



DENICLARA BROCARDÓ

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF e sua Interface com Atenção Básica:
estudo a partir dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
Básica/ PMAQ

Rio de Janeiro
2018

DENICLARA BROCARDI

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF e sua Interface com Atenção Básica:
estudo a partir dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
Básica/ PMAQ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública em Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

Orientadora: Sheyla Maria Lemos Lima
Coorientadoras: Márcia Cristina Rodrigues Fausto e Carla Lourenço Tavares de Andrade

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B863n Brocardo, Deniclara.
O Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF e sua interface com
Atenção básica: estudo a partir dos dados do Programa de Melhoria do
Acesso e Qualidade da Atenção Básica/ PMAQ / Deniclara Brocardo.
-- 2018.
146 f. ; il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadoras: Sheyla Maria Lemos Lima, Márcia Cristina
Rodrigues Fausto e Carla Lourenço Tavares de Andrade.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Apoio Social.
4. Qualidade da Assistência à Saúde. 5. Acesso aos Serviços de Saúde.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12

DENICLARA BROCARDO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF e sua Interface com Atenção Básica:
estudo a partir dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
Básica/ PMAQ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública em Políticas, Planejamento, Gestão e Prática em Saúde.

Aprovada em: 01 de março de 2018.

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Eduardo Melo - Membro Interno
Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.^a Dr.^a Patty Fidelis de Almeida - Membro Externo
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Sheyla Maria Lemos Lima – Orientadora principal
Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2018

RESUMO

Criado em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) visa aumentar a resolutividade e o escopo das ações da Atenção Básica (AB). Composto por uma equipe multiprofissional, deve desenvolver atividades conjuntas com as equipes AB, de natureza técnico pedagógica e clínico assistencial por meio do apoio matricial, visando a integralidade do cuidado. O objetivo desse estudo foi analisar o trabalho do NASF no território brasileiro, considerando a integração entre as equipes NASF e AB, a partir de dados provenientes do segundo ciclo (2013-2014) da avaliação externa do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Os resultados encontrados apontam adequação quanto à infraestrutura, atividades de apoio matricial e atividades integradas com as equipes AB conforme as áreas estratégicas propostas pelo Ministério da Saúde. Porém carecem de maior atenção o monitoramento e análise de indicadores, a formação inicial e educação permanente e as atividades do componente singular (assistência farmacêutica, práticas integrativas e complementares e atenção à saúde do trabalhador).

Palavras-chave: NASF-Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PMAQ-Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade; AB-Atenção Básica.

ABSTRACT

The Family Health Support Center (NASF) was created in 2008 and it aims to increase the resolution and scope of Basic Care (AB) actions. Composed by a multiprofessional team, it should develop joint activities with the AB teams, technical pedagogical field and clinical care through the matrix support, aiming the integrality of care. The objective of this study was to analyze the work of NASF in Brazilian territory, considering the integration between the NASF and AB teams, based on data from the second period (2013 – 2014) in the external evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ). The results that were found agree with the adequacy of the infrastructure, matrix support activities and integrated activities with the AB teams according to the strategic areas proposed by the Ministry of Health. However, the monitoring and analysis of indicators, the initial training, the continuing education and the activities of the singular component (pharmaceutical assistance, integrative and complementary practices and worker's health) deserve attention.

Keywords: Family Health Support Center (NASF); National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ); Basic Care (AB).

