalho no Nasf**: formação profissional; recursos materiais e físicos; desenvolvimento do trabalho; (4) **Interação interprofissional**: relacionada aos profissionais das EqNasf; relacionada aos profissionais das EqNasf e EqSF.

5.1.1 Organização do processo de trabalho das EqNasf

Macedo et al. (2016), bem como Leite, Nascimento e Oliveira (2014), apontaram que o processo de trabalho do Nasf é modificado e estruturado conforme

as particularidades e necessidades locais, o que atende as normas ministeriais. Contudo, vale ressaltar que essa flexibilização organizacional exige a disponibilidade dos profissionais para a elaboração de ações estratégicas, devendo ser postas em monitoramento contínuo e avaliadas junto à EqSF visando atender as reais necessidades da população (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Macedo et al. (2016) ainda referiu que o processo de trabalho do Nasf é permeado por muitas dúvidas, incertezas e falta de orientação específica. Corroborando, o estudo de Nascimento (2014), que analisou o processo de trabalho das EqNasf em três municípios de PE, constatou a diversidade de modelos organizacionais ao identificar, a partir das atividades realizadas e da integração com as EqSF, três configurações distintas de Nasf que foram definidas como matricial, semi-matricial e assistencial-curativista.

Com esses achados, percebe-se que tal heterogeneidade organizacional não está simplesmente atrelada ao microcontexto de implantação dos núcleos nos municípios, deve existir outros fatores que perpassam essa questão, como a falta de compreensão por parte dos gestores e dos profissionais, da EqNasf e EqSF, sobre a lógica de atuação interprofissional.

No tocante a programação das atividades desenvolvidas pelo Nasf, Gonçalves et al. (2015) e Macedo et al. (2016) evidenciaram que é influenciada pela racionalidade instrumental e burocrática, com foco na produtividade. Contrariamente, essas atividades deveriam ser programadas para atender os casos ou situações que precisam de uma retaguarda especializada no âmbito da APS.

Gonçalves et al. (2015) também versou sobre a produtividade das EqNasf. Os autores mencionaram que, atualmente, os instrumentos utilizados para este fim não possibilitam demonstrar todas as tarefas realizadas pelo Nasf na APS. Portanto, eles não permitem inferir o real impacto dos arranjos organizacionais sobre a qualidade da atenção prestada.

De modo geral, nos artigos revisados, não foi identificado um elenco de indicadores validados para inferir os resultados das ações das EqNasf. Outros pesquisadores apontam que as medidas utilizadas para este fim são baseadas na quantidade de atividades desenvolvidas, ou seja, focam na produção (NÓBREGA, 2013; SILVA, 2014; SOUSA, 2016).

5.1.2 Desenvolvimento de atividades na APS

Contemplando o segundo aspecto identificado nesta revisão, os autores versaram sobre o apoio matricial, construção de PTS e ações com foco na promoção de saúde.

De acordo com o MS, para a organização e desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf são elencadas algumas estratégias sobre as quais “os profissionais do Nasf podem lançar mão para colocar em prática o apoio matricial”, referindo-se às práticas grupais; PTS; Genograma – que retrata, por meio de símbolos e legendas, a história familiar, identificando sua estrutura, funcionamento, relações e conflitos entre os membros; Ecomapa – mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade; atendimento domiciliar compartilhado – atividade que envolve não só os diferentes profissionais da área da saúde, como também o usuário e sua família; consulta compartilhada e atendimentos individuais (BRASIL, 2014, p. 67).

O apoio matricial tem sido considerado o eixo central e principal estratégia para concretizar a proposta de trabalho interprofissional do Nasf (BARROS et al., 2015; BRASIL, 2008, 2011a; SAMPAIO et al., 2013). Segundo os documentos ministeriais, o objetivo do matriciamento é garantir a retaguarda especializada e suporte técnico às equipes de referência, que são as responsáveis pela atenção dos problemas de saúde de um território delimitado, de modo compartilhado e singular (BRASIL, 2008, 2010, 2011a).

Vale também lembrar que o apoio matricial não é exclusividade do Nasf, podendo ser desenvolvido em/por outras modalidades de serviços, como Centros de Atenção Psicossocial (Caps), ambulatórios especializados e hospitais (BRASIL, 2014, p. 91).

Cunha e Campos (2011) reforçaram que essa lógica de trabalho permite ampliar o cardápio de atividades desenvolvidas na APS, abrangendo discussões de temas predominantes, atendimentos conjunto entre os profissionais de diferentes especialidades, ações intersetoriais, planejamento estratégico para enfrentar as demandas reprimidas do sistema de saúde, qualificação de encaminhamentos para outros serviços, entre outras.

Para tanto, é essencial existir uma fluidez na interação entre os profissionais das EqNasf e EqSF, a fim de contemplar um fazer saúde compartilhado e dialogado,

que permita refletir cotidianamente sobre as necessidades existentes no território (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Refutando essa perspectiva, algumas investigações aqui revisadas demonstraram a resistência ou pouca disponibilidade das equipes para a prática do matriciamento (BARROS et al., 2015; CELA; OLIVEIRA, 2015). Tal ocorrência pode cancelar o desconhecimento, por parte das EqSF ou até mesmo do próprio profissional que atua na EqNasf, sobre a proposta de trabalho interprofissional, visto que os moldes tradicionais de formação em saúde tendem a não incluir as compreensões necessárias para essas práticas no trabalho em saúde (CELA; OLIVEIRA, 2015; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Em um estudo realizado no município de Piraí, Rio de Janeiro (RJ), foi identificado que o engessamento das ações do Nasf pode ser influenciado pela lógica da gestão (MAFRA, 2012). Assim sendo, a incompreensão por parte dos gestores pode representar mais uma barreira para a concretização do apoio matricial.

Barros et al. (2015) e Sampaio et al. (2013) ratificaram a heterogeneidade teórico-prática com relação à compreensão e utilização da estratégia do apoio matricial no cotidiano dos núcleos. No estudo de Sampaio et al. (2013), foram mencionadas cinco formas de operacionalização de apoio matricial do Nasf, que são o gerencial-administrativo, político-institucional, técnico-pedagógico, técnico-assistencial e político-comunitário. Os distintos apoios estavam relacionados ao modelo de saúde, demandas locais e orientação política da gestão municipal. Segundo os autores, as acepções que foram encontradas não estão necessariamente explicitadas em publicações do MS, apesar de deterem nelas algum respaldo.

Nascimento (2014) também citou a carência de definições teóricas para nortear o trabalho dos Nasf e afirmou que este é um dos fatores que podem favorecer as variadas interpretações sobre a função destes junto à EqSF.

Assim como o apoio matricial, o PTS é considerado como um recurso de suporte ao trabalho do Nasf (BRASIL, 2010). Esta estratégia visa promover a melhoria da atenção psicossocial por meio do acolhimento das necessidades do indivíduo, sendo assim, deve considerar as singularidades de cada usuário, numa relação dialógica com decisão compartilhada e empoderamento do sujeito, tentando

atender adequadamente à complexidade das situações apresentadas (DESCHAMPS; RODRIGUES, 2016).

Nesta revisão, o PTS foi objeto investigado por Hori e Nascimento (2014), que analisaram a sua elaboração nas práticas dos Nasf, no campo da saúde mental. Neste estudo, foi possível observar que os projetos terapêuticos, na sua maioria, eram restritos à leitura da queixa do usuário. Também foi visto que a reavaliação dos casos era limitada à mudança na conduta terapêutica medicamentosa ou proposta de discussão em novo momento de apoio matricial. Diante dessas distorções, os autores alertaram que é necessário analisar a viabilidade do PTS a partir das peculiaridades da APS, evitando a mera transposição de ferramentas tecnológicas entre diferentes serviços da rede de atenção psicossocial.

De acordo com as orientações do MS, o PTS é aplicado a situações de saúde mais complexas e pode ocorrer com ou sem apoio matricial (BRASIL, 2010). Recomenda-se que esses projetos sejam elaborados em quatro momentos – 1º. O diagnóstico, realizado por meio de avaliação orgânica, psicológica e social do usuário; 2º. A definição de metas, em curto, médio e longo prazo; 3º. A divisão de responsabilidades, com o objetivo de definir as tarefas de cada profissional; 4º. A reavaliação, que é o momento de discutir a evolução do caso e fazer as devidas correções em relação ao rumo terapêutico (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, o PTS pode ter um potencial para ampliar o envolvimento dos vários profissionais e equipes da rede de serviços, estimular o trabalho interprofissional e intersetorial, proporcionar melhoria do vínculo entre usuários e profissionais, bem como contribuir com a gestão do cuidado no âmbito da APS.

Dentre o abrangente escopo de ações que podem ser desenvolvidas pelo Nasf, o estudo de Bonaldi e Ribeiro (2014) focou nas atividades que contemplam a promoção de saúde e aludiu que as mesmas são suprimidas pela demanda reprimida do sistema de saúde, sendo direcionadas à população adoecida.

Costa et al. (2013), ao apreciarem a atuação do fonoaudiólogo do Nasf, verificaram que as atividades de promoção da saúde estavam focalizadas na educação para mudanças de comportamentos de indivíduos e de grupos específicos, por meio de palestras e ações em grupos, ou seja, nas práticas voltadas para a prevenção.

Corroborando com esses achados, os estudos de Bonaldi e Ribeiro (2014), Heidemann, Wosny e Boehs (2014) e Torres et al. (2010) relataram que as práticas

promotoras de saúde, conforme a percepção dos usuários e profissionais, estavam direcionadas para questões da doença. Além disso, apresentavam metodologias tradicionais, nas quais a educação se torna um ato de transferir informações e as temáticas eram escolhidas pelos profissionais da saúde, reduzindo os usuários a meros expectadores.

Percebe-se que, na prática dos profissionais na APS, existe uma dificuldade de diferenciar os conceitos de prevenção de doenças, educação e promoção em saúde. Ao se discutir sobre a prevenção de doenças, o termo é remetido à redução do risco ou da probabilidade do adoecimento. Na lógica biomédica, para tentar minimizar o provável risco de adoecer, cada vez mais são desenvolvidas rotinas de exames de *checkup*, gerando uma verdadeira “indústria da prevenção” (SUCUPIRA; MENDES, 2003).

Já a educação para a saúde é conceituada como o ato de compartilhar conhecimentos no intuito de estimular as práticas de hábitos saudáveis, empoderando e corresponsabilizando os indivíduos pelo seu estado de saúde (BRASIL, 2010, 2014). No entanto, deve-se atentar para o fato de que a dificuldade de adotar hábitos mais saudáveis nem sempre está atrelada a falta de conhecimento sobre eles. Não se pode negar que outros aspectos, como as condições materiais, podem influenciar consideravelmente nas escolhas por determinados hábitos de vida (DIAS et al., 2017; GARCIA, 2013; SANTOS et al., 2016).

Com as mudanças do perfil epidemiológico no mundo, de forte predomínio das doenças crônicas e das causas externas, a promoção de saúde tem sido a proposta que parece ser mais adequada à realidade de saúde atual (SUCUPIRA; MENDES, 2003). Trata-se de estratégias para junção de saberes, técnicos e populares, e articulação de atores institucionais, comunitários, públicos e privados, frente à situação de iniquidades sociais (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

Para Rodrigues e Ribeiro (2012), a saúde no seu conceito mais amplo é promovida a partir de um conjunto de valores, que contemplam condições de vida e trabalho adequados, educação, cultura, formas de lazer e descanso. Portanto, para promover saúde é imprescindível o empenho coordenado de políticos, setores sindicais, empresariais, educadores e profissionais da saúde.

À luz do conceito de Campos (2000), ao realizar ações de promoção da saúde, um determinado profissional, que faz parte de uma equipe, deve atuar não só como núcleo de saber específico, mas também na perspectiva do campo de

conhecimentos, seja da saúde coletiva, atenção primária do indivíduo ou saúde mental.

5.1.3 Desafios e/ou potencialidades para o trabalho no Nasf

Os artigos incluídos nesta revisão sistemática trouxeram algumas questões que consideraram desafiadoras para o trabalho no Nasf. O primeiro assunto a ser refletido e, quiçá, um dos mais críticos, é o descompasso entre o modelo de formação e a proposta do Nasf. Essa questão foi enfatizada em grande parte dos estudos revisados (CELA; OLIVEIRA, 2015; MACEDO et al., 2016; NAKAMURA; LEITE, 2015, 2016; RIBEIRO et al., 2015; SOUZA et al., 2013; SOUZA et al., 2015; SOUZA; LOCH, 2011).

Para os cursos da área de saúde, a proposta curricular nacional preconiza a formação de profissionais capazes de atuar na APS, o que coloca o Nasf como potencial espaço de ensino e pesquisa. Mas, historicamente, a formação em saúde traz características modeladoras de práticas com foco na doença, que busca a normalidade definida por parâmetros externos ao sujeito, ações fragmentadas e individualizadas, pouca experiência de trabalho em equipe e apresenta uma visão restrita do usuário em seu papel apenas de paciente.

Essa formação tradicional vem contribuindo substancialmente para uma série de problemáticas constatadas nos estudos aqui incluídos, dentre elas a tendência à fragmentação do trabalho, com predomínio de ações nucleares, opção pela prática de atendimentos individuais, supervalorização da especialização dos saberes, existência de níveis hierárquicos entre os profissionais e incompreensão dos gestores quanto ao trabalho interprofissional (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016; CARPES et al., 2012; COSTA et al., 2013; FERRO et al., 2014; GONÇALVES et al., 2015; MACEDO et al., 2016; RIBEIRO et al., 2015; RODRIGUES; BOSI, 2014; SILVA; OLIVER, 2016; SOUZA; LOCH, 2011).

Alguns esforços têm sido aplicados para promover mudanças nas estruturas curriculares da graduação, residência multiprofissional e cursos de pós-graduação em saúde, o que têm repercutido positivamente (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016). No entanto, a adoção da concepção de aprendizagem interprofissional envolve o tripé ensino, pesquisa e extensão que, como foi observado nos achados aqui apresentados, está longe de ser considerada como implantada. São

necessários novos modelos de formação que empoderem os sujeitos para além de suas competências tecnológicas. O profissional de saúde precisa ter a oportunidade de desenvolver sua criatividade, autonomia e habilidades que o capacite a trabalhar em equipe.

No contexto atual de saúde no Brasil, sinaliza-se a importância dos profissionais serem formados em campo, com um olhar generalista, experimentando as diversas atribuições estabelecidas não apenas pela teorização, mas também de acordo com as necessidades de saúde da população (SILVA, 2014; SANTOS, 2016).

Diante disso, a OMS recomendou a educação interprofissional como uma alternativa possível para promover mudanças nos modelos tradicionais de formação e fortalecer os sistemas de saúde. De acordo com o documento internacional, os estudantes formados de modo interprofissional estão mais preparados para atuarem como membros de uma equipe de práticas colaborativas, comparados aqueles que se formam nos padrões hospitalocêntricos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Alguns estudos desta revisão também relataram escassez de serviços especializados de referência, fragilidade da rede de suporte e fragmentação da produção em saúde, presente tanto no ambiente interno da ESF quanto nas relações entre os serviços que compõem outros níveis assistenciais (BARROS et al., 2015; CELA; OLIVEIRA, 2015; FERRO et al., 2014; LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

Sousa (2014) trouxe a reflexão de que a ausência de comunicação entre os serviços e/ou profissionais é um aspecto que atua diretamente como inibidor do acesso, fragilizando a integralidade. Portanto, a desarticulação do sistema de encaminhamento pode ser um fator que contribui para ampliar a ineficiência do SUS. O acesso restrito e fragmentado à assistência especializada revela a incipiente formação de redes assistenciais (SOUSA, 2014; FERRO, 2014).

A literatura aponta outro ponto crítico, a existência de um número insuficiente de profissionais atuantes no Nasf, gerando sobrecarga de trabalho devido ao grande quantitativo de equipes para apoiar e de demandas do território, constituindo-se como obstáculo ao cuidado integral. Atrelado a isso, constatou-se a ocorrência de alta rotatividade dos profissionais por fragilizar vínculos, o que pode refletir

negativamente nas relações interprofissionais e com a comunidade (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016; SOUZA et al., 2013).

Quanto aos recursos materiais e físicos, foram considerados insuficientes para a realização das ações demandadas ao Nasf, particularmente no que se refere à escassez e fragilidade de estrutura física disponível para discussão de casos, elaboração de PTS, bem como para o planejamento de ações de maneira compartilhada com os usuários e outros profissionais (ALVES, RIBEIRO; SAMPAIO, 2016; AMARAL; SILVA, 2015; FERRO, 2014; GONÇALVES et al., 2015; HORI; NASCIMENTO, 2014; LANCMAN et al., 2013; LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; MACEDO et al., 2016; RIBEIRO et al., 2015; SOUZA et al., 2013).

Em documentos normativos, não está prevista uma estrutura física específica para a realização das suas ações, assim, os profissionais do Nasf devem utilizar os espaços das USF e região adscrita, atuando a partir das demandas identificadas em conjunto com as equipes de referência de forma integrada às RISS. Amaral e Silva (2015) enfatizaram a importância do ambiente de trabalho, que deve ser estruturado de forma a se tornar um local propício para o estabelecimento de práticas interdisciplinares, fortalecendo o vínculo entre os profissionais.

5.1.4 Interação interprofissional

No que tange ao trabalho desenvolvido entre os profissionais da EqNasf, uma revisão de literatura, publicada em 2013, demonstrou que seus componentes tinham relutância em criar possibilidades de atuação conjunta, integrada e intersetorial (ANJOS et al., 2013), corroborando com os achados de Bonaldi e Ribeiro (2014), Costa et al. (2013), Leite, Andrade e Bosi (2013) e Macedo et al. (2016).

Tentando compreender a colaboração interprofissional, um estudo etnometodológico investigou seis núcleos de um município do nordeste brasileiro. Em seus achados foi revelada a existência de dispersão no processo de trabalho deles, o que dificultou a prática interprofissional (SOUZA, 2015). Segundo o autor, este fato pode estar ligado ao alto número de EqSF acompanhadas e também pela dificuldade de organização no processo de trabalho do próprio Nasf.

Quanto ao trabalho das EqNasf junto às EqSF, os artigos aqui revisados apontaram pouco desenvolvimento de ações compartilhadas, devido a diferenças nas prioridades de cada equipe (BARROS et al., 2015; BONALDI; RIBEIRO, 2014;

SOUZA et al., 2013). Quando ocorriam os poucos diálogos e pactuações entre os profissionais, as relações técnicas e sociais estabelecidas eram conflituosas, pois, as EqSF tinham dificuldade de valorizar o profissional do Nasf, bem como compreender e aceitar a organização e proposta de trabalho do mesmo (ANJOS et al., 2013; CELA; OLIVEIRA, 2015; HORI; NASCIMENTO, 2014; LANCMAN et al., 2013; MACEDO et al., 2016; MATUDA et al., 2015; REIS et al., 2016; SANTANA et al., 2015; SOUZA et al., 2015).

Diante dessas problemáticas, estudiosos sinalizaram a necessidade de mudanças na organização dos serviços e na conduta dos profissionais, entendendo que tanto os trabalhadores do Nasf quanto os gestores têm papel importante nessa integração, não devendo a responsabilidade ficar a cargo apenas das EqSF (ANJOS et al., 2013; SOUZA et al., 2015). Araújo e Galimberti (2013) ainda ressaltaram que é necessária a garantia de condições de trabalho favoráveis para que a interprofissionalidade seja desenvolvida entre as EqNasf e EqSF.

Os achados apresentados nesta revisão sistemática ratificaram a necessidade de se repensar sobre a gestão do Nasf. Atualmente, o MS concede autonomia para que os municípios realizem ações em saúde de acordo com os contextos locais. Porém, alguns estudos apontaram que há ausência de orientações suficientes e, conseqüentemente, as equipes têm dúvidas e incertezas sobre as suas atribuições. Esses fatos, aliados a prevalência da lógica racional e burocrática da gestão dos serviços, são fatores que podem dificultar a realização de um processo de trabalho efetivo do Nasf, bem como o seu desenvolvimento enquanto política.

Em relação ao apoio matricial, foi observada falta de orientação teórica ofertada pelo MS, incompreensão da gestão e dificuldades ou indisponibilidade por parte dos profissionais para realizarem esse apoio. Visualizou-se também uma heterogeneidade teórica e prática quando foram identificadas cinco formas de realização do matriciamento. As problemáticas apontadas representam um alerta para se pensar sobre o que vem sendo feito para a melhoria desse apoio e consolidação da proposta do Nasf.

Foi possível constatar que as implantações das EqNasf ampliaram o escopo de ofertas assistenciais na APS, como é preconizado pelas diretrizes ministeriais, possibilitando melhorias dos cuidados ofertados à população. Contudo, a preparação acadêmica para atuação no Nasf ainda é um desafio. Este fato pode justificar a dificuldade citada acima, de realizar o matriciamento. No contexto atual

de saúde, devem-se abrir discussões sobre a importância de investimentos na educação interprofissional, conforme recomenda a OMS. Além disso, destaca-se a necessidade de se investir em questões estruturais, como a melhoria da rede de serviços de saúde e oferta de insumos para a realização do trabalho interprofissional.

De modo geral, visualizou-se que a atuação do Nasf esbarra em dificuldades de condições organizacionais, materiais e relacionais. Apesar disso, a proposta vem ganhando abrangência em todo território nacional ao longo do tempo (BRASIL, 2017a). Este fato pode ser um indicador de que o trabalho interprofissional tem um grande potencial de impactar positivamente na concretização do cuidado integral à população, quando o mesmo é desenvolvido na perspectiva do apoio matricial e na lógica de construção de redes integrais. Contudo, não foi identificado na literatura revisada o uso de instrumentos que possibilitem inferir adequadamente a resolutividade das ações realizadas pelos profissionais do Nasf.

5.2 Matriz de casos ou situações prioritárias ao acompanhamento dos profissionais do Nasf

Com o propósito de apoiar a implantação das EqNasf no Brasil, o MS dispõe de normatizações que buscam direcionar o processo de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2008, 2010, 2011a, 2012a, 2014). No que se refere ao campo de atuação do Nasf, foram mencionadas nove áreas estratégicas como eixos prioritários de cuidado – saúde da criança, adolescente e jovem; saúde mental; reabilitação e saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2010).

Embora sejam estabelecidas as áreas para atuação do Nasf, o documento ministerial não especifica em que casos os profissionais deveriam ser solicitados para prestar assistência. Com esta lacuna, as práticas de suas equipes são construídas no campo, permitindo múltiplas formas de atuação, o que gera significativas diferenças entre os Nasf, até no mesmo município (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; MACEDO et al., 2016).

Segundo Merhy (2014), o entendimento dos profissionais de saúde sobre as questões que envolvem o processo de trabalho é essencial para que se construam alternativas diante das demandas dos usuários.

No complexo contexto de operacionalização do trabalho interprofissional, as equipes – Nasf e Saúde da Família – precisam saber o que de fato deve ser demandado ao Nasf, a fim de atender as reais necessidades da população (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Vale salientar que os profissionais da EqSF são considerados como referência, assim, têm a responsabilidade pela condução do caso ao longo do tempo, seja ele individual, familiar ou comunitário. Nessa perspectiva, o Nasf deve desenvolver ações, no âmbito clínico-assistencial, objetivando apoiar a equipe de referência no cuidado difícil de ser realizado por ela, atuando de forma compartilhada (CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA, 2008).

Portanto, antes de incidir ações diretas aos usuários, as equipes – Nasf e Saúde da Família – devem ter o olhar voltado às necessidades dos mesmos e, assim, identificar quem precisa ser acompanhado pela retaguarda especializada. Visando facilitar essa identificação, a presente tese vem sugerir uma matriz que sistematizou os possíveis casos ou situações prioritárias para assistência de profissionais das EqNasf (Quadro 9).

A definição dessa matriz – dividida por grupos populacionais e agravos à saúde – foi baseada nos eixos de cuidado prioritários do Nasf e conhecimentos teóricos e empíricos dos pesquisadores e especialistas envolvidos no estudo.

Quadro 9- Matriz de casos ou situações prioritárias ao acompanhamento dos profissionais do Nasf, Brasil, 2017.

(continua)

Grupos populacionais	Prioridades
Criança	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo peso ao nascer/pré-matura/apgar <7; - Atraso no DNPM; - Atraso na aquisição da fala/dificuldade de interação; - Obesidade/desnutrição grave; - DM tipo 1; - Troca de fonemas/gagueira; - Alterações posturais/ ortopédicas moderadas ou graves.
Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações posturais moderadas ou graves (escoliose, hipercifose); - Distúrbios psico-alimentares (bulimia, anorexia); - Distúrbio comportamental; - Ansiedade/depressão; - Gagueira; - DM tipo 1; - Uso/abuso de álcool e outras drogas; - Gravidez <15 anos de idade.

Quadro 9- Matriz de casos ou situações prioritárias ao acompanhamento dos profissionais do Nasf, Brasil, 2017.

(conclusão)

Gestante	- HAS/DM; - Lombalgia; - Depressão.
Adulto, Idoso/ Mulher, Homem	- Artralgias/lombalgias/tendinites; - DORT; - Osteoporose/artrite/artrose; - Alterações de voz; - Psicoses/alterações do humor; - Ansiedade/depressão; - Uso/abuso de álcool e outras drogas; - AVC; - Lesões traumáticas; - Parkinson; - Demências; - Incontinência urinária/fecal.
Agravos à saúde	Prioridades
DM	- Nefropatia; - Retinopatia; - Infarto; - Neuropatia diabética; - Amputação de membro.
HAS	- Secundária.
Hanseníase	- Alteração de sensibilidade e força muscular.
Câncer	- Com repercussões clínicas.
Obesidade	- Grau I, II e III (IMC ≥ 30)
Violência	- Doméstica; - Psicológica; - Sexual.
DPOC	- Com repercussões físicas e funcionais.
Saúde Mental	- Todos os casos diagnosticados no território, independentemente do tipo de transtorno.

Fonte: Autora.

Legenda: Nasf= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; DNPM= Desenvolvimento neuropsicomotor; DM= Diabetes *Mellitus*; ex.= Exemplo; HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica; DORT= Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho; AVC= Acidente Vascular Cerebral; IMC= Índice de Massa Corporal; DPOC= Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Macedo et al. (2016) enfatizaram que existe descompasso do trabalho prescrito ou pré-determinado nas normas ministeriais em relação ao trabalho efetivamente realizado pela EqNasf.

A literatura aponta que, na ESF, os profissionais concordam que se faz necessária uma prévia determinação de algumas atribuições, que indiquem uma orientação do que deverá ser feito em seu trabalho. Mas também, eles destacam que lidar com necessidades individuais e coletivas, inseridas em realidades singulares, muitas vezes se apresenta de forma inusitada, o que inviabiliza a execução de práticas que visem, prioritariamente, o cumprimento de metas institucionais (ALBUQUERQUE, 2012a).

Albuquerque (2012a, p. 222) ainda reforça que “é no cotidiano da prática de uma equipe que se redescobre as possibilidades de trabalho e se reelaboram sucessivamente as tarefas e as inter-relações pessoais”.

Nessa perspectiva, a matriz aqui sugerida não impõe uma configuração fixa – como as variáveis contidas em instrumentos burocráticos – mas, pode ser adaptada conforme a realidade dos diferentes contextos nacionais de saúde. Ela representa uma indicação, de pesquisadores e profissionais especialistas da área, que tem por finalidade facilitar a identificação dos casos que necessitam dos cuidados das EqNasf. Com isso, espera-se reduzir o número de solicitações a atendimentos desnecessários, contribuindo para a organização do processo de trabalho das equipes e melhoria do cuidado aos usuários que realmente precisam da retaguarda especializada.

Entende-se que esta é uma proposta relevante por ser algo que ainda não está muito claro para os profissionais da ESF – Nasf e Saúde da Família – o que pode acarretar em não encaminhamento e não resolutividade dos casos.

5.3 Construção do instrumento de medida

Para construir o FAM-RCaNasf, buscou-se incorporar a matriz, que foi definida inicialmente, e trazer em seu conteúdo uma concepção multidimensional de saúde baseada na CIF que, além das condições de saúde identificadas clinicamente, reconhece a influência dos fatores ambientais e pessoais na geração de incapacidades funcionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a).

Nessa perspectiva, o uso da CIF como modelo para a construção do FAM-RCaNasf trouxe conceitos que colocam em foco as distintas percepções culturais e posturas do indivíduo diante de determinada doença ou condição de saúde que, por vezes, não são devidamente valorizadas pelo profissional na sua avaliação clínica habitual.

Segundo Pasquali (1998), a estruturação das dimensões conceituais é bastante importante para definir o contexto de um novo instrumento de medida e quanto mais completo e especificado for o seu conteúdo, maior a garantia de que o mesmo seja útil e válido.

Como resultado do processo de construção do instrumento, no decorrer desta seção, serão apresentados o conteúdo do formulário e a forma de preenchimento

dos dados durante a avaliação clínica. Por ser uma proposta inovadora, não houve possibilidade de discutir de forma comparativa com outros estudos.

5.3.1 Conteúdo do FAM-RCaNasf

O FAM-RCaNasf é destinado a avaliar e monitorar a resolutividade, considerando-a como o impacto das ações clínico-assistenciais do Nasf sobre a qualidade de vida relacionada à saúde do usuário. O mesmo deve ser aplicado a casos mais complexos – que exijam o acompanhamento longitudinal e compartilhado por, no mínimo, dois profissionais da EqNasf e um da EqSF.

De acordo com a OMS a qualidade de vida é determinada pela “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946, p. 1405).

Com isso, percebe-se que a avaliação da resolutividade das ações do Nasf, na perspectiva de melhoria da qualidade de vida do usuário, deve ultrapassar os modelos hegemônicos quantitativos e apresentar aspectos subjetivos aos problemas ou situações de saúde que são solicitados ao acompanhamento das suas equipes, em um contexto multidimensional.

Para valorizar a singularidade dos casos, o FAM-RCaNasf permite distinguir a percepção do indivíduo e dos profissionais envolvidos a respeito das necessidades que são demandadas às EqNasf. Assim como Steiner et al. (2002), acredita-se que conhecer as prioridades do usuário é o primeiro passo a ser dado no gerenciamento do cuidado longitudinal e resolutivo.

Ainda é escassa a produção científica voltada às expectativas e necessidades dos usuários. Na APS, essa abordagem geralmente tem sido investigada em estudos sobre a avaliação da qualidade dos serviços prestados (MISHIMA et al., 2010; PASARÍN et al., 2007; ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011; TRAD et al., 2002; TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Utilizando o recurso de entrevistas semiestruturadas, a pesquisa realizada por Rosa, Pelegrini e Lima (2011) constatou que a visão dos usuários sobre resolutividade está relacionada com a sua percepção sobre a solução dos seus problemas de saúde. Além disso, existe correlação entre encontrar resolutividade – sempre ou na maioria das vezes – e estar muito satisfeito com a assistência.

Outros estudos apontaram que usuários satisfeitos têm melhor adesão ao tratamento terapêutico. Este é um fato que, além de colaborar para melhorias no estado de saúde e aumento da eficácia terapêutica, pode favorecer a continuidade do cuidado e o fortalecimento do vínculo entre o profissional de saúde e o paciente (BARON-EPEL; DUSHENAT; FRIEDMAN, 2001; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Dado a relevância dessa abordagem, Stewart et al. (2000) enfatizaram que os profissionais de saúde devem ser flexíveis para adequar as estratégias de intervenção em função das necessidades de cada indivíduo.

Para Contandriopoulos (2011, p. 269), “o desafio da avaliação é conseguir incorporar em suas estratégias os diferentes pontos de vista dos atores a fim de fornecer aos decisores as informações que lhes permitam emitir um juízo tão geral quanto possível”.

Na tentativa de abranger as diversas situações de saúde que são solicitadas ao acompanhamento das EqNasf, o conteúdo do FAM-RCaNasf foi organizado em duas partes principais, sendo a parte 1 referente à “Funcionalidade” e a parte 2 sobre os “Fatores contextuais”.

Mais do que a presença ou ausência de doença, a funcionalidade é compreendida como uma interação dinâmica entre a condição de saúde de um indivíduo, os fatores ambientais e os fatores pessoais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a). Por isso, constitui-se como um determinante importante para a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo (FLECK, 2008; SEIDL; ZANNON, 2004).

Considerando a multidimensionalidade das questões a ser trabalhadas pelas EqNasf, a parte 1 do instrumento foi subdividida em dois componentes (FE e AP). Já a parte 2, tem apenas um componente (SFI), como mostra o quadro 10.

Essa distribuição é destinada a guiar o avaliador para que encontre, com maior facilidade, as questões que são consideradas relevantes ou prioritárias ao usuário e que estejam influenciando, de forma negativa ou positiva, no seu estado de saúde.

Quadro 10- Partes do FAM-RCaNasf e definições dos respectivos componentes, Brasil, 2017.

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

Fonte: Adaptado da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a).

Nos três componentes do FAM-RCaNasf, encontra-se um total de 23 categorias – destas, 17 estão na parte 1 e 6 na parte 2 – que são expressas em forma de códigos alfanuméricos (Quadro 11).

As categorias elegíveis para compor o formulário foram adaptadas da CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a) e da ERF-CS (COELHO; SAVASSI, 2004). Estas adaptações foram necessárias a fim de atender ao contexto de trabalho dos profissionais do Nasf. Portanto, as categorias contidas no formulário representam as possíveis áreas de atuação das EqNasf que, a depender das queixas do usuário, devem ser investigadas no processo de avaliação clínica.

Tanaka e Melo (2007) refletiram que, comumente, os gestores e profissionais de saúde têm dificuldade na escolha de critérios para a realização de processos avaliativos. Os autores indicaram a escolha de parâmetros teóricos e adotados universalmente como uma alternativa aceitável para superar este problema.

Quadro 11- Descrição das categorias do FAM-RCaNasf, por partes, de acordo com os seus componentes, Brasil, 2017.

(continua)

Componente	Código	Categoria (área de atuação das EqNasf)
Parte 1		
Funções e estruturas do corpo (FE)	FE. 1	Mental
	FE. 2	Sensorial e dor
	FE. 3	Voz e fala
	FE. 4	Sistema cardiovascular, respiratório, hematológico e imunológico
	FE. 5	Aparelho digestivo, sistemas metabólico e endócrino
	FE. 6	Geniturinária e reprodutiva
	FE. 7	Neuromusculoesquelética e relacionada com o movimento
	FE. 8	Pele e estruturas relacionadas
Atividades e participação (AP)	AP.1	Aprendizagem e aplicação do conhecimento
	AP.2	Tarefas e exigências gerais
	AP.3	Comunicação
	AP.4	Mobilidade
	AP.5	Autocuidado
	AP.6	Vida doméstica
	AP.7	Interação e relacionamentos interpessoais
	AP.8	Áreas principais da vida
	AP.9	Vida comunitária e social

Quadro 11- Descrição das categorias do FAM-RCaNasf, por partes, de acordo com os seus componentes, Brasil, 2017.

(conclusão)

Parte 2		
Aspectos social, familiar e do indivíduo (SFI)	SFI. 1	Produtos e tecnologia
	SFI. 2	Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem
	SFI. 3	Apoio e relacionamentos
	SFI. 4	Atitudes
	SFI. 5	Serviços, sistemas e políticas
	SFI. 6	Aspectos pessoais relevantes à condição de saúde/doença

Fonte: Adaptado de Coelho e Savassi (2004) e Organização Mundial da Saúde (2004a).

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

Cada categoria do FAM-RcaNasf apresenta uma lista de itens, aqui denominados de subcategorias. Essas subcategorias são as especificações dos problemas ou condições de saúde que, geralmente, são demandados ao acompanhamento das EqNasf.

A literatura refere que os indicadores existentes na APS não são apropriados para avaliar os resultados das ações do Nasf, sendo insuficientes para responder a muitas questões que são vivenciadas e orientar as práticas das suas equipes (NÓBREGA, 2013; RODRIGUEZ; LEÃO; SOUZA, 2014; SILVA, 2014; SOUSA, 2016).

O estudo realizado por Araújo (2014) buscou definir indicadores para analisar a operacionalização de trabalho dos Nasf no município de Belo Horizonte, Minas Gerais (MG), observando a tríade estrutura, processo e resultados das ações. O parâmetro usado para construir o indicador de resolutividade foi a “adoção de alguma forma de mensuração da resolutividade”, com perguntas direcionadas aos gerentes e integrantes das equipes – Nasf e Saúde da Família (ARAÚJO, 2014, p. 62).

As EqSF e gerentes concordaram que houve aumento da resolutividade das ações na APS após a implantação das EqNasf. Porém, os gerentes responderam que não adotavam nenhuma medida ou sinalizador para constatar essa afirmação, assim, a avaliação da resolutividade estava ancorada apenas nas suas percepções (ARAÚJO, 2014).

Já os profissionais do Nasf apontaram, como sinalizadores para avaliar o impacto das suas ações, a melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados, a redução de encaminhamentos equivocados ou desnecessários para a atenção especializada, a redução do número de solicitações de atendimentos desnecessários ao Nasf e melhoria dos indicadores de saúde da população do

território. Um dos profissionais respondeu que não avaliava o impacto de suas ações (ARAÚJO, 2014).

Em relação à “melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados” – que é o foco desta tese – apesar de ser considerada como um sinalizador de resolutividade, o estudo de Araújo (2014) não apontou a forma de mensuração. Pode-se pensar na utilização de instrumentos próprios de cada profissão, mas, por serem específicos, provavelmente não permitem avaliar o caso de forma multidimensional, no contexto de trabalho interprofissional e, muito menos, ressaltando as prioridades dos usuários, que são os mais interessados na melhoria da sua situação de saúde.