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1. Número de equipes NASF conforme modalidade, Brasil, 2017.	32
Tabela 2. Distribuição das equipes AB e NASF implantadas no MS e que responderam a avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.....	55
Tabela 3. Espaços disponibilizados para o NASF realizar suas atividades, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.	57
Tabela 4. Disponibilidade de veículo para atender as necessidades do NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.....	58
Tabela 5. Disponibilidade de insumos necessários para a realização das ações do NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.	59
Tabela 6. Oferta de formação específica, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.....	61
Tabela 7. Oferta de educação permanente, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.....	62
Tabela 8. Temas abordados em educação permanente, Brasil, 2014. (N=1.774)	63
Tabela 9. Organização da coordenação do NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.	65
Tabela 10. Planejamento das ações do NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.	67
Tabela 11. Registro de informações, planejamento conjunto e autoavaliação, Brasil, 2014.	69
Tabela 12. Pactuação do cronograma de atividades pelas equipes AB/NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.....	70
Tabela 13. Organização da agenda, Brasil, 2014 (N=1.774).	71
Tabela 14. Organização do apoio matricial, segundo Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=1.774)	72
Tabela 15. Atividades de apoio matricial, Brasil, 2014 (N=1.774).....	73
Tabela 16. Monitoramento de PTS e de resultados da atenção compartilhada, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.....	74
Tabela 17. Gestão da demanda e da atenção compartilhada, Brasil, 2014 (N=1.774).	75
Tabela 18. Registro de atividades em prontuário comum com as equipes AB, segundo profissional do NASF, por Unidades da Federação, 2014.	76
Tabela 19. Atividades não registradas em prontuário comum, Brasil, 2014 (N=1.774).	77
Tabela 20. Ações voltadas para pessoas com doenças crônicas, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.....	78
Tabela 21. Ações de reabilitação e para pessoas com deficiências realizadas pelo NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.	79
Tabela 22. Ações do NASF voltadas para mulheres, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.	80
Tabela 23. Ações voltadas à saúde infantil, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.....	81
Tabela 24. Ações realizadas na atenção em saúde mental, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.....	82
Tabela 25. Realização de ações do componente singular, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=1.774).....	84
Tabela 26. Áreas do componente singular em que o NASF realiza ações, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=1.661).....	8:

Tabela 27. Ações de assistência farmacêutica, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.	87
Tabela 28. Ações voltadas à atenção nutricional, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.	89
Tabela 29. Ações voltadas à saúde do trabalhador, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.	91
Tabela 30. Ações voltadas ao apoio à organização do processo de trabalho das equipes, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.	92
Tabela 31. Profissionais do NASF que apoiam a equipe AB, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).	94
Tabela 32. Profissionais do NASF que apoiam a equipe AB, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).	95
Tabela 33. Adequação da composição das equipes às necessidades do território, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014. (N=17.157).....	97
Tabela 34. Disponibilidade da carga horária , segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014. (N=17.155).....	98
Tabela 35. Atividades conjuntas de planejamento entre NASF e AB, Brasil, 2014 (N=17.157)	99
Tabela 36. Acesso das equipes AB ao NASF, Brasil, 2014 (N=17.157)	99
Tabela 37. Modalidade de contato da equipe AB com o NASF, segundo as Grandes regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).....	100
Tabela 38. Atendimento em tempo adequado pelo NASF das solicitações de apoio para equipe AB, segundo profissional da AB, Brasil, 2014 (N=17.157)	101
Tabela 39. Periodicidade dos encontros dos profissionais do NASF com a equipe AB, segundo as Grandes Regiões e as Unidades Federativas, 2014 (N=17.157).	102
Tabela 40. Contato do NASF com equipe AB em situações imprevistas, Brasil, 2014 (N=17.157)..	103
Tabela 41. Ações de apoio matricial, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).	104
Tabela 42. Ações de apoio matricial, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).....	105
Tabela 43. Áreas que o NASF desenvolve atividades com a equipe AB, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).....	107
Tabela 44. Áreas que o NASF desenvolve atividades com a equipe AB, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).....	108
Tabela 45. Apoio do NASF para resolver as necessidades dos usuários, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).....	110
Tabela 46. Apoio do NASF para reduzir o número de encaminhamento realizado de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada, segundo Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)	111
Tabela 47. Apoio do NASF para qualificar os encaminhamentos necessários, segundo Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).....	112
Tabela 48. Apoio ofertado pelo NASF para lidar com problemas com os quais não lidava ou tinha dificuldade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação,2014 (N=17.157)	113
Tabela 49. Apoio para melhoria dos indicadores de saúde da população do território, segundo Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).....	114
Tabela 50. Ações de melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o NASF, segundo Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)	115
Tabela 51. Ampliação do acesso da população por meio da ampliação do escopo de ações ofertadas 1 UBS, segundo Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).....	116

Tabela 52. Nota atribuída ao NASF pela equipe AB, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).....	117
---	-----

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Evolução do Número de Equipes Saúde da Família no Brasil	25
Figura 2. Distribuição das equipes NASF no território brasileiro, 2017.....	32
Figura 3. Módulos Componentes do Instrumento de Avaliação Externa PMAQ	46
Figura 4. Equipes AB e NASF cadastradas no MS, respondentes ao PMAQ e consideradas no estudo, Brasil, 2014.	52
Figura 5. Notas atribuídas pelas equipes AB a atuação do NASF, segundo profissional da AB, Brasil, 2014.....	109