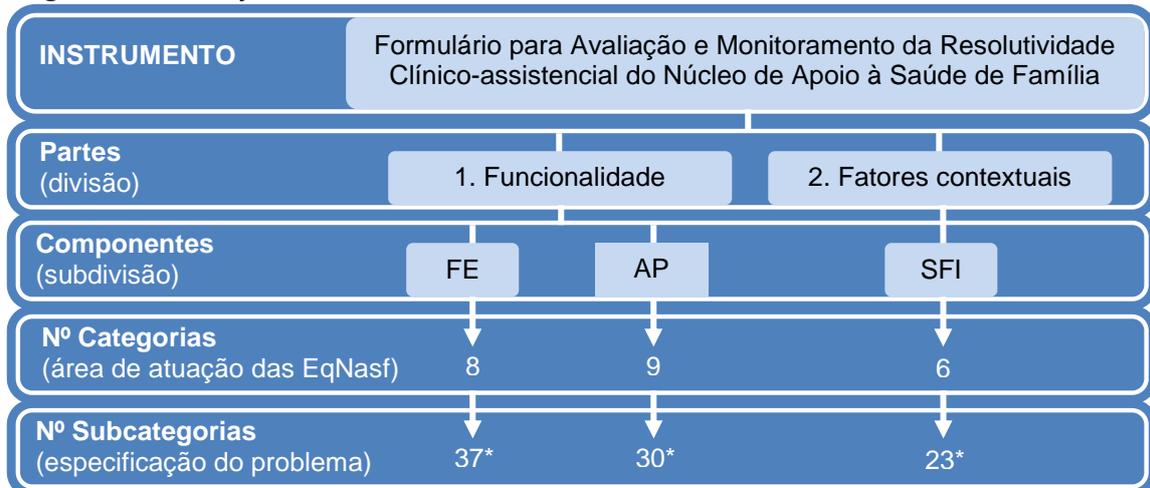
Tanaka e Melo (2007) reconhecem que a identificação e/ou construção de indicadores é uma problemática comumente encontrada nos processos avaliativos em saúde. Os autores reforçaram que a seleção das variáveis deve contemplar o contexto da questão avaliada.

Essas lacunas fortalece a necessidade de divulgação da presente proposta que, além de servir como parâmetro acessível a todos os profissionais das EqNasf, também pode ser compreendido pelas EqSF, gestores em saúde, bem como por pesquisadores da área.

Nessa perspectiva, para compor a lista de subcategorias de determinada área de atuação ou categoria, buscou-se eleger – de forma teórica e empírica – as questões que frequentemente são encontradas na prática clínica dos profissionais do Nasf (LINHARES et al., 2010; MENEGAZZO; PEREIRA; VILLALBA; 2010; REIS et al., 2012; SOUSA, 2016; VIANA et al., 2013).

Assim, a quantidade de subcategorias que foram incluídas no formulário é variável, a depender daquela categoria que demanda mais ou menos solicitações aos especialistas na APS.

Para visualizar o conteúdo do FAM-RCaNasf de maneira global, a figura 9 apresenta a distribuição do mesmo, considerando suas partes, componentes, categorias e subcategorias.

Figura 9- Distribuição do conteúdo do FAM-RCaNasf, Brasil, 2017.

Fonte: Autora a partir de Coelho e Savassi (2004), Steiner et al. (2002) e Organização Mundial da Saúde (2004a).

Nota: *existe um espaço adicionado para descrição de outras questões relevantes ao caso, que deve ser utilizado quando determinada queixa não esteja contemplada nas subcategorias existentes.

Legenda: FE= Funções e estruturas do corpo; AP= atividades e participação; SFI= Aspectos social, familiar e do indivíduo.

5.3.2 Forma de preenchimento dos dados

O formulário consiste em quatro laudas, em cada uma delas são dadas instruções para o preenchimento dos dados, caso haja necessidade de consulta por alguma dúvida.

Inicialmente, existe um cabeçalho, onde, o avaliador deve descrever as informações básicas sobre o usuário, como o nome; número da identificação do prontuário da família; data de nascimento; sexo; escolaridade; doença ou condição de saúde referida; medicação utilizada; profissionais envolvidos e coordenador do caso – que é o responsável pelo preenchimento e checagem das informações registradas. A escolha do coordenador da avaliação deverá ser previamente pactuada entre os profissionais envolvidos no caso.

Cada formulário pode ser utilizado em até três avaliações clínicas, assim, o avaliador deve registrar as datas delas, respeitando o intervalo de tempo que pode variar de um a três meses para a reavaliação, a depender da necessidade do usuário. Com isso, espera-se garantir, em grande parte dos casos, um período hábil para aplicar a conduta terapêutica e obter dados comparativos para a inferência dos resultados das ações.

O FAM-RCaNasf apresenta uma sequência para a captação das informações proveniente da visão clínica, própria dos profissionais de saúde. Além disso, baseado no RPS-Form (STEINER et al., 2002), também tem espaços destinados ao

registro da percepção do usuário, tentando valorizar o que a doença ou condição de saúde significa para ele.

Considera-se que essa distinção é importante para constatar as coerências ou incoerências entre a percepção do usuário e do profissional e, assim, facilitar o direcionamento assertivo da conduta terapêutica, visando atender as necessidades mais evidentes do usuário e ampliar a capacidade de resolutividade das ações do Nasf.

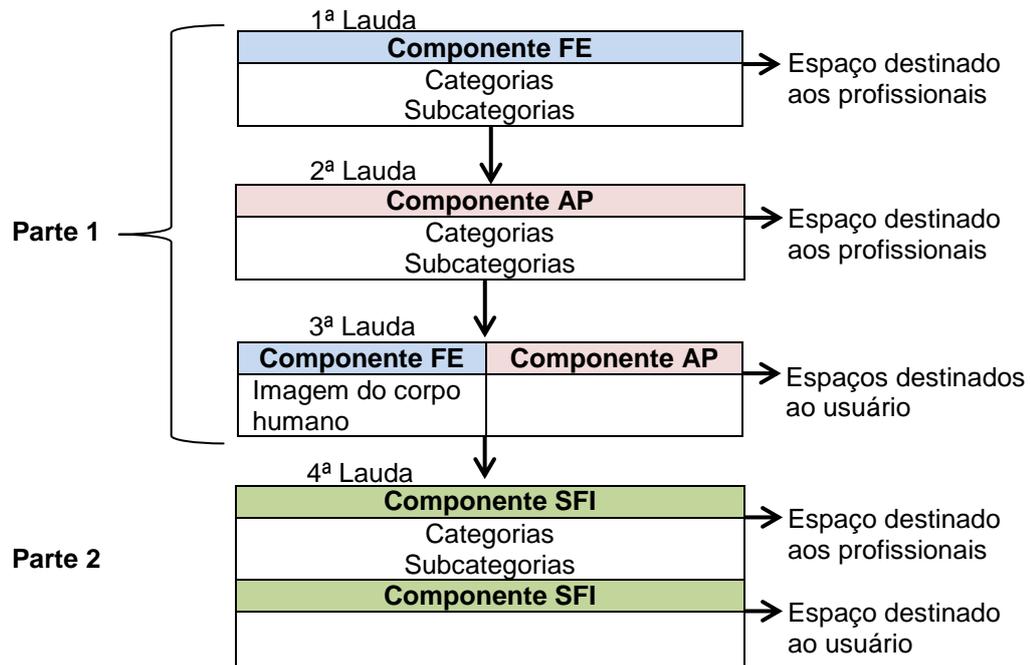
Na parte 1 do FAM-RCaNasf, os espaços destinados aos registros das percepções dos profissionais estão localizados na primeira e segunda lauda. Nesses espaços são visualizados quadros contendo a descrição de todas as categorias e subcategorias relativas aos componentes de FE e AP, dispostos na primeira e segunda lauda respectivamente (Figura 10).

Na sequência, terceira lauda, visualiza-se o último quadro da parte 1, que é um espaço em branco. Nele, devem ser colocadas as problemáticas relatadas pelo usuário, enfatizando apenas o que é mais relevante ao mesmo – tanto em relação ao componente FE quanto ao de AP (Figura 10).

No componente FE, especificamente, tem-se uma imagem do corpo humano – nos planos frontal e dorsal. A partir dela, o usuário deve ser incentivado a identificar as principais queixas. Com isso, busca-se estimular uma maior participação do mesmo no processo de avaliação, o que pode auxiliar nas tomadas de decisões durante o acompanhamento terapêutico.

Já a parte 2 do instrumento tem apenas uma lauda. Nela, são apresentados dois quadros. No quadro localizado superiormente, estão descritas as categorias e subcategorias referentes ao componente SFI. Este espaço é destinado à qualificação das considerações relevantes ao caso que são observadas/avaliadas pelos profissionais do Nasf. O quadro inferior – área em branco – é reservado ao registro da percepção do usuário em relação a aspectos sociais, familiares e pessoais que podem influenciar na sua condição de saúde, seja de maneira positiva ou negativa (Figura 10).

Figura 10- Sequência de captação dos dados do FAM-RCaNasf, Brasil, 2017.



Fonte: Autora a partir de Steiner et al. (2002) e Organização Mundial da Saúde (2004a).

Legenda: FAM-RCaNasf= Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; FE= Funções e estruturas do corpo; AP= Atividades e participação; SFI= Aspectos social, familiar e do indivíduo.

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

5.3.2.1 Uso dos qualificadores e outros códigos

Como visto anteriormente, para auxiliar na identificação das necessidades do usuário, o formulário apresenta categorias que direcionam o profissional à determinada área passível de avaliação. Logo abaixo de cada categoria, observam-se as subcategorias que, sendo relevantes ao caso, devem ser qualificadas segundo a magnitude do problema relatado – leve, moderado, grave ou muito grave/total.

Os qualificadores servem como parâmetros para medir a evolução clínica do usuário e são representados por códigos numéricos. Na parte 1 do formulário, os qualificadores funcionam em escala numérica que varia de 1 (um) a 4 (quatro), correspondendo à melhor e pior percepção da condição de saúde, ou seja, comprometimento leve e muito grave ou total, respectivamente (Quadro 12).

Na parte 2, os códigos qualificadores são aplicados na mesma lógica da parte 1, mas, existe um diferencial em relação ao seu registro, pois, espera-se captar as questões sociais, familiares ou individuais que são consideradas como facilitadores ou dificultadores para a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde do avaliado.

Nessa perspectiva, quando uma determinada subcategoria é relevante ao caso e representa um fator facilitador, aplica-se a numeração antecedida do sinal positivo (+). Assim, (+) 1 (sinal de mais, com o número um) é usado para apontar que aquele aspecto é um facilitador completo e o qualificador (+) 4 (sinal de mais, com o número quatro) significa que ele é um facilitador leve (Quadro 12).

Ainda na parte 2 do formulário, se determinada questão for algo que gere alguma dificuldade para que ocorra melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde, o qualificador deve ser registrado com o sinal negativo (-). Como exemplo, (-) 1 (sinal de menos, com o número um) representa um dificultador leve e (-) 4 (sinal de menos, com o número quatro) é um fator que gera dificuldade muito grave (Quadro 12).

Portanto, os sinais positivos (+) e negativos (-) são apenas símbolo que servem para distinguir quais são os qualificadores que expressam facilidades ou dificuldades. Assim, todas as subcategorias contidas na parte 2 do FAM-RCaNasf podem ser registradas em termos positivos ou negativos, a depender da percepção de cada indivíduo.

Nas duas partes do formulário, os qualificadores devem ser aplicados apenas quando as subcategorias forem relevantes ao avaliado, sendo estas submetidas à avaliação dos profissionais especialistas do Nasf. Sempre que possível, espera-se que as necessidades do usuário sejam priorizadas no planejamento das ações das EqNasf.

Caso algum aspecto importante não esteja contemplado nas subcategorias previamente listadas, o avaliador deve descrever – em um espaço específico, denominado de “outros” – e qualificá-lo. Ao final da avaliação, o profissional coordenador do caso deve fazer o somatório da pontuação dos qualificadores, em cada uma das categorias que precisou ser avaliada. Esse somatório vai servir para posterior análise comparativa dos dados obtidos na primeira e última avaliação.

Quadro 12- Códigos qualificadores do FAM-RCaNasf, por partes, Brasil, 2017.

Componente	Código	Qualificador	%
Parte 1			
Funções e estruturas do corpo (FE)	1	Comprometimento leve	5-24
	2	Coprometimento moderado	25-49
	3	Comprometimento grave	50-95
	4	Comprometimento muito grave ou total	96-100
Atividades e participação (AP)	1	Dificuldade leve	5-24
	2	Dificuldade moderado	25-49
	3	Dificuldade grave	50-95
	4	Dificuldade muito grave ou total	96-100
Parte 2			
Aspectos social, familiar e do indivíduo (SFI)	(+) 1	Facilitador completo	96-100
	(+) 2	Facilitador elevado	50-95
	(+) 3	Facilitador moderado	25-49
	(+) 4	Facilitador leve	5-24
	(-) 1	Dificultador leve	5-24
	(-) 2	Dificultador moderado	25-49
	(-) 3	Dificultador grave	50-95
	(-) 4	Dificultador muito grave	96-100

Fonte: Autora a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a).

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

Além dos qualificadores, o formulário traz um código 0 (zero), denominado de “não aplicável”, que deve ser utilizado nas reavaliações – a partir do registro da segunda medida – quando alguma das subcategorias que foram avaliadas anteriormente não for mais relevante ao caso ou determinado problema já não existe. Portanto, aquele aspecto já não necessita de acompanhamento do Nasf. Esse código também pode ser usado na primeira avaliação, quando o problema passa a ser referido nas reavaliações. Assim, possibilita a visualização de uma nova queixa, que não existia ou não era relevante inicialmente.

Outro código apresentado no FAM-RCaNasf é o número 8 (oito). Este deve ser utilizado quando, mesmo sendo relevante ao caso, uma subcategoria não foi avaliada devido ao profissional não ter meio tecnológico para qualificar determinada queixa, conseqüentemente, torna-se um problema de saúde não especificado. Este código não conta para o somatório dos qualificadores, apenas indica alguma questão que precisa ser observada de forma mais precisa e pode sugerir a necessidade de encaminhamento a serviços especializados.

5.3.2.1.1 Particularidades dos espaços destinados ao usuário

Comumente, durante as avaliações clínicas, os profissionais de saúde se norteiam por prontuários onde descrevem as origens, sintomas e curso das enfermidades, mas, eles pouco ou nada sabem sobre as perspectivas dos usuários (MERCADO-MARTÍNEZ, 2007). Por tal motivo, no FAM-RCaNasf, decidiu-se colocar espaços destinados aos registros da percepção do usuário – que estão localizados na terceira e quarta lauda do instrumento.

Para facilitar seu preenchimento, o avaliador deve utilizar os códigos alfanuméricos contidos nas categorias e subcategorias do instrumento e pedir ao usuário que qualifique sua queixa, aplicando o código qualificador, o que permite conhecer a magnitude do comprometimento.

No componente FE – parte 1 do formulário – o local destinado ao registro da percepção do avaliado apresentada uma imagem do corpo humano. Para indicar a localização de dores, por exemplo, o próprio usuário ou o profissional coordenador do caso pode marcar um “x” sobre a imagem, especificando a área que incomoda. Outra opção é descrever o local da dor, após utilizar os códigos que contemplem o problema referido.

Assim, se um problema for codificado da seguinte maneira – FE.2.3 (2) Joelho direito – significa que:

- a) **FE= componente** relativo a “Funções e estruturas do corpo”;
- b) **2= categoria** que corresponde à área “Sensorial e dor”;
- c) **3= subcategoria** que especifica a queixa como sendo uma “Dor por condições inflamatórias e/ou mecânico-postural”;
- d) **(2)= qualificador** de “Comprometimento moderado” que, neste exemplo, refere-se ao joelho direito.

Caso o usuário relate dor por condições inflamatórias e/ou mecânico-postural, só que em mais de um local do corpo, no joelho e tornozelo direitos, e com magnitudes diferentes, moderada e grave respectivamente.

Neste exemplo, deve-se utilizar o mesmo código, que representa a queixa referida (FE.2.3), em seguida, aplicar os códigos qualificadores, que especificam a magnitude das dores, e puxar uma seta para a imagem do corpo, apontando cada

local que apresenta aquele problema, e/ou descrever as localizações das dores, como mostra a figura 11.

Figura 11- Registro no espaço destinado à percepção do usuário, FAM-RCaNasf, componente “Funções e estruturas do corpo”, Brasil, 2017.



Fonte: Autora.

Legenda: FAM-RCaNasf= Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; FE.2.3 (2)= Dor por condições inflamatórias e/ou mecânico postural de comprometimento moderado; FE.2.3 (3)= Dor por condições inflamatórias e/ou mecânico postural de comprometimento grave.

5.4 Validação de conteúdo

O reconhecimento da qualidade de um instrumento de medida é fundamental para a sua legitimidade e confiabilidade, o que reforça a importância das pesquisas de validação. Por meio delas, é possível encontrar evidências de que determinado instrumento realmente pode ser útil, pois, mede aquilo que se propõe (BITTENCOURT et al., 2011).

Neste estudo, a validação do FAM-RCaNasf foi destacada como um dos objetivos específicos, mas, de forma prática, fez parte de diversas etapas da construção do FAM-RCaNasf – desde o estabelecimento da população alvo, passando pela seleção dos componentes e organização das categorias e subcategorias até a fase das entrevistas, onde profissionais qualificados julgaram a adequação do seu conteúdo.

No total, 25 profissionais participaram de oficinas sobre o FAM-RCaNasf. Destes, 14 foram entrevistados para a etapa de validação de conteúdo deste instrumento – uma Assistente Social; uma Dentista; uma profissional de Educação Física; um Farmacêutico; uma Fisioterapeuta; quatro Fonoaudiólogos; duas Nutricionistas; dois Psicólogos e um TO – seis deles fizeram uso do formulário na prática clínica durante o período do estudo.

Mediante roteiro de entrevista semiestruturada, as questões abertas que foram abordadas deram margem ao surgimento dos temas: conceito de

resolutividade; importância de avaliar e monitorar a resolutividade das ações; dificuldades para aplicação do instrumento no trabalho do Nasf e vantagens do FAM-RCaNasf.

Cada um desses temas se enquadrou em uma unidade de contexto específica – estava diretamente relacionado ao instrumento proposto ou ao processo de trabalho na APS. Apenas a temática sobre as dificuldades para aplicação do instrumento no trabalho do Nasf apresentou relatos em ambos os contextos, como mostra o quadro 13.

Quadro 13- Temas e unidades de contexto das entrevistas com profissionais do Nasf, Recife-PE, Brasil, 2017.

Tema ou unidade de registro	Unidade de contexto	
	Instrumento proposto	Processo de trabalho
Conceito de resolutividade		X
Importância de avaliar e monitorar a resolutividade das ações		X
Dificuldades para aplicação do instrumento no trabalho do Nasf	X	X
Vantagens do instrumento	X	

Fonte: Autora.

Legenda: Nasf= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PE= Pernambuco.

Quando os profissionais se pronunciaram sobre o conceito de resolutividades, foram encontradas quatro perspectivas: 1) Solução do problema; 2) Seguimento das propostas terapêuticas; 3) Resultados parciais e 4) Melhoria da qualidade de vida.

1) Solução do problema.

“Eu fiz as orientações, o usuário seguiu e ficou bom. Então, a resolutividade tem o sentido de resolver, solucionar” (E1).

“É a capacidade de conseguir resolver os casos que você tem” (E12).

As falas de alguns profissionais entrevistados corroboram com a concepção que foi trazida por estudos pioneiros sobre o tema de resolutividade em saúde (SIMÉANT, 1983, 1984). Neles, conceitua-se o termo, numa dimensão qualitativa, como a capacidade de resolução dos casos que são atendidos.

Segundo Sousa (2016), esta é uma perspectiva normativa, ou seja, voltada ao êxito técnico das ações em saúde. Assim, compreende a resolutividade interna, do serviço ou da intervenção (TURRINE; LEBRÃO; CESAR, 2008).

2) Seguimento das propostas terapêuticas.

“Se conseguir dar andamento no que propôs, na questão de protocolo ou algum atendimento, eu entendo que estar dando resolutividade no caso” (E2).

Na dimensão quantitativa – ainda nos estudos percussores – considera-se a resolutividade como a capacidade de absorver o número de atenção solicitada (SIMÉANT, 1983, 1984).

Contudo, a menção do profissional pode refletir uma questão que vai além da quantidade de atendimentos realizados na sua prática clínica. De forma subjetiva, pode ser uma tentativa de apontar uma provável dificuldade enfrentada no desenvolvimento do cuidado longitudinal ou acompanhamento dos casos.

Em outras pesquisas, problemas como este – relativos à organização do processo de trabalho do Nasf – estavam implicados, em grande parte, pela quantidade insuficiente de profissionais para apoiar um alto número de EqSF (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016; SOUZA et al., 2013; SOUZA, 2015).

3) Resultados parciais.

“Fez um PTS daquele caso e conseguiu resolver algum questionamento. Então, você deu resolutividade, embora não total, mas, em algum ponto específico ou na principal causa que o paciente vem a alegar” (E6).

Segundo Campos (1988), na perspectiva dos profissionais de saúde, o conceito de resolutividade vai refletir as visões clínicas atreladas aos modelos de organização do processo de trabalho prevalentes nos serviços aos quais são vinculados.

No caso do Nasf, existem alguns recursos para o suporte ao trabalho das suas equipes e, como citado pelo entrevistado, o PTS é um deles. De acordo com o MS, os projetos terapêuticos resultam de discussões interprofissionais e devem ser dedicados a situações de saúde mais complexas (BRASIL, 2010).

Visualiza-se que, diante da complexidade dos casos que são solicitados ao acompanhamento das EqNasf, muitos deles apresentando condições crônicas, é admissível que a resolutividade das suas ações não envolva unicamente a cura da doença, podendo ser contemplada de forma parcial, pela minimização do sofrimento do usuário ou melhoria e até pela manutenção de alguma questão relevante ao mesmo, corroborando com Turrini, Lebrão e Cesar (2008).

4) Melhoria da qualidade de vida do usuário.

“É dar uma resposta satisfatória para o caso, para a demanda que o comunitário traz para a saúde. Que essa resposta dê uma qualidade de vida melhor do que quando procurou o serviço” (E13).

A OMS definiu a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946, p. 1405). Na literatura da área existe um consenso de que este construto é subjetivo – aprecia a percepção individual – e multidimensional – engloba diferentes aspectos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Para valorizar o estado de saúde como um importante determinante da qualidade de vida, criou-se o termo qualidade de vida relacionada à saúde, que é a percepção do indivíduo quanto ao seu estado físico, funcional, emocional e social (FLECK, 2008; SEIDL; ZANNON, 2004).

A concepção de resolutividade trazida pelo profissional entrevistado deve estar enfatizando o impacto positivo das intervenções do Nasf sobre parte ou algum desses aspectos que integram a qualidade de vida relacionada à saúde do usuário assistido.

Admitindo as dimensões supracitadas, vale ressaltar que nenhuma área do conhecimento específico pode, individualmente, responder pela totalidade que compõe o ser saudável (COSENDEY, 2007).

Outro tema abordado nas entrevistas foi sobre a importância da avaliação e do monitoramento da resolutividade clínico-assistenciais do Nasf. Os profissionais consideraram que servem para conhecer a efetividade das ações desenvolvidas; auxiliar no planejamento das condutas; dar continuidade ao acompanhamento dos casos e estimular a integração das equipes – Nasf e Saúde da Família. Portanto, o uso de instrumentos que se destinam a avaliar e monitorar as ações em saúde permite trazer contribuições para a organização do processo de trabalho.

Para Contandriopoulos et al. (1997b), avaliar consiste em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes e tem o objetivo principal de ajudar na tomada de decisões.

Além de favorecer o processo interno de trabalho, percebeu-se que avaliar e monitorar as resolutividade das ações também “seria uma forma de mostrar para a

gestão – até para algumas equipes de saúde e a própria comunidade mesmo – a importância da equipe do Nasf dentro do território” (E14).

Essa colocação remete a necessidade de demonstrar, de forma concreta, o valor do trabalho interprofissional para subsidiar o seu desenvolvimento e a sua consolidação. Observa-se que a desvalorização e/ou incompreensão sobre o trabalho desenvolvido pelas EqNasf é um fato constatado em muitos estudos (ANJOS et al., 2013; CELA; OLIVEIRA, 2015; HORI; NASCIMENTO, 2014; LANCMAN et al., 2013; MACEDO et al., 2016; MATUDA et al., 2015; REIS et al., 2016; SANTANA et al., 2015; SOUZA et al., 2015).

Ao serem questionados se houve aplicação do FAM-RCaNasf na rotina de trabalho, foram postas algumas dificuldades. Parte delas estava relacionada ao próprio instrumento, principalmente, por ser de tamanho grande e demandar mais tempo para o seu preenchimento.

“Acho que o instrumento tem uma linguagem que a gente consegue acessar. Mas, não é simples só por essa quantidade de itens que acaba tendo que ver” (E8).

“Às vezes, tem que ter um momento depois da visita. Você tem que ter aquele tempo extra para preencher” (E9).

Todavia, reconhece-se que,

realmente, é um instrumento grande. Mas, não tinha como ser diferente, porque quando a gente faz uma visita a um paciente, ou faz um atendimento, vários aspectos precisam que ser considerados, não somente o problema que ele traz para nós (E5).

Outra dificuldade referente ao instrumento foi sua subjetividade, mais especificamente, com relação às interpretações dos qualificadores.

“O que eu considerar grave, meu colega pode não considerar. Então, acho que gera alguns impasses a partir da forma como cada um interpreta o caso” (E11).

Contudo, os profissionais compreendem que esta é uma problemática intrínseca ao processo natural de adaptação a um novo instrumento.

A partir do momento que a gente tiver mais contato com o formulário, ele vai ficar bem tranquilo. Depois que a gente pegar a prática, vai ser até automático. Talvez, nem precise estar com o formulário na mão para identificar determinado problema e depois qualificar (E5).

“Acho que a dificuldade diminui com o tempo, porque ficamos familiarizados com o instrumento – é muito da prática mesmo” (E11).

Faz-se oportuno ressaltar que a ESF ainda está vivenciando processos de mudanças em suas práticas e isso é um dos desafios enfrentados para a incorporação de recursos inovadores na rotina de trabalho dos profissionais.

Diante dos critérios previamente estabelecidos para a aplicação do FAM-RCaNasf, a maioria das dificuldades encontradas pelos profissionais foi referente ao processo de trabalho das equipes. Neste sentido, os entrevistados apontaram três nós críticos que influenciaram para o não uso ou pouca aplicação do instrumento proposto: 1) Dificuldade de desenvolver um trabalho interprofissional; 2) descontinuidade do cuidado e 3) sobrecarga de trabalho.

1) Dificuldade de desenvolver um trabalho interprofissional.

“Ter a visão dos profissionais da atenção básica, Saúde da Família e Nasf, isso é o que seria mais difícil” (E4).

“Não vejo que exista tanta comunicação necessária ao trabalho em equipe” (E7).

“No dia a dia, muitas vezes, as equipes de saúde acabam colocando o caso unicamente para o Nasf ficar responsável e não existe esse compartilhamento do cuidado” (E14).

Alguns estudos justificaram que a dificuldade de desenvolver ações compartilhadas na APS pode ser atrelada às diferenças nas prioridades de cada equipe – Nasf e Saúde da Família (BARROS et al., 2015; BONALDI; RIBEIRO, 2014; SOUZA et al., 2013). Além disso, identificou-se que o modo como o processo de trabalho das equipes é organizado também pode influenciar na realização ou não dessas ações (SOUSA, 2016).

Para Ribeiro et al. (2015), os problemas apresentados no âmbito interprofissional têm cerne, muitas vezes, em concepções profissionais que foram estabelecidas de forma fragmentada. Portanto,

a compreensão da necessidade de atuar em equipe e de forma complementar, bem como da necessidade de um olhar aberto e sensível à realidade do outro, torna evidente que os profissionais precisam atuar cada vez mais de forma integrada e articulada em redes (BACKES et al., 2012, p. 1155).

Anjos et al. (2013) e Souza et al. (2015) reforçaram a importância de práticas em campo comum de competência e responsabilidade ao afirmarem que precisa haver mudanças na organização dos serviços e condutas dos profissionais na APS.

Essa responsabilidade não deve ser atribuída apenas às EqSF, mas também aos trabalhadores do Nasf e gestores.

2) Descontinuidade do cuidado.

“Não se trabalha muito na lógica do PTS, é mais de acordo com a demanda, do que aparece, do que é apresentado na reunião” (E7).

“Muitas vezes, a gente não tem essa longitudinalidade do atendimento. Às vezes, a gente faz a primeira avaliação e, depois, não acompanha mais” (E12).

A descontinuidade do cuidado implica diretamente na não utilização do FAM-RCaNasf, pois, o mesmo é aplicável a casos que demandam intervenções ou cuidados longitudinais e com envolvimento de, pelo menos, três profissionais, ou seja, são aquelas situações de saúde mais complexas.

Se esses casos existem no contexto de trabalho do Nasf, “a equipe precisa se estruturar melhor quanto a estar resolvendo esses problemas que vão surgindo e não vão dando continuidade” (E4).

Segundo Albuquerque (2012b, p. 98), o processo de trabalho pode ser considerado um dos refutadores das propostas que apostam “na direção da mudança do modelo tecno-assistencial das políticas de saúde, que se apresenta comprometido com diversos interesses, exceto com a saúde do cidadão”.

Na prática dos serviços públicos de saúde, dificilmente se observa medidas eficazes que correspondam à complexidade e ao dinamismo dos problemas demandados (SANTANA, 1999). Por isso, atualmente, uma das transformações mais significativas do trabalho em saúde “é a permuta entre um trabalho de ação individual para um trabalho em grupo” (ALBUQUERQUE, 2012b, p. 220). Essa mudança é um desafio que o Nasf se propõe a enfrentar visando ampliar a resolutividade na APS.

3) Sobrecarga de trabalho.

“A maioria dos profissionais tem um depoimento de desânimo, desgaste físico e falta de acesso a outras redes – que manda e volta. Então, acaba ficando desestimulado” (E4).

Temos nove equipes de Saúde da Família, então, a demanda é muito grande de casos que precisamos avaliar. Na prática, acabamos ficando bastante “sufocados” pela quantidade de casos que temos que dar resposta, estar acompanhando (E14).

O desgaste físico, alegado pelos entrevistados, tem sido elucidado na literatura pela existência de um número insuficiente de profissionais atuantes no Nasf, quando comparado ao grande quantitativo de equipes para apoiar e de demandas do território (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016; SOUZA et al., 2013). Alguns pesquisadores também corroboram com o fato de haver uma fragilidade da rede de serviços de saúde, que apresenta uma oferta escassa de suporte em outros níveis de atenção (BARROS et al., 2015; CELA; OLIVEIRA, 2015; FERRO et al., 2014; LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

Cabe também refletir que

em alguns casos os objetivos a serem atingidos são extremamente diversificados, levando o trabalhador a dar tudo de si para alcançar os resultados, gerando fadiga crônica e até exaustão. Soma-se a isso a inadequação do ambiente físico às situações de trabalho, na medida em que apesar de ser um componente externo, pode representar insatisfação e dificuldade para a realização do trabalho (ALBUQUERQUE, 2012a, p. 238).

Então, reconhece-se que os *déficits* de recursos humanos, ambiente físico inadequado, excesso de atribuições e dificuldade de acesso a outros serviços da rede de saúde são geradores de sobrecarga de trabalho no contexto do Nasf, que pode impactar negativamente na saúde física e mental dos profissionais.

A necessidade burocrática de preencher documentos na rotina de trabalho do Nasf também foi referida como um empecilho para a utilização do FAM-RCaNasf.

“Fora esse instrumento, temos outros para responder e preencher. Então, fica muita coisa para nós” (E12).

Sobre essa questão, Albuquerque (2012a, p. 238) reporta que, na ESF, os profissionais

são controlados e dominados pela exigência de notificações de procedimentos que alimentam os diferentes Sistemas de Informação em Saúde, ou seja, no preenchimento de variáveis contidas nos instrumentos dos sistemas, que são fixas, não permitindo adequações no seu preenchimento.

As avaliações no campo da saúde quase sempre visam atender demandas externas e/ou com forte direcionamento de interesses políticos específicos, o que influencia nas tomadas de decisões. Como uma alternativa para sobrepujar dessa problemática, Tanaka e Melo (2007) sugeriram que as avaliações sejam postas no cotidiano da gestão e, assim, oportunizem respostas às demandas internas do serviço de saúde.

Para viabilizar a aplicação do FAM-RCaNasf na rotina de trabalho do Nasf, alguns entrevistados recomendaram

realizar o matriciamento dos profissionais, para que possam entender e ver que ele é uma alternativa. Precisa de tempo para sensibilizar os profissionais, as equipes, para que entendam que é um instrumento que pode ser aplicado (E2).

É importante a gente ter reunião de discussões sobre esse formulário. Sobretudo, nesse momento inicial, para que a gente possa, realmente, ficar mais familiarizado com ele. Para que fique mais próximo da nossa rotina e não tão distantes (E5).

“Talvez, a gente precise usar algum critério melhor, com a equipe. Acho que se reunir antes de aplicar, para ter mais clareza do formulário” (E8).

Apesar das dificuldades que foram relatadas, o FAM-RCaNasf despertou olhares positivos entre os profissionais, que destacaram as seguintes vantagens: tem abordagem abrangente; sua forma de preenchimento favorece a aplicação; ajuda no gerenciamento do cuidado longitudinal; estimula a valorização e efetivação do trabalho interprofissional e permite maior participação do usuário durante a sua avaliação.

Além disso, o FAM-RCaNasf oferece inovações em termos de inferir a resolutividade das ações clínico-assistenciais do Nasf, bem como de ser um instrumento padronizado, que contempla todos os profissionais das EqNasf.

“Não vi nenhum outro instrumento que medisse a resolutividade do Nasf. Embora, é uma necessidade que se impõe. Parece sim, que ele pode ser útil nesse controle” (E13).

É bom ter um instrumento para o Nasf, porque vai ser uma coisa padrão. Qualquer profissional que pegar vai dizer o que aquele paciente tem. Vai ser importante para uma avaliação de repasse, discussão de casos e o próprio acompanhamento, porque vai estar padronizado (E8).

O estudo realizado por Rodriguez, Leão e Souza (2014) também confirmou a inexistência de uma maneira eficaz de registro que contemplasse as ações do Nasf, embora os gestores participantes reconhecessem a importância de um instrumento mensurável e eficiente para sua avaliação e monitoramento. Então, os autores sugeriram a realização de mais pesquisas na tentativa de encontrar soluções para esse problema.

Entre as questões de tipo fechadas, os profissionais aqui entrevistados responderam sobre alguns aspectos importantes para a validação do instrumento, como a clareza do conteúdo; simplicidade para aplicação no trabalho; pertinência ao

que se propõe – avaliar e monitorar a resolutividade clínico-assistencial do Nasf – e se o FAM-RCaNasf contempla a variedade de situações ou casos que geralmente são acompanhados pelas EqNasf.

Quanto à clareza do conteúdo e simplicidade para aplicação no trabalho do Nasf, a maioria dos profissionais que fez uso do FAM-RCaNasf relatou que é de fácil compreensão e facilmente aplicável, 67,0% e 83,0% respectivamente. Ainda entre os profissionais que aplicaram o formulário, 100% considerou que o mesmo é pertinente ou apropriado para medir a resolutividade clínico-assistencial do Nasf e contemplou a variedade de situações ou casos acompanhados por eles na APS (Tabela1).

Para os profissionais que participaram somente das oficinas, ou seja, não aplicaram o instrumento, 37,5% referiu que o conteúdo do FAM-RCaNasf é de fácil compreensão e outros 37,5% que é de razoável compreensão. Em relação à simplicidade para aplicação, 62,5% mencionou que deve ser razoavelmente aplicável no trabalho do Nasf (Tabela 1).

De modo geral, considerando todos os entrevistados, 50% relatou que o instrumento é de fácil compreensão, bem como facilmente aplicável no trabalho do Nasf. A grande maioria dos profissionais, 93%, afirmou que o FAM-RCaNasf é pertinente para medir o que se propõe e contempla a variedade de situações ou casos solicitados ao acompanhamento das EqNasf (Tabela 1).

Tabela 1- Validade de conteúdo do FAM-RCaNasf, quanto à clareza, simplicidade, pertinência e variedade, Recife-PE, Brasil, 2017.

Aspectos	Profissional que aplicou o FAM-RCaNasf (%)	Profissional que não aplicou o FAM-RCaNasf (%)	Total (%)
Clareza do conteúdo			
Fácil compreensão	67,0	37,5	50,0
Razoável compreensão	33,0	37,5	36,0
Complexa compreensão	0,0	25,0	14,0
Muito complexa compreensão	0,0	0,0	0,0
Simplicidade para aplicação			
Facilmente aplicável	83,0	25,0	50,0
Razoavelmente aplicável	0,0	62,5	36,0
Difícilmente aplicável	17,0	12,5	14,0
Não aplicável	0,0	0,0	0,0
Pertinência			
Sim	100,0	87,5	93,0
Não	0,0	12,5	7,0
Variedade			
Sim	100,0	87,5	93,0
Não	0,0	12,5	7,0

Fonte: Autora.

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

Embora todos os profissionais que participaram dessa etapa de validação tenham sido qualificados para aplicação do FAM-RCaNasf, durante as oficinas, a maioria deles não fez uso do mesmo na sua rotina de trabalho. Esse fato pode ser justificado pelos resultados encontrados nas entrevistas individualizadas.