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1. Atributos da Atenção Primária a Saúde	21
Quadro 2. Normativas que orientam a organização e funcionamento do NASF.	30
Quadro 3. Variáveis do Módulo II e IV do instrumento de avaliação externa, existentes e selecionadas	47
Quadro 4. Questões de pesquisa, dimensões e perguntas do instrumento de avaliação externa	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CONTEXTUALIZAÇÃO	16
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – EVOLUÇÃO NO CONTEXTO INTERNACIONAL, CONCEITOS E ATRIBUTOS	16
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	23
2.3 NASF- NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	27
2.4 PMAQ – PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	36
3 METODOLOGIA	45
4 RESULTADOS	52
4.1 Disponibilidade de recursos físicos	56
4.2 Oferta de capacitação	60
4.3 Coordenação e Planejamento	63
4.4 Desenvolvimento do Apoio Matricial.....	71
4.5 Ações assistenciais a grupos prioritários	77
4.6 Outras ações assistenciais	83
4.7 Percepção da equipe AB sobre o trabalho da equipe NASF.....	93
5 DISCUSSÃO	118
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS	137

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é adotada em vários países como orientadora na organização dos sistemas e serviços de saúde, contribuindo para a melhoria de seu desempenho. Assumindo uma perspectiva abrangente, conforme preconizado na Conferência de Alma Ata em 1978, a APS busca enfrentar os determinantes sociais em saúde, ampliar o acesso e cobertura e promover a participação social, familiar e comunitária. Baseando-se nas necessidades da população, procura utilizar tecnologias apropriadas e recursos de forma eficiente, promovendo ações intersetoriais e visando proporcionar a integralidade da atenção.

No Brasil, a APS, tem sido fortalecida ao longo do tempo, ganhando papel de maior destaque em 1988, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1994, importante iniciativa neste sentido foi a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) que ganha visibilidade na agenda política, expandindo-se por todo o território brasileiro.

A seguir, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, a Estratégia Saúde da Família (ESF), assume papel central na organização do sistema de saúde no país, com a implantação de equipes de saúde responsáveis por determinados territórios e população adscrita. Compõe a equipe mínima da ESF o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Tendo em vista a composição multiprofissional das equipes e com o intuito de fortalecer e qualificar ainda mais as ações da AB, novas categorias profissionais foram introduzidas através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Seu papel é apoiar as equipes da AB no território, através do compartilhamento de saberes e práticas de saúde, sem constituir uma porta de entrada especializada no sistema de saúde. O trabalho do NASF é orientado pela lógica do apoio matricial e desenvolvido por meio do apoio clínico assistencial e técnico pedagógico às equipes AB, visando assegurar maior resolutividade e integralidade à AB. Pressupõe o atendimento compartilhado, discussão de casos e ações articuladas conjuntamente com a equipe apoiada, na tentativa de superar a cultura vertical, fragmentada e hierarquizada predominante no cuidado.

Outra estratégia adotada pelo MS para melhorar o acesso e qualificar a AB é o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Criado pela Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, tem como objetivo “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB”, garantindo um padrão de qualidade que possa ser comparável nacional, regional e localmente (BRASIL, 2012a).

O PMAQ é desenvolvido em ciclos e cada ciclo está organizado por fases de desenvolvimento: (1) adesão e contratualização; (2) desenvolvimento; (3) avaliação externa e (4) recontratualização. A fase de avaliação externa é realizada por Instituições de Ensino Superior, em parceria com o Ministério da Saúde/MS, que realizam observação in loco das Unidades Básicas de Saúde, entrevistando profissionais das equipes e usuários.

Apesar da ampliação da cobertura alcançada pela AB no SUS ainda persistem problemas que comprometem a integralidade da atenção, como a insuficiente coordenação e gestão do cuidado, e dificuldades relacionadas ao desenvolvimento do trabalho em equipe e ao encaminhamento dos pacientes da AB para os serviços especializados (BONALDI, 2007; CONILL, 2008; CUNHA; CAMPOS, 2011).