Observa-se que, entre os aspectos investigados, a clareza do conteúdo e a simplicidade para aplicação do instrumento apresentaram menor satisfação entre os entrevistados, quando comparados à pertinência e variedade. Em relação à clareza, por ser um instrumento novo, acredita-se que o período de tempo do estudo não foi suficiente para permitir maior familiarização dos profissionais com o conteúdo do FAM-RCaNasf. Então, mesmo não sendo referido como “muito complexo” pelos profissionais, para futuros estudos, recomenda-se que possa haver o emprego deste formulário em um período de tempo mais amplo.

A respeito da simplicidade para aplicação no trabalho do Nasf, a grande maioria dos profissionais que utilizaram o FAM-RCaNasf afirmou ser um instrumento facilmente aplicável, diferentemente daqueles que só tiveram contato com ele nas oficinas. Como visto anteriormente, muitas questões inviabilizaram ou dificultaram a aplicação do mesmo, mas, essa percepção poderia ser diferenciada caso houvesse maior implicação com a nova proposta, já que a sua adequação foi constatada pelos profissionais que se dispuseram a aplicar o formulário.

Entre os entrevistados, a pertinência e a variedade – que se refere a situações de saúde ou casos demandados às EqNasf – destacaram-se como os aspectos do FAM-RCaNasf com maior nível de satisfação, tanto pelos que aplicaram o instrumento quanto pelos que só participaram das oficinas, demonstrando que este formulário é válido para avaliar e monitorar a resolutividade clínico-assistencial do Nasf. Além disso, por permitir a identificação das necessidades dos usuários, pode ser útil na organização do processo de trabalho das equipes e melhoria da assistência de casos que necessitam do acompanhamento da retaguarda especializada na APS.

Diante da relevância do tema, os achados aqui encontrados abrem portas para investimentos em novas pesquisas, pois, “o processo de validação não se exaure, ao contrário, pressupõe continuidade e deve ser repetido inúmeras vezes para o mesmo instrumento” (RAYMUNDO, 2009, p. 87).

Além da validade de conteúdo, existem outras propriedades clinimétricas ou de medidas – como consistência interna, efeito chão e teto, *etc.* (CABRAL et al.,

2012a, 2012b) – que não se constituíram como objetivo deste estudo, mas, podem ser consideradas para análises de futuras investigações, o que possibilita ampliar as evidências sobre a adequação do FAM-RCaNasf em outros aspectos.

5.5 Resolutividade clínico-assistencial dos Nasf estudados

Contemplando os critérios para aplicação do FAM-RCaNasf, 31 usuários foram elegíveis durante o período de estudo. Destes, 90,3% era do sexo feminino, 41,9% estavam na faixa etária igual ou maior que 60 anos de idade e 38,7% tinha escolaridade de nível fundamental (Tabela 2).

Esses dados demonstram que o perfil da população estudada foi majoritariamente de pessoas do sexo feminino, semelhante a outros estudos realizados na APS, em vários municípios brasileiros (ARAÚJO, 2014; PRATES et al., 2013; REIS et al., 2012; SCHWARTZ et al., 2010; SOUSA et al., 2011; SOUSA, 2016). Com uma análise documental sobre o acesso e uso de serviços de saúde no país, pesquisadores evidenciaram que, de modo geral, as mulheres possuem maior interesse por sua saúde e utilizam os serviços oferecidos com maior regularidade, comparadas aos adultos de sexo masculino (PINHEIRO et al., 2002).

Gomes et al. (2011) justificaram que a baixa procura dos homens aos cuidados em saúde, além de demonstrar uma percepção estabelecida culturalmente sobre aspectos da vida, pode também estar implicada a questões referentes à organização e oferta dos serviços como, por exemplo, a limitação do horário de atendimento. Na tentativa de minimizar essa iniquidade, Sousa et al. (2011) sinaliza a grande necessidade da implantação mais efetiva da política nacional de saúde do homem.

A literatura também confirma o predomínio de indivíduos assistidos na APS com baixa escolaridade (ARAÚJO, 2014; CABRAL et al., 2012a; PIRES, 2013). Já em relação à faixa etária, ocorreu discreta diferença entre estudos que analisaram o perfil dos usuários atendidos por profissionais do Nasf (ARAÚJO, 2014; REIS et al., 2012; SOUSA, 2016).

Reis et al. (2012), que avaliou 179 pessoas, demonstrou que 38,5% deles tinham idade acima de 60 anos, corroborando com o achado aqui apresentado. Entretanto, Sousa (2016) verificou que as idades dos

usuários atendidos pelo Nasf eram variáveis, de acordo com a categoria profissional que os assistiam. No presente estudo, não foi possível analisar a existência de variações quanto ao perfil etário dos usuários e a especialidade que foi solicitada ao acompanhamento clínico, pois, trata-se de casos assistidos de forma compartilhada com, no mínimo, três profissionais envolvidos.

Contudo, observa-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) despontou como a patologia mais presente entre os avaliados, sendo referida por 41,9% deles (Tabela 2), o que pode justificar a grande frequência de atendimentos a pessoas idosas, já que existe uma tendência da pressão arterial aumentar linearmente com a idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Nas últimas décadas, inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram que a HAS tinha prevalência acima de 30% (CESARINO et al., 2008; MAGNABOSCO et al., 2017; ROSÁRIO et al., 2009) e na faixa etária idosa ultrapassava 60% (CESARINO et al., 2008).

A literatura destaca que a HAS é uma doença cardiovascular de caráter multifatorial, sendo a idade um dos fatores de risco não modificáveis, assim como os aspectos genéticos, sexo e raça – com predomínio entre as mulheres negras, porém, não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil (LESSA, 2001; SALOMÃO et al., 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Existem também os fatores de risco modificáveis que são os clínicos, comportamentais e nutricionais (SALOMÃO et al., 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Além de ser altamente prevalente, a hipertensão é de baixo controle, pois, na maioria dos casos é assintomática (NOBRE et al., 2013). De modo geral, casos sintomáticos e assintomáticos, recomendam-se a adoção de hábitos saudáveis e o cumprimento rigoroso da prescrição de medicamentos. No entanto, a baixa adesão populacional ao tratamento tem favorecido, em longo prazo, o aparecimento de lesões em órgãos alvo e consequente mortalidade (GUSMÃO et al., 2009). Por isso, de acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010, p. 8), a HAS representa “um dos mais importantes problemas de saúde pública”.

Para auxiliar na melhoria do acompanhamento dos casos e prevenir futuras complicações, Nobre et al. (2013) sugeriram uma estratificação de risco para usuários com HAS, baseada nos fatores de risco, condições clínicas associadas e

presença de lesões de órgãos alvo. Os autores recomendaram o seu uso sempre que houver diagnóstico confirmado, associado à avaliação clínica e laboratorial.

Também merece destaque os problemas de saúde mental, mais especificamente relativos à ansiedade e/ou angústia, referida por 35,5% dos avaliados (Tabela 2).

Nos resultados de uma pesquisa multicêntrica, realizada em quatro capitais do Brasil, a taxa de usuários comprometidos por transtornos mentais variou de 51,9% a 64,3%. Essa frequência foi especialmente alta em mulheres, desempregados e pessoas com baixa escolaridade e renda (GONÇALVES et al., 2014).

No estudo de Sousa (2016), realizado em Camaragibe, Região Metropolitana do Recife-PE, também foi identificada elevada prevalência de ansiedade e depressão entre a população atendida pelos profissionais do Nasf, corroborando com os achados da presente pesquisa.

Quanto aos gêneros, Zanello e Silva (2012) identificaram diferenças na incidência de sintomas. Entre as mulheres, os relatos mais comuns eram insônia, ansiedade, tristeza, angústia, irritabilidade, depressão, dificuldade nas relações e dor. Já em relação aos homens, destacou-se a competitividade, agressividade, alucinação auditiva, agitação psicomotora, idealização suicida e alcoolismo.

Molina et al. (2012) constataram que na APS brasileira os transtornos de ansiedade tinha uma prevalência de 27,9% e 23,9% de depressão, destes, 14,9% apresentaram risco de suicídio. Diante desses dados frequentes e preocupantes, percebe-se que os problemas de saúde mental devem ser considerados

como uma prioridade ao lado de outras condições de saúde crônicas. O estabelecimento de cuidados abrangentes na atenção primária e a integração dos serviços de saúde são etapas relevantes para alcançar a equidade no sistema de saúde nacional (GONÇALVES et al., 2014, p. 629).

Com relação ao tratamento farmacológico, 25,8% dos avaliados faziam uso de, pelo menos, um tipo de medicamento e outros 25,8% utilizavam mais que três tipos de fármacos (Tabela 2).

O uso contínuo de medicamentos, bem como a polifarmácia podem estar refletindo à condição de saúde crônica que foi observada na grande maioria dos casos avaliados. “Esses indivíduos necessitam de tratamento por longos períodos e, normalmente, estão sujeitos a esquemas terapêuticos” (MENDES; EMMERICK; LUIZA, 2014, p. 735).

O consumo de tabaco e álcool, excesso de peso, inatividade física e alimentação não saudável são os fatores de risco que mais repercutem na morbidade e mortalidade por doenças crônicas e, de forma preventiva, podem ser modificados no âmbito da APS. Aliado às intervenções em saúde, o uso bem orientado dos medicamentos é importante para o controle sintomatológico e melhoria da qualidade de vida dos que sofrem com essas enfermidades (BAUMGARTEL et al., 2016; MENDES; EMMERICK; LUIZA, 2014).

Em alguns casos aqui estudados, a quantidade de fármacos utilizados estava em desacordo com o que é preconizado pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006), que recomenda para a APS dois medicamentos por receita médica.

Os achados encontrados ainda poderiam ter sido mais elevados, pois, 22,6% dos usuários não souberam ou não quiseram informar quais ou quantos medicamentos estava fazendo uso durante o período do estudo. Nos registros dos prontuários clínicos das USF, muitas informações estavam defasadas, o que também inviabilizou a checagem de alguns dados.

Na literatura brasileira, também foram encontradas divergências sobre a quantidade de medicamentos utilizados pela população. O estudo de Mendes, Emmerick e Luiza (2014), investigando portadores de doenças crônicas não transmissíveis, apresentou uma média de 2,2 medicamentos prescritos, aproximando-se do que é recomendado pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). Bertoldi et al. (2004), avaliando adultos, encontraram uma média de consumo de 1,2. Já Silva et al. (2012b), em um inquérito nacional com idosos, constataram o uso de 3,8 medicamentos. Portanto, a variação quantitativa do uso de fármacos deve estar associada ao perfil da população alvo e/ou condições de saúde investigadas.

Tabela 2- Características de usuários assistidos de forma compartilhada por profissionais do Nasf, Recife-PE, Brasil, 2017.

Variáveis	Usuários (%)
(continua)	
Sexo	
Feminino	90,3
Masculino	9,7
Faixa etária*	
0 a 11 anos de idade (criança)	0,0
12 a 18 anos de idade (adolescente)	3,2
19 a 21 anos de idade (adulto jovem)	12,9
22 a 45 anos (adulto)	29,1
46 a 59 anos de idade (meia idade)	12,9
≥60 anos de idade (idoso)	41,9

Tabela 2- Características de usuários assistidos de forma compartilhada por profissionais do Nasf, Recife-PE, Brasil, 2017.

	(conclusão)
Escolaridade	
Analfabeto ou semianalfabeto	6,5
Alfabetizado	3,2
Nível fundamental	38,7
Nível médio (antigo 2º grau)	35,5
Não foi informada	16,1
Doença ou condição de saúde	
Acidente Vascular Encefálico	22,6
Ansiedade e/ou angústia	35,5
Atraso intelectual	6,5
Demência	6,5
Diabetes <i>Mellitus</i>	16,1
Hipertensão Arterial Sistêmica	41,9
Outras	41,9
Medicamento	
Não faz uso	16,1
Faz uso de um	25,8
Faz uso de dois a três	9,7
Faz uso de quatro ou mais	25,8
Não foi informado	22,6

Fonte: Autora.

Nota: *De acordo com Brasil (1990, 2003a) e Silva (2004).

Quanto aos profissionais das EqNasf que estavam envolvidos no cuidado compartilhado e fizeram uso do FAM-RCaNasf durante as avaliações clínicas, houve participação do Fisioterapeuta em 100% dos casos, o Farmacêutico e o Psicólogo participaram em 54,8% e 51,6%, respectivamente. Entre os profissionais das equipes de referência, o Médico estava colaborando em 61,3% dos casos estudados e o Enfermeiro em 25,8% deles (Tabela 3).

Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), referentes ao período de julho de 2013 e fevereiro de 2017, demonstraram que o número de profissionais atuando nas EqNasf em todo Brasil aumentou mais que o dobro, variando de 12.867 para 26.069 (BRASIL, 2017b). Em fevereiro de 2017, as categorias que apareceram com maior frequência foram os Fisioterapeutas (5.756), Psicólogos (4.479), Nutricionistas (3.950), Assistentes Sociais (3.140), profissionais de Educação Física (2.645), Fonoaudiólogos (1.906) e Farmacêuticos (1.581) (BRASIL, 2017b). No presente estudo, apoiadas pelo FAM-RCaNasf, três dessas especialidades se destacaram – Farmacêutico, Fisioterapeuta e Psicólogo – como as mais atuantes nos casos que demandaram acompanhamento longitudinal e compartilhado.

Diante do cenário biopsicossocial da população brasileira, todas as categorias profissionais são igualmente importantes, por isso, o MS orienta que a sua escolha seja pautada em dados epidemiológicos, necessidades das equipes que serão apoiadas e disponibilidade das diferentes especialidades, com a exigência de ter, no mínimo, um profissional que ofereça habilidades e conhecimentos técnicos em saúde mental – Médico psiquiatra, Psicólogo e TO – tendo em vista a proporção epidemiológica dos transtornos mentais no Brasil (BRASIL, 2008, 2014).

Faz-se necessário ressaltar que a frequência de especialidades participantes poderia ser diferenciada, pois, poucos profissionais aderiram ao FAM-RCaNasf na sua rotina de trabalho. Portanto, os dados alcançados foram limitados aos usuários avaliados por alguns profissionais que se comprometeram com a proposta.

A baixa adesão ao instrumento pode ter repercutido como um viés na captação da amostra, que poderia ser maior e mais diversificada clinicamente. Porém, não inviabiliza os achados, pois, trata-se de demandas que foram solicitadas aos cuidados dos Nasf estudados e estavam enquadradas nos critérios preestabelecidos para aplicação do formulário.

Um aspecto que chama atenção é que a grande maioria das barreiras encontradas pelos profissionais não foi inerente ao novo instrumento, mas sim, ao processo de trabalho das equipes, especialmente pela dificuldade de desenvolver um trabalho de forma interprofissional, o qual é imprescindível para o aproveitamento adequado do FAM-RCaNasf.

Tendo a perspectiva de que “a gestão compartilhada é base para a prática ampliada da clínica e saúde coletiva”, devem-se considerar os usuários, comunidades e trabalhadores como coprodutores dos processos saúde/doença/intervenção (FURLAN; AMARAL, 2010, p. 17).

Contudo, assim como no presente estudo, vários pesquisadores verificaram que os profissionais de EqNasf tinham relutância ou indisponibilidade em criar possibilidades de atuação integrada (ANJOS et al., 2013; BONALDI; RIBEIRO, 2014; COSTA et al., 2013; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; MACEDO et al., 2016).

Souza (2015), estudando o processo de trabalho de seis Nasf em um município do nordeste, apontou que o alto número de EqSF para apoiar e a dificuldade de organizar o processo de trabalho são fatores geradores de dispersão dos profissionais, inviabilizando as práticas compartilhadas.

A pesquisa de Prates et al. (2013), no período de um ano, analisou os dados da produtividade dos Nasf em um distrito de Belo Horizonte-MG. Em seus resultados, foram registrados 9.305 atendimentos, destes, 64,2% tinham sido realizados em ambiente clínico, nas USF, e 35,8% em visita domiciliar. Em ambos os casos, predominou as intervenções do tipo não compartilhada, aplicadas a 85,9% dos usuários.

Por meio de diário de campo, Sousa (2016) investigou o elenco de atividades realizadas pelo Nasf, em uma região metropolitana do Recife-PE, e constatou ausência de atendimentos compartilhados no ano estudado. Além disso, embora todos os atendimentos domiciliares tenham sido realizados junto aos ACS, foram raras as participações de outros profissionais da equipe de referência, refutando os achados desta pesquisa que constatou uma importante participação, principalmente, do médico e do enfermeiro. Isso pode refletir que o uso do FAM-RCaNasf permite favorecer a integração das equipes Nasf e Saúde da Família no cuidado compartilhado.

A não integração contraria as normas operacionais estabelecidas pelo MS (BRASIL, 2010, 2014), portanto, faz-se necessário haver mudanças na organização do processo de trabalho. Para isso, os profissionais das equipes Nasf, Saúde da Família e gestores precisam compreender que

a atuação do Nasf contrapõe-se ao modelo de atenção convencional – centrado na assistência curativa, individual e fragmentada – ao propor uma lógica de trabalho que avança em direção à corresponsabilização e cogestão do cuidado, mediante a execução de atendimentos compartilhados com a equipe de Saúde da Família, considerando as singularidades dos sujeitos (MACEDO et al., 2016, p. 197).

Não é por acaso que o FAM-RCaNasf foi construído para atingir a lógica de compartilhamento do cuidado na APS, pois, entende-se que esta é a forma mais adequada de promover saúde integral e resolutiva.

Para 48,4% dos usuários que foram inicialmente avaliados houve reavaliação clínica após o período de um mês, onde, mais uma vez, os colaboradores aplicaram o formulário (Tabela 3). Apesar disso, no término do período da coleta, apenas 54,8% da amostra completaram as três medidas do formulário. Além da limitação própria dos estudos de seguimento, a expressiva perda amostral também pode estar ratificando que houve certa dificuldade de integrar os profissionais em novos momentos de aplicação do FAM-RCaNasf, já que em 19,4% dos casos não foi

obtida a segunda medida em tempo hábil e outros 25,8% não completaram a última medida.

Tabela 3- Profissionais envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados e intervalo de tempo utilizado para aplicação do FAM-RCaNasf, Recife-PE, Brasil, 2017.

Variáveis	Usuários (%)
Profissionais das EqNasf envolvidos	
Farmacêutico	54,8
Fisioterapeuta	100,0
Nutricionista	19,4
Psicólogo	51,6
Outros	16,1
Profissionais das EqSF envolvidos	
Dentista	6,5
Enfermeiro	25,8
Médico	61,3
Tempo de aplicação do FAM-RCaNasf	
Mensal	48,4
Bimestral	16,1
Trimestral	16,1
Não se aplica (casos que só passaram por uma avaliação)	19,4

Fonte: Autora.

Legenda: FAM-RCaNasf= Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PE= Pernambuco; EqNasf= Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; EqSF= Equipe de Saúde da Família.

A tabela 4 mostra as áreas de cuidado que foram consideradas relevantes aos avaliados. Na análise dos dados, observou-se que os usuários tendem a referir as questões que são extremamente importantes para eles. Já os profissionais, com os atributos das percepções clínicas, além destas, conseguem identificar outras questões que podem impactar na qualidade de vida desses indivíduos. Por isso, em grande parte dos casos, a quantidade de registros realizados pelos profissionais se sobressaiu em relação aos dos usuários, apontando maior número de categorias relevantes, o que permite identificar as áreas alvos das ações do Nasf.

Sousa (2016, p. 78) enfatizou a importância dessa identificação ao referir que “a ampliação do escopo da atenção básica pode ser melhor evidenciada pelo perfil de problemas/agravos que são alvo da atuação do Nasf, tanto na dimensão assistencial quanto nas ações educativas”.

Com foco na perspectiva clínico-assistencial, como propõe este estudo, ao analisar todas as áreas que o instrumento abrange, a categoria “sensoriais e dor” (FE.2) apresentou as problemáticas mais frequentemente avaliadas, tanto na perspectiva dos profissionais quanto nas dos usuários, em 83,9% e 87,1% dos registros respectivamente (Tabela 4).

Este achado pode ser agregado a outros que também apontam uma alta procura por atendimento relacionada a queixas álgicas na APS (CORDEIRO et al., 2008; KOERICH, 2016; MARTINEZ et al., 2008; MATA et al., 2011; SANTOS, 2015). Segundo Santos (2015, p. 11), “é a dor que leva o paciente à procura de ajuda, mesmo quando ele não tem consciência de que deve procurar um médico. A consciência da necessidade do pedido vem com o agravamento dos sintomas”.

Na tentativa de atender as necessidades dessa população, o MS publicou um documento que trata sobre o acolhimento à demanda espontânea, sugerindo o apoio dos profissionais do Nasf, cujo cuidado interprofissional é reconhecido como potencial contribuinte para a resolutividade dos casos demandados à APS (BRASIL, 2013d).

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (1994, p. 210), a dor é conceituada como “uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial”, reconhecendo que os estímulos que causam dor são susceptíveis de danificar o tecido.

O quadro álgico pode ser classificado como agudo, quando inferior a 30 dias, e crônico, que perdura por longos tempos (BRASIL, 2012b). Estudos mostraram que dores são geradoras de incapacidade e diversos sofrimentos que impactam negativamente na qualidade de vida dos indivíduos. Esses problemas podem ser desencadeados pela falta de tratamento adequado do fenômeno álgico, subavaliação, crenças ou valores errôneos frente à dor e dificuldade em aferir ou não sistematizar sua avaliação (BERNARDO, 1998; CALIL; PIMENTA, 2008; GARCIA; MATTOS-PIMENTA, 2008).

Portanto, Sousa (2002, p. 446) destaca que “a mensuração da dor é extremamente importante no ambiente clínico, pois, torna-se impossível manipular um problema dessa natureza sem ter uma medida sobre a qual basear o tratamento ou a conduta terapêutica”. Porém, trata-se de um fenômeno subjetivo e, conseqüentemente, não existe uma medida padrão, o que desafia a sua avaliação clínica (SOUSA, 2002). Neste sentido, o FAM-RCaNasf procura subsidiar o registro dessas queixas que, na presente pesquisa, foram relatadas pela maioria dos usuários, principalmente devido a condições inflamatórias e/ou mecânico postural.

Com ciência sobre as dificuldades intrínsecas e entendendo a importância de avaliar a magnitude da dor para empreender um determinado tratamento que possa impactar positivamente na qualidade de vida do indivíduo, o FAM-RCaNasf contém

um recurso visual simples, imagem do corpo humano, mas que contribuiu substancialmente para facilitar a comunicação entre profissionais e usuário, como observado pela alta frequência de registros. Às vezes, as pessoas têm dificuldades de falar o que sentem, então, a imagem é outra forma de comunicação, além da linguagem oral, ampliando a possibilidade do avaliado se expressar, o que favorece a captação desses dados imprescindíveis no processo avaliativo.

A categoria “mental” (FE.1) também obteve uma quantidade expressiva de registros. Destacando-se os dados captados pelos profissionais, onde esses comprometimentos foram identificados em 61,3% dos avaliados (Tabela 4).

De acordo com OMS, cerca de 400 milhões de pessoas são acometidas por transtornos mentais ou comportamentais, estando entre as cinco principais causas de incapacidade no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004b). Na América Latina, a população adulta brasileira foi a que apresentou a maior prevalência desse tipo de problema, com índices elevados para os transtornos da ansiedade, do humor e relacionados ao uso de substâncias psicoativas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

O MS estimou que 3% da população precisa de cuidado contínuo em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes. Somado a isso, aproximadamente de 10% a 12% dela apresenta transtorno leve, com cuidados menos frequente (BRASIL, 2003b). Esse cenário exige uma rede de assistência diversificada e efetiva (CAMPOS JUNIOR; AMARANTE, 2015).

Nessa perspectiva, em 2011, a Portaria nº 3.088 instituiu a rede de atenção psicossocial para “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011c, art.1º). Na APS, essa rede de atenção é composta por USF, Nasf, consultório na rua e centros de convivência e cultura (BRASIL, 2016).

Assim como no presente estudo, a investigação de Sousa (2016) identificou que, no período de janeiro a dezembro de 2014, a maior demanda assistencial em consultas realizadas pelo psicólogo do Nasf foi relativa à ansiedade, seguida de depressão, conflito conjugal e familiar.

Apesar da política de saúde mental priorizar as doenças mais graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar, a literatura reporta que as mais prevalentes são

ansiedade, depressão e problemas como preocupações, irritabilidade e sintomas psicossomáticos (MARAGNO et al., 2006).

Quanto ao componente AP do FAM-RCaNasf, em 48,4% dos casos avaliados, os profissionais verificaram problemas referentes à “mobilidade” (AP.4) e dificuldade de “interação e relacionamentos interpessoais” (AP.7), em 38,7%. Para os usuários essas áreas também foram consideradas as mais importantes, só que de maneira inversa, ou seja, a categoria AP.7 tinha maior relevância para eles (Tabela 4).

Apesar de sinuosa, essa inversão de valores constatada entre os profissionais e usuários deve confirmar que, perante o olhar clínico, as atenções se voltam a problemas mais palpáveis, ou seja, que possam ser observados de forma concreta, como é o caso da identificação de comprometimentos ligados à mobilidade. Também pode representar uma tentativa de priorizar a resolução de questões com menor complexidade ou que sejam habituais aos especialistas envolvidos. Talvez, por isso, os profissionais tenham dado maior importância a este aspecto.

Quanto aos usuários, diante das suas dificuldades funcionais, percebeu-se que vislumbram fortemente uma aproximação ou retorno ao contexto das interações sociais regresso à doença ou condição de saúde que os limitam e, com o seu registro no FAM-RCaNasf, acabaram encontrando um meio de expor essas expectativas, o que provavelmente não tenha ocorrido em avaliações clínicas padrões. Para os profissionais, identificar essas questões impõe uma análise de múltiplos aspectos que, além do físico, abrangem um complexo fenômeno psicossocial (FORMOZO et al., 2012).

Na parte 2 do FAM-RCaNasf – componente SFI – houve poucos registros, comprados aos da parte 1 desse instrumento. Verifica-se que os “aspectos pessoais relevantes à condição de saúde/doença” (SFI.6) foi a categoria mais enfatizada na perspectiva dos profissionais, em 41,9% dos casos, bem como na dos usuários, em 51,6% (Tabela 4).

Acredita-se que a menor quantidade de registros realizados nessa segunda parte do formulário tem relação com a característica das suas categorias ou áreas, que são de cunho mais subjetivo do que as da primeira parte, o que pode exigir um tempo maior para que os profissionais envolvidos consigam captar os dados, considerados relevantes à condição de saúde do avaliado, sejam eles positivos ou negativos.

Nessa perspectiva, sugere-se que novos estudos utilizem um período de tempo maior para a coleta de dados, a fim de obter informações que permitam compreender as necessidades dos usuários sob os aspectos social, familiar e individual em saúde.

Entende-se que estas questões são tão importantes quanto as mais objetivas, contidas na parte 1 do formulário. Mas, para algumas especialidades do Nasf, muitas delas podem não fazer parte da rotina habitual de avaliação clínica. Com a inclusão da parte 2, o FAM-RCaNasf tenta estimular algumas categorias profissionais a observarem outros aspectos, que vão além do seu núcleo de saber.

Na categoria SF1.6, que obteve a maior frequência de registros de toda a parte 2, merece destaque a sua subcategoria “estado emocional em relação à condição de saúde/doença” (SF1.6.5), que despontou como a questão mais qualificada, onde, na maioria das vezes foi pontuada de forma negativa, representando uma dificuldade para a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo. Essa é uma das principais problemáticas que pode influenciar na motivação do usuário em continuar ou não o tratamento.

Outros pesquisadores apontaram que indivíduos com diagnóstico de doenças crônicas apresentavam dificuldades no manejo de fatores emocionais, quando expostos a situações adversas, comprometendo a adesão ao tratamento e a sua qualidade de vida (ATAÍDE; DAMASCENO, 2006; CARVALHO et al., 2007; CHAVES; CADE, 2004; SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2004). Por isso, além dos aspectos biológicos, os profissionais de saúde devem dar a devida atenção quanto ao estado emocional em relação à condição de saúde do indivíduo que está sendo assistido.

Fazendo a análise comparativa das percepções, de modo geral, percebe-se que os profissionais envolvidos neste estudo conseguiram direcionar as avaliações clínicas às perspectivas ou prioridades trazidas pelos usuários, em ambos os componentes do FAM-RCaNasf.

Tabela 4- Identificação das áreas de cuidado relevantes aos avaliados, na perspectiva dos profissionais do Nasf e dos usuários, Recife-PE, Brasil, 2017.

Componente	Categoria (código)	Registro dos profissionais (%)	Registro do usuário (%)
Funções e estruturas do corpo (FE)	FE. 1	61,3	32,2
	FE. 2	83,9	87,1
	FE. 3	16,1	0,0
	FE. 4	22,6	6,5
	FE. 5	51,6	9,7
	FE. 6	19,4	6,5
	FE. 7	58,1	16,1
	FE. 8	3,2	0,0
Atividades e participação (AP)	AP.1	16,1	0,0
	AP.2	41,9	9,7
	AP.3	12,9	0,0
	AP.4	48,4	16,1
	AP.5	32,2	9,7
	AP.6	12,9	12,9
	AP.7	38,7	19,4
	AP.8	3,2	3,2
	AP.9	9,7	16,1
Aspectos social, familiar e do indivíduo (SFI)	SFI. 1	35,5	9,7
	SFI. 2	12,9	3,2
	SFI. 3	35,5	6,5
	SFI. 4	29,0	22,6
	SFI. 5	16,1	16,1
	SFI. 6	41,9	51,6

Fonte: Autora.

Legenda: FE.1=Mentais; FE.2=Sensoriais e dor; FE.3=Voz e fala; FE.4=Sistemas cardiovascular, respiratório, hematológico e imunológico; FE.5=Aparelho digestivo, sistemas metabólico e endócrino; FE.6=Geniturinárias e reprodutivas; FE.7=Neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento; FE.8=Pele e estruturas relacionadas; AP.1=Aprendizagem e aplicação do conhecimento; AP.2=Tarefas e exigências gerais; AP.3=Comunicação; AP.4=Mobilidade; AP.5=Autocuidados; AP.6=Vida doméstica; AP.7=Interação e relacionamentos interpessoais; AP.8=Áreas principais da vida; AP.9=Vida comunitária e social; SFI.1=Produtos e tecnologia; SFI.2=Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem; SFI.3=Apoio e relacionamentos; SFI.4=Atitudes; SFI.5=Serviços, sistemas e políticas; SFI.6=Aspectos pessoais relevantes à condição de saúde/doença; PE=Pernambuco.

Como foi mencionado anteriormente, ocorreu perda amostral, principalmente, por não conseguir completar a última avaliação em período viável ao término da pesquisa. Assim, para visualizar a evolução clínica dos casos, foram utilizados apenas os dados daqueles indivíduos que concluíram todas as avaliações durante o período do estudo, perfazendo uma amostra de 17 usuários, que representaram um total de 51 avaliações com o uso do FAM-RCaNasf.

Visando avaliar a resolutividade das ações clínico-assistenciais dos Nasf estudados, na perspectiva de melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde, foram comparados os dados obtidos na primeira e terceira avaliação. Assim, analisaram-se os registros de cada componente do FAM-RCaNasf – FE, AP e SFI – sob a percepção dos profissionais envolvidos, bem como a dos usuários acompanhados por eles (Tabela 5).

Na tabela 5, observa-se que as questões contidas nos componentes da parte 1 do formulário evoluíram de forma positiva, principalmente no de FE, tanto na percepção dos profissionais, em 88,2% dos casos, como na dos usuários, em 100%. Portanto, as ações das EqNasf tenderam a gerar resultados de forma mais rápida sobre o componente FE, que demonstrou uma evolução clínica favorável à melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde dos indivíduos assistido de forma compartilhada.

No componente AP, ainda na parte 1 do instrumento, houve alguns casos que mantiveram a sua condição inicial de saúde, mais especificamente em 47% deles (Tabela 5). Este achado pode ser compreendido pelo fato deste componente apresentar questões que, provavelmente, demandam mais tempo para alcançar algum tipo de resultado, positivo ou não, quando comparadas as do FE. No entanto, nenhum caso apresentou evolução clínica desfavorável.

Vale salientar que a manutenção do quadro clínico pode ser apreciável, pois, no contexto de doenças crônicas, os resultados esperados não será a cura (PEREIRA, 2008), portanto, busca-se oferecer cuidados que visem impactar de forma positiva na qualidade de vida.

Na parte 2 do FAM-RCaNasf, existe apenas um componente, porém, o mesmo dispõe de qualificadores que remetem a facilidades e a dificuldades, ou seja, são aspectos social, familiar e do indivíduo que podem ajudar ou atrapalhar na evolução clínica e melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde (Tabela 5).

Quanto aos aspectos facilitadores – SFI (+) – tenderam a se manter com a mesma magnitude inicial, em 88,2% e 100% para os profissionais e usuários respectivamente (Tabela 5). Isso não deixa de ser um dado favorável, pois, compreende-se que determinado aspecto não deixou de ser facilitador ao longo do tempo, mesmo que não tenha se potencializado.

Em relação aos aspectos dificultadores – SFI (-) – para os profissionais, houve manutenção em 53,0% dos casos. Este achado pode demonstrar que os especialistas percebem que têm maior dificuldade de minimizar esse tipo de problemática. Já para os usuários, ocorreu melhoria em 47,0%, apontando que a maioria dos problemas ou dificuldades relatadas na primeira avaliação foi amenizada, sendo um fator positivo para a sua evolução clínica e qualidade de vida.

Apenas 11,8% dos indivíduos avaliados apresentaram exacerbação do problema, ou seja, pioraram a percepção de saúde em alguma área do componente SFI (Tabela 5).

Fazendo a análise no banco de dados, foram identificados dois casos com essa característica. Um deles tinha evoluído de forma negativa na subcategoria “atitudes individuais de membros da família” (SFI.4.1), proveniente de brigas entre as suas filhas, que estavam ocorrendo no período da última coleta de dados.

O outro caso, que tinha dificuldade de locomoção, demonstrou percepção negativa na subcategoria “condição do solo” (SFI.2.2), devido ao banheiro da sua casa ser escorregadio. Essa questão estava oferecendo riscos de queda e isso o preocupava bastante naquele momento.

Com os dados alcançados, reforça-se que as questões da parte 2 do FAM-RCaNasf apresentam grau de complexidade maior no sentido de alcançar melhorias em curto prazo, pois, remetem a singularidades de pessoas que estão inseridas em um contexto de vulnerabilidade que, muitas vezes, perpassa o campo da saúde.

Houve dificuldade de encontrar pesquisas que descrevessem os desfechos de atendimentos realizados pelo Nasf para a realização de análise comparativa. Apenas o estudo realizado por Reis et al. (2012), ao verificar os registros de produção do Nasf, na área de reabilitação especificamente, apontou que os objetivos propostos foram alcançados em 34,4% dos casos assistidos. E, mais recentemente, na pesquisa de Sousa (2016), os registros de produção demonstraram que o Nasf teve um bom desempenho nas demandas assistenciais, chegando a uma de resolução dos casos atendidos superior a 70% em todas as categorias profissionais, com exceção da psicologia, que alcançou percentual de 60%.

Na presente tese, a evolução clínica dos indivíduos avaliados foi considerada positiva, confirmando que as ações das EqNasf podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde, sobretudo nos componentes de FE e AP (em mais que 50% dos casos) (Tabela 5).

Algumas pessoas mantiveram o quadro clínico inicialmente avaliado, mas, diante do perfil da amostra estudada, a manutenção da funcionalidade pode ser um fator favorável entre os casos que apresentavam sequelas crônicas.

Contudo, este estudo foi limitado à análise dos dados de 17 casos. Visualiza-se a necessidade de estudos com amostras maiores que, além de trazer robustez aos achados, permitam ampliar o alcance do FAM-RCaNasf a diversas doenças ou

condições de saúde que são demandadas ao acompanhamento das EqNasf e, assim, reduzam as lacunas de evidências sobre a resolutividade das ações clínico-assistenciais desses profissionais.

Tabela 5- Evolução dos casos acompanhados pelas EqNasf, por componente do FAM-RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários, Recife-PE, Brasil, 2017.

Componente	1ª e 3ª avaliação (profissionais)			1ª e 3ª avaliação (usuários)		
	Evolução (% de casos)			Evolução (% de casos)		
	Positiva	Negativa	Manteve	Positiva	Negativa	Manteve
FE	88,2	0,0	11,8	100,0	0,0	0,0
AP	53,0	0,0	47,0	53,0	0,0	47,0
SFI (+)	11,8	0,0	88,2	0,0	0,0	100,0
SFI (-)	47,0	0,0	53,0	47,0	11,8	41,2

Fonte: Autora a partir do *Wilcoxon Signed Ranks Test*.

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

Com a soma das pontuações obtidas na primeira e terceira avaliação, foi calculada a média de cada componente do FAM-RCaNasf. Essas médias refletem a quantidade de subcategorias avaliadas em cada componente, assim, quanto maior a média, mais subcategorias foram qualificadas ou pontuadas, confirmando que a parte 1 do formulário – que contém os componentes FE e AP – foi a mais utilizada nas avaliações (Tabela 6).

Ao serem comparadas, médias da primeira e terceira avaliação, constatou-se que houve diferenças estatísticas significantes (p -valor $<0,05$), exceto para o componente SFI (+), que obteve p -valor $>0,05$, tanto nos registros dos profissionais quanto nos dos usuários (Tabela 6). Esses resultados evidenciam que as ações do Nasf impactaram positivamente e de forma significativa na qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários avaliados. No caso do componente SFI (+), especialmente, mesmo que não tenha havido diferença importante entre as medidas que foram comparadas, isso não demonstra ser um achado ruim, pois, aponta que as questões consideradas facilitadoras à evolução clínica e qualidade de vida dos usuários se mantiveram como tal ao longo do tempo.