Embora alguns estudos apontem para a potência do trabalho em equipe promovido pela atuação conjunta das equipes NASF e AB, como facilitador da integralidade, são também identificadas fragilidades no que tange ao desconhecimento de ambas as equipes sobre a proposta do apoio matricial e o modo de trabalho a ser desenvolvido tal como proposto nas normativas do Ministério da Saúde (ANDRADE et al., 2012; FERRO et al., 2014; MOURA; LUZIO, 2014; SILVA, 2014).

Diante disso, esse estudo pretende caracterizar o trabalho das equipes NASF e conhecer a percepção que as equipes de AB têm sobre o trabalho do NASF, com o intuito de identificar limitações e potencialidades tendo em vista o alcance da integralidade da atenção. Os dados gerados pelo instrumento de coleta de informações do PMAQ, possibilitam a caracterização do trabalho do NASF e de sua interface com a AB.

Adicionalmente meu interesse em realizar essa pesquisa deu-se por minha atuação como fisioterapeuta da equipe NASF de Brunópolis, município do interior de Santa Catarina. Durante quatro anos, estive inserida na AB e acompanhei o processo de trabalho do NASF, suas potencialidades e fragilidades no desenvolvimento de ações conjuntas com a AB e outros setores da rede de atenção à saúde. Além disso, participei das duas autoavaliações do PMAQ que ocorreram no município, sendo que no primeiro ciclo apenas a equipe de AB participou e no segundo ciclo o NASF foi incluído.

Nesse mesmo período, surgiu a oportunidade de realizar o curso de pós-graduação em Saúde da Família, e posteriormente o curso de apoio matricial com ênfase nas equipes NASF. A partir de então pude conhecer melhor as diretrizes da política nacional de AB, os esforços para a consolidação da APS e seus benefícios para o sistema de saúde.

Embora existam vários estudos publicados sobre o NASF, a maioria deles trata da implantação das equipes e da inserção dos profissionais que o compõem. A produção científica sobre o tema ainda é incipiente, carecendo de maior investigação.

O estudo em questão pretende fornecer um diagnóstico do trabalho do NASF conjuntamente com a AB no território brasileiro, a partir dos dados provenientes da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ (2013-2014). Dessa maneira, pretende-se contribuir para o aprimoramento da AB em especial para a necessária atuação conjunta das equipes AB e NASF tendo em vista qualificar a atenção prestada à população.

Movida pela experiência particular como integrante da equipe NASF e motivada pelo tema, as seguintes questões de pesquisa foram formuladas após confronto com a bibliografia consultada:

1. Como o NASF se caracteriza no território brasileiro?
2. Como se realiza o apoio matricial pela equipe NASF nas dimensões técnico-pedagógico e clínico assistencial?
3. Quais as atividades realizadas pela equipe NASF, de forma conjunta com a equipe AB, que favorecem a integração entre AB e NASF?
4. Como as equipes de AB avaliam o trabalho das equipes NASF?
5. As ações do NASF estão em conformidade com o preconizado pelo MS?

A partir das questões elencadas o objetivo central desse estudo será analisar o trabalho do NASF no território brasileiro, considerando a integração entre as equipes NASF e AB. Como objetivos específicos enumeram-se:

1. Caracterizar as equipes NASF do ponto de vista de sua estrutura e organização do trabalho.
2. Caracterizar o apoio matricial desenvolvido pelo NASF nas dimensões clínico assistencial e técnico-pedagógica.
3. Identificar as ações desenvolvidas pela equipe NASF conjuntamente com a equipe AB que demonstram articulação entre as equipes e que possam favorecer a integração entre as equipes.
4. Sistematizar avaliação realizada pelas equipes AB sobre o trabalho das equipes NASF.
5. Analisar a conformidade das ações do NASF com o preconizado pelo MS.

A dissertação está organizada da seguinte forma: o referencial composto por elementos teóricos e conceituais sobre a APS internacional, a política da APS no Brasil, a proposta do NASF, suas características e diretrizes de atuação, e o PMAQ por ser a fonte de dados para a realização do presente estudo. Em seguida, descreve-se os passos metodológicos do estudo, os resultados encontrados, a discussão e, por fim as considerações finais.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – EVOLUÇÃO NO CONTEXTO INTERNACIONAL, CONCEITOS E ATRIBUTOS

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo discutida desde o início do século XX, ao longo do qual assumiu diversas interpretações, consolidando-se em alguns países como o primeiro nível de atenção à saúde.