Por ser de caráter inédito, não existem dados comparativos em outros estudos. Portanto, visando reforçar as evidências aqui encontradas, sugere-se o uso do FAM-RCaNasf em todos os casos que demandam intervenções compartilhadas entre profissionais das EqNasf, sendo extremamente importante a cooperação das equipes de referência para ampliar a capacidade resolutiva dos problemas.

Tabela 6- Pontuações obtidas na 1ª e 3ª avaliação, por componente do FAM-RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais dos Nasf e usuários, Recife-PE, Brasil, 2017.

Componente	Avaliação (profissionais)		p-valor	Avaliação (usuários)		p-valor
	1ª Média (DP)	3ª Média (DP)		1ª Média (DP)	3ª Média (DP)	
FE	13,9 (8,2)	8,2 (7,5)	0,00	5,0 (2,4)	2,2 (1,6)	0,00
AP	12,9 (10,7)	9,8 (10,9)	0,01	3,5 (2,9)	2,4 (2,9)	0,01
SFI (+)	1,9 (1,8)	1,8 (1,7)	0,16	0,2 (0,5)	0,2 (0,5)	1,00
SFI (-)	3,4 (3,4)	2,9 (2,9)	0,01	3,3 (2,7)	2,3 (3,1)	0,03

Fonte: Autora a partir do *Wilcoxon Signed Ranks Test*.

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

Reforçando a relevância desses achados, Pereira (2008) salienta que a identificação do impacto de ações no âmbito da APS ainda permite monitorar o estado de saúde de uma população, possibilitando a justificação dos custos e financiamentos empregados.

A sustentação de uma política de concepção inovadora e abrangente, como a do Nasf, exige conhecimento profundo de suas diretrizes, além do monitoramento dos resultados e uma avaliação sob o ponto de vista dos gestores, dos profissionais envolvidos e dos usuários, para identificar possíveis problemas que possam se constituir em barreiras ou dificuldades para a consolidação da proposta (ARAÚJO, 2014, p. 31).

É importante considerar que o trabalho do Nasf não se resume apenas em atendimentos. O apoio matricial se concretiza tanto na dimensão clínico-assistencial, direcionada à assistência de usuários que necessitam da retaguarda especializada, quanto no âmbito técnico-pedagógico, voltado ao apoio das equipes de referência. Portanto, é esperado que

as duas dimensões se misturem em diversos momentos e que, ao mesmo tempo em que se concretiza, a dimensão assistencial pode impulsionar o conceito e a operacionalização da educação permanente, seja por meio de discussão e atendimento compartilhado de casos exemplares e discussão de temas considerados difíceis, pelos profissionais de uma ou de ambas as equipes (ARAÚJO, 2014, p. 80).

“Talvez, o desafio esteja em fazer uma construção do processo de trabalho que produza equilíbrio entre as dimensões do apoio matricial” (SOUSA, 2016, p. 110).

Deve-se ainda ressaltar que as EqNasf não têm o papel de absorver a demanda assistencial que os serviços da rede de saúde não conseguem atender, deste modo, não se constituem como um ambulatório ou serviço especializado. No âmbito clínico-assistencial, os profissionais do Nasf devem trabalhar de forma compartilhada com as equipes de referência, apoiando-as naqueles casos que demandam um cuidado mais especializado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da presente tese foi um grande desafio do ponto de vista intelectual e demandou esforços de vários pesquisadores e especialistas.

Conforme apresentado na revisão sistemática aqui realizada, as publicações sobre temáticas do Nasf ainda são escassas, principalmente quando se trata do processo de trabalho interprofissional. Ao construir o FAM-RCaNasf, apreciou-se algo que vinha sendo considerado como uma lacuna na literatura – um instrumento de medida capaz de avaliar e monitorar a resolutividade das ações do Nasf, tendo como foco a dimensão clínico-assistencial do apoio matricial.

Por ser uma proposta de caráter inédito, não existem estudos comparativos, o que limitou a discussão dos achados. Essa carência, apesar de ter sido um empecilho no primeiro momento, implicou numa maior relevância quanto ao que foi produzido nesta pesquisa, sendo a mesma considerada exitosa perante a aplicabilidade na teoria e na prática clínica dos profissionais das EqNasf estudadas.

Como visto em seções anteriores, este estudo revestiu-se de peculiaridades, pois, seus desfechos contemplaram todo o processo de criação e validação de um instrumento de medida.

De forma qualitativa, a validação de conteúdo do FAM-RCaNasf foi concretizada pelo julgamento de *experts* – quanto à clareza, simplicidade, variedade e pertinência – demonstrando que este instrumento pode ser útil para medir o que se propõe.

Deve-se ressaltar que a validade aqui confirmada é passível de novas investigações, pois, pode ter resultados diferenciados em outros contextos de saúde na APS. Além disso, existem outras propriedades de medidas que não foram objetos de estudo, então, sugere-se que possam ser consideradas como uma perspectiva de análise em futuras investigações, visando ampliar as evidências sobre a adequação do FAM-RCaNasf em outros aspectos.

O seguimento prospectivo dos casos avaliados com o uso do FAM-RCaNasf, embora tenha sido um recurso metodológico adequado para alcançar um objetivo específico da pesquisa, propiciou uma considerável perda amostral.

A amostra estudada foi majoritariamente de características clínicas crônicas, o que não diferencia da literatura que vem apontando este perfil como sendo comumente encontrado no âmbito da APS. Mas, para viabilizar a inclusão de um

número maior de casos e situações clínicas, além das condições crônicas, recomenda-se a ampliação do período de coleta de dados em novos estudos. Nesta pesquisa, isso não foi possível visto que extrapolaria a data preestabelecida para a defesa da tese.

Apesar dessa limitação burocrática, o FAM-RCaNasf continuou sendo utilizado por alguns profissionais voluntários e seus dados servirão para um trabalho de conclusão de curso da RMISF. Assim, inicia-se a propagação de evidências sobre a resolutividade das ações clínico-assistenciais do Nasf.

Atualmente, verifica-se que a literatura sustenta empiricamente a hipótese de que as EqNasf têm a capacidade de ampliar a resolutividade dos problemas demandados à APS, mas também afirma a inexistência de uma maneira propícia para mensurá-la. Os instrumentos que são utilizados não permitem contemplar o complexo contexto de trabalho interprofissional das suas equipes e, menos ainda, consideram relevantes as prioridades e/ou necessidades de saúde dos usuários.

Estes fatos reforçam a importância do FAM-RCaNasf como uma proposta diferencial, que tenta estimular os profissionais a observarem aspectos que vão além do seu núcleo de saber e os usuários a serem mais participativos no processo de avaliação e, quiçá, na tomada de decisões sobre aspectos relevantes à sua saúde.

As informações registradas no formulário devem ser aproveitadas não só pelas EqNasf, para o monitoramento da evolução dos casos e avaliação da resolutividade clínico-assistencial, mas também podem ser facilmente acessadas por equipes de referência, gestores e pesquisadores.

De modo geral, percebeu-se que os profissionais envolvidos neste estudo conseguiram direcionar as avaliações clínicas às perspectivas ou prioridades trazidas pelos usuários. Entre as categorias do FAM-RCaNasf, “sensoriais e dor” foi a que obteve maior frequência de queixas registradas. Estes achados, além de fornecerem informações importantes para aplicação clínica, contribuindo para subsidiar o planejamento de ações em saúde direcionadas às necessidades dos usuários, podem implicar em benefícios quanto à adesão e resolutividade das condutas terapêuticas.

Salvo as dificuldades inerentes ao processo de adaptação ao novo instrumento, observou-se que a baixa aplicação ou não uso do FAM-RCaNasf foi justificada, por muitos profissionais, devido à dificuldade de desenvolver um trabalho interprofissional, descontinuidade do cuidado e/ou sobrecarga de trabalho. Diante

dos critérios preestabelecidos, estes fatores podem impossibilitar a aplicação do formulário.

Na tentativa de superar parte dessas problemáticas, os pesquisadores e profissionais envolvidos acordaram que os registros no FAM-RCaNasf podem ser realizados durante as reuniões clínicas, junto às EqSF. Além disso, sugere-se que a integração dos profissionais seja colocada como pauta na rotina de reuniões das equipes, para que desperte a compreensão e, conseqüentemente, incorporação de mudanças positivas no processo de trabalho no âmbito da APS.

Essa mudança é urgente, pois, constitui-se como o cerne para um cuidado integral, longitudinal e resolutivo. Não é por acaso que o FAM-RCaNasf foi idealizado para uso de todos os profissionais do Nasf e não poderia desconsiderar a participação das EqSF, que é a equipe de referência. Espera-se, com isso, estimular a integração das equipes, tão necessária quanto incompreendida por muitos, favorecendo as práticas compartilhadas no gerenciamento do cuidado longitudinal de casos mais complexos.

Entende-se que o número da amostra foi mínimo, mas, suficiente para alcançar o objetivo de avaliar a resolutividade clínico-assistencial do Nasf. Após nove anos de sua criação, enfim, o FAM-RCaNasf apresentou dados quantitativos que evidenciaram o impacto positivo e estatisticamente significativo das ações de EqNasf sobre a qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários avaliados, que foram assistidos de forma compartilhada.

Algumas pessoas mantiveram o quadro clínico inicial, sem diferença estatística quando comparada a primeira e última avaliação, mas, diante do perfil da amostra, que era predominantemente acometida por condições crônicas, essa manutenção funcional pode representar um fator favorável à qualidade de vida desses usuários.

Outra contribuição importante neste estudo foi a sugestão de uma matriz que sistematizou os casos ou situações prioritárias para a solicitação de acompanhamento das EqNasf, que também era uma lacuna bastante enfatizada na literatura.

A matriz proposta foi baseada nos eixos de cuidado prioritários do Nasf, estabelecidos pelo MS, bem como nos conhecimentos teóricos e empíricos dos pesquisadores e especialistas envolvidos neste estudo. Entende-se a relevância dessa definição, pois, os profissionais da ESF precisam ter algum norte para

distinguir o que de fato é passível ao acompanhamento clínico do Nasf e, assim, evitar atendimentos desnecessários, pois, além de sobrecarregar os especialistas que já têm altas demandas em seu trabalho, tanto no âmbito clínico-assistencial quanto no técnico-pedagógico, pode também limitar o acesso aos cuidados daqueles que realmente necessitam do Nasf e que, por vezes, não são assistidos devido à inviabilidade das agendas dos profissionais.

Em resumo, trata-se de uma pesquisa densa, com o foco voltado à melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários e que vem apontar novos caminhos. Em caráter acadêmico, possibilita uma grande variedade de produções científicas, colaborando para reduzir as lacunas existentes na literatura atual sobre o tema. No âmbito de trabalho em saúde, tem a perspectiva de contribuir internamente – como uma ferramenta que pode ajudar na organização do processo de trabalho do Nasf junto à EqSF – bem como externamente – para os gestores, equipes de referência e usuários – fornecendo dados concretos e válidos cientificamente que permitam dar visibilidade e devida valorização ao trabalho interprofissional que é desenvolvido pelas EqNasf.

Espera-se que, em futuro próximo, essa proposta ganhe abrangência e venha a ser novamente testada para garantir a sua validade nos diferentes contextos de saúde nacional.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, I. M'A. N. et al. Contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto ao princípio da integralidade. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 5., 2016, Porto. **Atas CIAIQ**. Porto: Ludomedia, 2016. p. 1482-1491.
- ALBUQUERQUE, M. I. N. O trabalho na Estratégia de Saúde da Família. In: ALBUQUERQUE, M. I. N. (Org.). **Estratégia de Saúde da Família**: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012a. p. 201-261.
- ALBUQUERQUE, M. I. N. A forma de ser do trabalho e (de fazer) dos trabalhadores à emergência de um “novo” modelo sócio-produtivo baseado na acumulação flexível. In: ALBUQUERQUE, M. I. N. (Org.). **Estratégia de Saúde da Família**: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012b. p. 35-95.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.25, p. 1337-1349, 2009.
- ALVES, M. A.; RIBEIRO, F. F.; SAMPAIO, R. F. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.23, n.2, p. 185-192, 2016.
- AMARAL, M. N.; SILVA, M. E. K. Atuação do nutricionista no núcleo de apoio à saúde da família: desafios da interdisciplinaridade no cuidado à saúde. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, v.24, n.2, p. 143-155, 2015.
- ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v.37, n.99, p. 672-680, 2013.
- ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia de saúde da família. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.25, n.2, p. 461-468, 2013.
- ARAÚJO, R. E. **Análise exploratória dos indicadores de resultado dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**: a experiência de Belo Horizonte. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 169-173, 2015.

ATAÍDE, M. B. C.; DAMASCENO, M. M. C. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 518-523, 2006.

BACKES, D. S. et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p. 1151-1157, 2012.

BARBOSA, E. G. et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.23, n.2, p. 323-330, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARON-EPEL, O.; DUSHENAT, M.; FRIEDMAN, N. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. **International Journal Quality in Health Care**, Oxford, v.13, n.4, p. 317-323, 2001.

BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.9, p. 2847-2856, 2015.

BAUMGARTEL, C. et al. Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.11, n.38, p. 1-13, 2016.

BERNARDO, C. L. E. **Dor**: o ensino do tema em cursos de graduação em enfermagem da região sudeste do Brasil. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Enfermagem, São Paulo, 1998.

BERTOLDI, A. D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, p. 228-238, 2004.

BEZERRA, R. S. S. et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do NASF em Camaragibe/PE. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v.46, p. 51-59, 2010.

BITTENCOURT, H. R. et al. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v.22, n.48, p. 91-114, 2011.

BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**, Luiz de Fora, v.17, n.2, p. 195-203, 2014.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v.2, n.3, p. 68-80, 2005.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 05 abr. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 05 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica**. Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.065, de 04 de julho de 2005**. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1065_04_07_2005.htm>. Acesso em: 03 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 03 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n.27).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm>. Acesso em: 05 maio 2016.

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

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 24 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 30 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011c. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, 2012a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.083, de 2 de outubro de 2012**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília, 2012b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083_02_10_2012.html>. Acesso em: 5 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 256, de 11 de março de 2013**. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília, 2013a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013**. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Brasília, 2013b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html>. Acesso em: 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**. Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2013d. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. **PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de gestão 2011-2015. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 2 mar. 2017a.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=27&VMun=&VComp=00&VServico=147>. Acesso em: 3 mar. 2017b.

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

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

CABRAL, D. L. et al. Confiabilidade do Perfil de Saúde de Nottingham após Acidente Vascular Encefálico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p. 1313-1322, 2012a.

CABRAL, D. L. et al. Comparisons of the Nottingham Health Profile and the SF-36 health survey for the assessment of quality of life in individuals with chronic stroke. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.16, n.4, p. 301-308, 2012b.

CALIL, A. M.; PIMENTA, C. A. Gravidade da lesão e analgesia em pacientes que sofreram acidentes de transporte. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.3, p. 398-403, 2008.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.5, p. 611-614, 2004.

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

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

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

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas em Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec Abrasco, 2008.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.18, sup.1, p. 983-995, 2014.

CAMPOS JUNIOR, A.; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 425-435, 2015.

CARPES, A. D. et al. A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. **Disciplinarum Scientia - Ciências da Saúde**, Santa Maria, v.13, n.2, p. 145-151, 2012.

CARVALHO, N. S. et al. Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: Uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.33, n.1, p. 1-6, 2007.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.20, n.1, p. 31-39, 2015.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.91, n.1, p. 31-35, 2008.

CHAVES, E. C.; CADE, N. V. Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, p. 162-167, 2004.

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

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**: definição, estrutura, financiamento. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1997a.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997b, p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliar a avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 263-272.

CORDEIRO, Q. et al. Lombalgia e cefaléia como aspectos importantes da dor crônica na atenção primária à saúde em uma comunidade da região amazônica brasileira. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.15, n.2, p. 101-105, 2008.

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

COSENDEY, M. A. Saúde do adulto no contexto da atenção primária em saúde. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. (Org.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007, p. 249-273.

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

COSTA, L. S. et al. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.25, n.4, p. 381-387, 2013.

CRESWELL, J. W. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Revista ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, 2010.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p. 961-970, 2011.

DEGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

DESCHAMPS, A. L. P.; RODRIGUES, J. Política de saúde mental e Projeto Terapêutico Singular. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.17, p. 78-92, 2016.

DIAS, E. G. et al. Comportamentos de pacientes com Diabetes Tipo 2 sob a perspectiva do autocuidado. **Journal of Health Sciences**, Londrina, v.19, n.2, p. 109-113, 2017.

ERTHAL, T. C. **Manual de psicometria**. 8. ed. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2009.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1267-1276, 2006.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.4, p. 707-716, 2009.

FEITOSA, R. M. M. et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p. 821-829, 2016.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.38, n.2, p. 129-138, 2014.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. (Ed.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Penso, 2013.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p. 389-394, 2011.

FORMOZO, G. A. et al. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 124-127, 2012.

FURLAN, P. G.; AMARAL, M. A. O Método de Apoio Institucional Paideia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde: metodologia e resultados do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com ênfase na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec Abrasco, 2008. p. 4-23.

GARCIA, D. M; MATTOS-PIMENTA, C. A. Pain centers professionals' beliefs on non-cancer chronic pain. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v.66, n.2a, p. 221-228, 2008.

GARCIA, R. **Segmentação de mercado, estilos de vida, hábitos e valores pessoais: uma abordagem com público de alta renda**. 2013. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade FUMEC, Faculdade de ciências empresariais, Belo Horizonte, 2013.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. **Journal of Management & Primary Health Care [S.l.]**, v.5, n.1, p. 101-113, 2014.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 983-992, 2011.

GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p. 623-632, 2014.

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

GREENLAND, S. Response and follow-up bias in cohort studies. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v.106, n.3, p. 184-187, 1977.

GUANILO, M. C. L. C. U.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.5, p. 260-1266, 2011.

GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 38-43, 2009.

HADDAD, N. Alguns testes não paramétricos. In: HADDAD, N. (Org.). **Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde: Como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico**. São Paulo: Roca, 2004. p. 215-226.

HARTZ, Z. et al. Estratégia interinstitucional (IHMT/Fiocruz) para fortalecimento da capacidade avaliativa nos países da CPLP: foco nos estudos de implementação para avaliação do PECS. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, Lisboa, v.15, supl. 1, p. S81- S87, 2016.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.8, n.29, p. 274-284, 2013.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p. 3553-3559, 2014.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p. 3561-3571, 2014.

IBGE. **Cidades**. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=261160&search=pernambuco|recife|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Pain terms: A Current List with Definitions and Notes on Usage. In: MERSKEY, H.; BOGDUK, N. (Org.). **Classification of chronic pain descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. 2. ed. Seattle: IASP Press, 1994. p. 207- 214.

KOERICH, M. H. A. L. **O cuidado das pessoas com dor lombar crônica e o modelo de cuidado na atenção básica à saúde**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

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

LEITE, D. C.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 1167-1187, 2013.