No Relatório Dawson, 1920, encontram-se as primeiras referências de organização dos sistemas de saúde em redes regionalizadas. O relatório propõe a articulação de diferentes níveis de atenção, quais sejam: centros primários de saúde, secundários e os serviços suplementares e hospitalares. Ainda nesse relatório, estão presentes conceitos de territorialização, regionalização, oferta de cuidado integral, preventivos e curativos e coordenação do cuidado. O Relatório Dawson, pode ser considerado como um precursor da APS a partir da qual se organizam os sistemas de saúde, em especial os universais (STARFIELD, 2002; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O principal marco para a APS foi a Declaração de Alma Ata, formulada durante a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no Cazaquistão em 1978. Nessa conferência os determinantes sociais em saúde tiveram um papel de destaque para a conformação e institucionalização dos serviços de APS (OMS, 2008; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014).

O conceito de APS proposto em Alma Ata compreende:

“Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1991, p. 3).

Os princípios declarados em Alma Ata compreendiam uma visão abrangente da APS, capaz de ofertar serviços básicos, promover equidade no acesso, ação intersetorial, participação social e reestruturação dos sistemas de saúde a fim de alcançar qualidade na atenção. Denominada de cuidados primários em saúde, preconiza cuidado ampliado, integral e

que atenda a maioria dos problemas de saúde da população, devendo estar articulada com outros níveis de atenção do sistema de saúde, formando redes (STARFIELD, 2002; VIANA; FAUSTO, 2005).

A partir dessa Conferência, os países de todo o mundo foram incentivados a buscar uma solução cooperativa para os problemas de saúde tendo em vista maior igualdade social, principalmente nos países em desenvolvimento. Desde então, a APS foi adotada como uma estratégia organizadora dos sistemas saúde por alguns países com cobertura universal.

No entanto, houve discordâncias entre instituições, autores e formuladores de política a respeito da implantação da APS, principalmente em países com baixo desenvolvimento econômico e social. Na contramão da proposta feita em Alma Ata, que recomendava uma APS abrangente, foi amplamente difundida na América Latina, na África e em alguns países asiáticos, a implantação da APS seletiva, de baixo custo e focalizada em alguns problemas de saúde e grupos populacionais específicos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; VIANA, FAUSTO, 2005).

Mais tarde, nos anos 2000, com a Assembleia dos Povos sobre a Saúde, realizada em Bangladesh, e o lançamento da Carta dos Povos pela Saúde (que foi estruturada a partir das perspectivas de cidadãos e organizações populares de todo o mundo), os princípios da Conferência de Alma Ata voltaram a ganhar força e a luta pela saúde como garantia e direito iniciou um novo rumo (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

Aliado a isso, os documentos “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS, 2008) e o Relatório Mundial de Saúde, de 2008, “Atenção Primária à Saúde: Agora Mais do que Nunca” (OMS, 2008) reconheceram a atenção primária a saúde como de grande importância para organização e abrangência dos sistemas de saúde, devendo ser fortalecida em todos os países.

No documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS/OMS2008), observa-se uma revitalização da APS conforme o proposto em Alma Ata. Este documento, por sua vez, baseou-se em Vuori (1986) para classificar a APS. Assim, o documento apresenta quatro abordagens para classificar a APS. São elas:

- APS como atenção primária seletiva: compreendida como um programa específico, focalizado e destinado a populações e regiões pobres, que usa tecnologias de baixo custo e simples, que oferece profissionais com pouca qualificação e não fornece serviço de referência a outros níveis.

- APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde: funciona como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, responsável pelo primeiro nível de atendimento, resolutiva, de baixo custo econômico e que satisfaça as demandas da população.
- APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde: funciona como reordenadora dos recursos do sistema de saúde, articulando a APS como parte e responsável pela coordenação das redes de atenção a saúde.
- APS como filosofia: reconhece a saúde como direito humano, onde as políticas devem estar envolvidas na garantia e financiamento desses direitos. Nessa perspectiva a APS tem orientação para processos emancipatórios e reconhecimento do direito universal à saúde.