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

LESSA, I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.8, n.71, p. 383-392, 2001.

LINHARES, J. H. et al. Análise das ações da fisioterapia do Nasf através do SINAI no município de Sobral-CE. **Cadernos da Escola de Saúde Pública**, Fortaleza, v.4, n.2, p. 32-41, 2010.

MACEDO, M. A. V. et al. Análise do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em município do nordeste brasileiro. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v.15, n.30, p. 194-211, 2016.

MAFRA, L. P. V. **A trajetória do NASF no município de Piraí: uma análise para além da gestão**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MAGNABOSCO, P. et al. Prevalence and control of hypertension: comparison between urban and rural population. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.21, esp.999, p. 1-8, 2017.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. São Paulo: Didática, 1991.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p. 1639-1648, 2006.

MARTINEZ, J. E. et al. Perfil de Pacientes com Queixa de Dor Músculo-Esquelética em Unidade Básica em Sorocaba*. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.6, p. 167-171, 2008.

MARTINS JUNIOR, T. et al. A residência multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-Ceará. **Sanare**, Sobral, v.7, n.2, p. 23-30, 2008.

MATA, M. S. et al. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 221-230, 2011.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.8, p. 2511-2521, 2015.

MAXWELL, J. A. **Qualitative Research Design**: an interactive approach. Thousand Oaks: Sage, 1996.

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

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v.52, p. 38-49, 2014.

MENDES, L. V. P.; EMMERICK, I. C. M.; LUIZA, V. L. Uso de medicamentos entre portadores de doenças crônicas: um estudo observacional no estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v.95, n.2, p. 732-747, 2014.

MENEGAZZO, I. R.; PEREIRA, M. R.; VILLALBA, J. P. Levantamento epidemiológico de doenças relacionadas à fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v.28, n.4, p. 348-351, 2010.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 137-174.

MERHY, E. E. A Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato: uma Questão Institucional e Território de Tecnologias Leves. In: MERHY, E. E. (Org.). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. p. 41-66.

MISHIMA, S. M. et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p. 148-156, 2010.

MOLINA, M. R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Santiago, v.39, n.6, p. 194-197, 2012.

MOURA, M. L. B. **Gestão da Saúde Mental na Rede do Distrito Sanitário VI e no CAPS David Capistrano – Recife-PE**. 2007. Dissertação (Mestrado profissional em Gestão Pública para o desenvolvimento do Nordeste) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. Pharmaceutical Services in Family Health Support Team: the Brazilian Experience. **Latino Americana Journal of Pharmacy** [S.l.], v.34, n.3, p. 598-601, 2015.

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

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

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

NASCIMENTO, M. H. M. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal**: Estudo de Validação. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2012.

NAVARRETE, M. L. V.; SILVA, M. R. F. Tema 5: Análise dos dados qualitativos. In: NAVARRETE, M. L. V. et al. (Org.). **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde**. Recife: IMIP, 2009. p. 97-110.

NOBRE, F. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.46, n.3, p. 256-272, 2013.

NÓBREGA, J. S. M. **Avaliação das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Macaíba/RN**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

OAKLEY, P; CLAYTON, A. **Monitoramento e avaliação do empoderamento (“empowerment”)**. São Paulo: Instituto Pólis, 2003.

OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas em Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec Abrasco, 2008. p. 263-272.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Geneva, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v.78, n.4, p. 413-426, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa, 2004a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **What is the evidence on effectiveness of capacity building of primary health care professionals in the detection, management and outcome of depression?** Geneva, 2004b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Using indicators to measure country pharmaceutical situations**: fact book on WHO level I and level II monitoring indicators. Geneva, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Primary Health Care**. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Department of Human Resources for Health. **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. Geneva, 2010.

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

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Santiago, v.25, n.5, p. 206-213; 1998.

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

PEREIRA, C. S. M. **Contributo para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade para a identificação de ganhos em saúde nas doenças crónicas**. 2008. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Governo de Pernambuco. **Guia de saúde/PE**: Guia de estabelecimentos e serviços de saúde (públicos e complementares). Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br/site/GuiaSaude/Index/download/GuiaSaude.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

PINHEIRO, S. R. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 687-707, 2002.

PIRES, M. R. G. M. et al. A utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: Problema de Saúde, Procedimentos e Escolha dos Serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.1, p. 211-222, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRATES, A. N. et al. Descrição dos tipos de atendimentos do NASF - Distrito Barreiro Belo Horizonte. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12., 2013, Belém. **Anais do CBMFC**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, 2013.

PRATES, J. C. A avaliação de políticas sociais e o enfoque misto na pesquisa. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 12., 2010, Rio de Janeiro. **Anais do ENPESS**. Rio de Janeiro: ENPESS, 2010.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v.44, n.3, p. 86-93, 2009.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Governo Municipal do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Recife, 2014.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed., Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REIS, D. C. et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p. 663-674, 2012.

REIS, M. L. et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.25, n.1, p. 1-9, 2016.

RESOLUBILIDADE. In: MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=resolubilidade>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

RIBEIRO, H. M. C. B. et al. Representações sociais de profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família sobre interdisciplinaridade. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 97-115, 2015.

RODRIGUES, C. C.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 235-255, 2012.

RODRIGUES, D. C. M.; BOSI, M. L. M. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.27, n.6, p. 735-746, 2014.

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

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

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.93, n.6, p. 672-678, 2009.

SALOMÃO, C. B. et al. Fatores associados a hipertensão arterial em usuários do serviço de promoção a saúde. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.17, n.1, p. 32-38, 2013.

SAMPAIO, J. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as acepções emergentes da prática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.17, n.1, p. 47-54, 2013.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.11, n.1, p. 83-89, 2007.

SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde CADRHU**. Natal: EDUFRRN; 1999. p. 387-400.

SANTANA, J. S. et al. Núcleo de apoio à saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 2362-2371, 2015.

SANTOS, J. E. **A dor que fala, a dor que cala**: sentidos e formas do sofrimento em usuários atendidos na atenção primária em saúde, Ceilândia – Distrito Federal. 2015. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

SANTOS, R. O. et al. Fatores que influenciam a baixa adesão masculina ao atendimento prestado pela estratégia de saúde da família sede II do município de Sítio do Quinto/BA. **Revista de Saúde UniAGES**, Bahia, v.1, n.1, p. 58-87, 2016.

SANTOS, W. P. **Influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde no processo de trabalho: perspectiva dos preceptores.** 2016. Dissertação (Mestrado profissional em ensino na saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF. **Journal Health Science Institute**, São Paulo, v.30, n.4, p. 411-418, 2012.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 2145-2154, 2010.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 580-588, 2004.

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

SILVA, A. L. et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p. 1033-1045, 2012b.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO H. Dificuldades em perceber o lado positivo da vida? Stress em doentes diabéticos com e sem complicações crônicas da doença. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v.3, n.22, p. 597-605, 2004.

SILVA, N. Ser adulto: alguns elementos para a discussão deste conceito e para a formação de professores de "adultos". **Millenium: Journal of Education, Technologies and Health**, Viseu, v.29, p. 282-290, 2004.

SILVA, P. H. G. S. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): análise dos indicadores do 2º ciclo da avaliação externa.** 2014. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SILVA, R. A. S.; OLIVER, F. C. Orientação teórica e os cenários de prática na formação de terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde: perspectivas de docentes. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v.24, n.3, p. 469-483, 2016.

SIMÉANT, S. Estudio de la capacidad resolutive de la demanda en atención de morbilidad a nivel primario (área urbana). **Cuadernos médicos-sociales**, Santiago, v.24, p. 156-169, 1983.

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

SINGH, J. Critical appraisal skills programme. **Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics**, Amritsar, v.4, n.1, p. 76-77, 2013.

SOÁREZ, P. C.; PADOVAN, J. L.; CICONELLI, R. M. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.7, n.27, p. 57-64, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.13, n.1, p. 6-61, 2010.

SOUSA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.10, n.3, p. 446-447, 2002.

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

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

SOUSA, F. O. S. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

SOUSA, L. K. et al. Perfil dos usuários atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Ananindeua (Pará-Brasil). **Revista Ciência e Saúde**, Rio Grande do Sul, v.4, n.2, p. 50-58, 2011.

SOUZA, M. C. et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.37, n.2, p.176-184, 2013.

SOUZA, M. C. et al. Fisioterapia, cuidado e sua práxis no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**, Paraná, v.16, n.2, p. 67-76, 2015.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v.16, n.1, p. 5-10, 2011.

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

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

STEWART, M. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. **The Journal of Family Practice**, New York, v.49, n.9, p. 796-804, 2000.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales**: a practical guide to their development and use. 4. ed. New York: Oxford University Press, 2008.

SUCUPIRA, A. C.; MENDES, R. Promoção da saúde: conceitos e definições. **Sanare**, Sobral, v.4, n.1, p. 7-10, 2003.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M; MARCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 121-136.

TASHAKKORI, A.; TEDLIE, C. **Handboock of mixed methods in the social e behavior science**. California: SAGE Publications, 2003.

TORRES, H. C. et al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.6, p. 751-756, 2010.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 581-589, 2002.

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

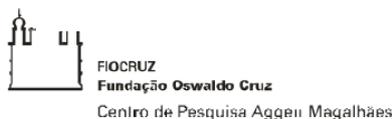
VIANA, A. L. A. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 577-606, 2006.

VIANA, S. O. et al. Perfil dos indivíduos avaliados em domicílio pela fisioterapia nas unidades básicas de saúde de Betim. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.16, n.3, p. 278-286, 2013.

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

WALSH, D.; DOWNE, S. Appraising the quality of qualitative research. **Midwifery**, Edinburgh, v.22, n.2, p. 108-119, 2006.

ZANELLO, V.; SILVA, R. M. C. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**, Brasília, v.20, n.2, p. 267-279, 2012.



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): PROFISSIONAL DE SAÚDE

Prezado(a) especialista,

Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada **“Resolutividade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Construção de um instrumento de medida para avaliação e monitoramento”** de autoria de Dinalva Lacerda Cabral, sob a orientação da professora Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque, vinculadas ao Instituto Aggeu Magalhães (IAM-Fiocruz/PE).

A pesquisa tem como objetivo construir indicadores e validar um instrumento para avaliação do processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e da resolutividade de suas ações na Atenção Primária à Saúde. Você foi selecionado(a), pois representa um sujeito fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o serviço ao qual representa.

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar participar de um grupo formado por especialistas para construção e validação de um instrumento de medida que objetiva avaliar e monitorar a resolutividade das ações do Nasf. Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre como vem se dando a implementação da proposta do Nasf e a sua avaliação, além da contribuição acadêmica.

Os dados qualitativos, coletados por meio de entrevista, serão gravados em áudio e transcritos para posterior análise do conteúdo. E os dados quantitativos, coletados com a aplicação do instrumento proposto, serão tabulados e posteriormente analisados pela equipe da pesquisa.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo no apoio a gestão e aos profissionais da saúde no que refere a organização e desenvolvimento do processo

de trabalho do Nasf na rede de atenção a saúde do Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, uma cópia deste termo de consentimento será fornecida ao Sr.(a) e a outra ficará em posse da pesquisadora. Caso sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com pesquisadora doutoranda Dinalva Lacerda Cabral ou com a sua orientadora Paulette Cavalcanti de Albuquerque pelo telefone (81) 2101-2500, e-mail: dinalvalacerda@hotmail.com ou no endereço do CPqAM.

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

Assinatura do Participante _____

Data:

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____

Av. Professor Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Campus da UFPE
Recife - PE - CEP: 50.670-420
Telefone: (81) 2101-2500/2101-2600 Fax: (81) 3453-1911
www.cpqam.fiocruz.br

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): USUÁRIO

Prezado(a) usuário,

Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “**Resolutividade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Construção de um instrumento de medida para avaliação e monitoramento**” de autoria de Dinalva Lacerda Cabral, sob a orientação da professora Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque, vinculadas ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM-Fiocruz/PE).

A pesquisa tem como objetivo construir indicadores e validar um instrumento para avaliação do processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e da resolutividade de suas ações na Atenção Primária à Saúde. Você foi selecionado(a), pois representa um sujeito fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o serviço de saúde ao qual está sendo acompanhado.

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar participar de avaliações sobre a sua condição de saúde, onde profissionais do Nasf irão aplicar de um instrumento de medida em três momentos distintos. Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre a resolutividade clínico-assistencial do Nasf, além da contribuição acadêmica.

Os dados coletados com a aplicação do instrumento proposto serão tabulados e posteriormente analisados pela equipe da pesquisa.

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

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, uma cópia deste termo de consentimento será fornecida ao Sr.(a) e a outra ficará em posse da pesquisadora. Caso sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com pesquisadora doutoranda Dinalva Lacerda Cabral ou com a sua orientadora Paulette Cavalcanti de Albuquerque pelo telefone (81) 2101-2500, e-mail: dinalvalacerda@hotmail.com ou no endereço do CPqAM.

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

Assinatura do Participante _____

Data:

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____

Av. Professor Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Campus da UFPE
Recife - PE - CEP: 50.670-420
Telefone: (81) 2101-2500/2101-2600 Fax: (81) 3453-1911
www.cpqam.fiocruz.br

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Autora.

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

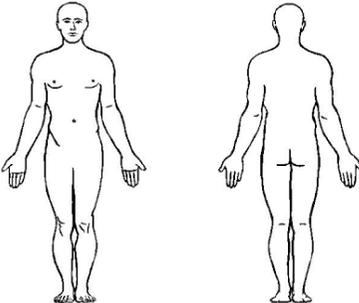
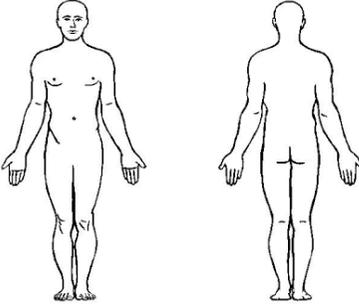
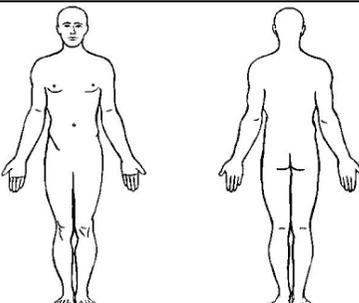
INSTRUÇÕES (espaço para registro dos profissionais): QUALIFIQUE, usando os códigos numéricos descritos abaixo (**QUALIFICADORES**), apenas as **ATIVIDADES/PARTICIPAÇÃO** em que o usuário avaliado apresente **ALGUM TIPO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL**. Caso alguma questão não esteja contemplada nas subcategorias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

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

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

PARTE 1: FUNCIONALIDADE

INSTRUÇÕES (espaço para registro da percepção do usuário/familiar ou cuidador): Considere as questões que são relevantes ao usuário e use os **CÓDIGOS** das categorias/subcategorias (**PARTE 1** – páginas 1 e 2). Peça ao usuário, familiar ou cuidador que **QUALIFIQUE** os problemas/queixas relatados (qualificadores descritos abaixo) e, se necessário, **DESCREVA-OS**. Por fim, faça o **SOMATÓRIO** (Σ) dos qualificadores.

COMPONENTE: FUNÇÕES E ESTRUTURAS DO CORPO (FE)		COMPONENTE: ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO (AP)	
QUALIFICADORES: 1= Comprometimento leve; 2= Comprometimento moderado; 3= Comprometimento grave; 4= Comprometimento muito grave ou total; 0= Não aplicável; 8= Problema não especificado.		QUALIFICADORES: 1= Dificuldade leve; 2= Dificuldade moderada; 3= Dificuldade grave; 4= Dificuldade muito grave ou total; 0= Não aplicável; 8= Problema não especificado.	
USUÁRIO, FAMILIAR OU CUIDADOR: Linhas destinadas ao registro da percepção do(s) problema(s)/queixa(s)	1ª AVALIAÇÃO (/ / / /) Σ Qualificadores:	Quando necessário, peça ao usuário que LOCALIZE o seu comprometimento na figura: <div style="text-align: center; margin: 20px 0;">  </div>	1ª AVALIAÇÃO Σ Qualificadores:
	2ª AVALIAÇÃO (/ / / /) Σ Qualificadores:	<div style="text-align: center; margin: 20px 0;">  </div>	2ª AVALIAÇÃO Σ Qualificadores:
	3ª AVALIAÇÃO (/ / / /) Σ Qualificadores:	<div style="text-align: center; margin: 20px 0;">  </div>	3ª AVALIAÇÃO Σ Qualificadores:

Fonte: Autora.

APÊNDICE D - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Participantes da oficina sobre o **Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Nasf** (FAM-RCaNasf).

Nome: _____

Profissão: _____

Local: _____

Data da realização: _____ **Horário:** _____

1- O que você entende por resolutividade?

2- Você considera importante avaliar e monitorar a resolutividade das ações do Nasf? Por quê?

3- Você acredita que o uso do instrumento proposto é pertinente/apropriado para medir a resolutividade das ações clínico-assistenciais do Nasf? Por quê?

4- Você aplicou o FAM- RCaNasf?

Se sim:

Quantas vezes?

Em quantas pessoas?

Se não: Por quê?

4.1- A aplicação do instrumento contribuiu em algo?

Se sim: Em que?

Se não: Por quê?

5- O que achou do instrumento, em relação à clareza do conteúdo?

() Fácil compreensão

() Razoável compreensão

() Complexa compreensão

() Muito complexa compreensão

Comentário(s):

5.1- Algo precisa ser melhorado para facilitar a clareza do conteúdo?

Se sim: O que você acha que precisa melhorar?

6- O que achou do instrumento, em relação à simplicidade para aplicação no trabalho do Nasf?

() Facilmente aplicável

() Razoavelmente aplicável

() Dificilmente aplicável

() Não aplicável

Por quê?

6.1- Algo precisa ser melhorado para permitir maior aplicação do instrumento pelas equipes do Nasf?

Se sim: O que você acha que precisa melhorar?

7- As categorias e subcategorias propostas pelo instrumento contemplam a variedade de situações ou casos que geralmente são acompanhados pelo Nasf?

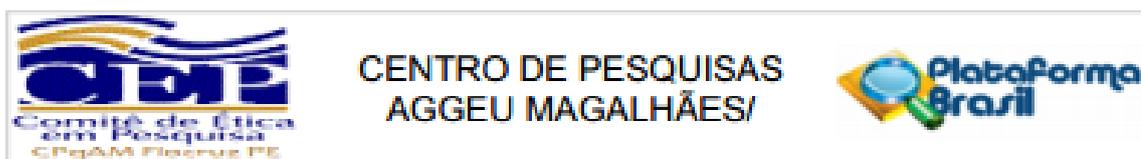
Se não: O que falta?

8- Você recomenda alguma modificação nas categorias ou subcategorias do instrumento?

Se sim: O que você mudaria?

Pesquisador responsável: _____

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53408516.1.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.815.740

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

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

Específicos:

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



CENTRO DE PESQUISAS
AGGEU MAGALHÃES/



Continuação do Parecer: 1.615.740

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram devidamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem estruturado e de relevância inquestionável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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