Nesse documento são relacionados alguns componentes que caracterizam o sistema de saúde baseado em APS, quais sejam: acesso e cobertura universal; atenção integral e continuada; ênfase na prevenção e promoção da saúde; oferta de atenção com base nas necessidades sociais e de saúde; orientação familiar e comunitária; organização e gestão otimizadas; servir como porta de entrada e primeiro contato; promover a equidade; ter recursos humanos apropriados; centrado em planejamento que disponha de recursos adequados e sustentáveis; ter enfoque comunitário e promover ações intersetoriais (OPAS/OMS, 2008).

Para Starfield (2002), a APS pode ser caracterizada por três abordagens: como programa seletivo, que oferece serviços restritos; como nível de atenção, sendo o primeiro contato ambulatorial e não especializado; como organizador do sistema de saúde e modelo assistencial.

Na concepção da autora, a APS é o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidade com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento no processo para a atenção continuada. Deve abordar os problemas mais comuns da comunidade, oferecer serviços de prevenção, cura e reabilitação, bem como coordenar e compartilhar a atenção com outros níveis dos sistemas de saúde, organizando e racionalizando o uso dos recursos existentes.

Merecem destaque os seguintes atributos propostos por Starfield (2002) para a APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar, enfoque comunitário e competência cultural.

O primeiro contato ou porta de entrada é o primeiro atendimento com o sistema de saúde. Aquele que vai orientar e conduzir o usuário dentro do sistema. Deve ser de fácil acesso, oportuno e realizado geralmente por um médico generalista ou da família. A APS

deve funcionar como filtro e garantir o acesso a outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Para Escorel et al. (2007), o serviço de primeiro contato pressupõe acessibilidade geográfica, que seja próximo e de fácil acesso; acessibilidade temporal, que possa ser utilizado pelo usuário sempre que houver necessidade e a cada novo caso, com possibilidade de encaminhar a outros níveis; e acessibilidade cultural, facilitada pela mediação entre o profissional de saúde que mora na comunidade e pertence ao mesmo grupo social atendido pelo o serviço de saúde

A longitudinalidade consiste em oferecer cuidados sem interrupção e ao longo do tempo, independentemente de presença ou ausência de doença. É assegurada pelo vínculo entre a equipe e o usuário, caracterizado por uma relação estável e duradoura. Uma relação de confiança exige tempo para se estabelecer entre os prestadores de serviços de saúde e a população, podendo ser mais positiva quando há respeito, compreensão e comunicação entre ambos. Assim, o relacionamento entre o paciente e o serviço de saúde é essencial na continuidade dos cuidados podendo identificar novos problemas de saúde e abordá-los precocemente (STARFIELD, 2002).

Integralidade¹ implica em assegurar um cuidado que oferte todas as ações e serviços necessários em qualquer nível de atenção compreendendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. É o reconhecimento da necessidade do usuário e oferta de recursos necessários, em qualquer nível de atenção. Isso significa tratar qualquer tipo de problema e em qualquer estágio, realizando para isso arranjos com outros serviços quando necessário (STARFIELD, 2002). Essa concepção de integralidade proposta por Starfield se aproxima da concepção de Hartz e Contandriopoulos (2004) que se refere à integração dos serviços através de redes assistenciais e o reconhecimento da interdependência entre os atores e as organizações.

¹ Aqui no Brasil o termo integralidade tem múltiplos significados. A integralidade é uma das diretrizes da AB, sendo considerada como ações articuladas de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, desenvolvidos por todos os profissionais da equipe, de forma multidisciplinar e interdisciplinar. Deve abarcar atendimentos programados e de demanda espontânea e ofertar cuidado integral do usuário.

Mattos (2004) sistematizou três sentidos para a integralidade: primeiro, como uma resposta governamental aos problemas de saúde da população, articulando ações preventivas e assistenciais; segundo, como organização dos serviços de saúde, ofertando acesso universal e igualitário aos usuários; terceiro, voltado às práticas de saúde concebendo uma visão ampliada das necessidades das pessoas e ofertando respostas adequadas ao contexto.

Conforme Arreaza e Moraes (2010), a integralidade é caracterizada pela sintonia entre a oferta de serviços, o contexto, o sujeito e os profissionais de saúde, de forma que as necessidades de saúde sejam atendidas em seu amplo espectro.

Coordenação do cuidado está relacionada à articulação entre os diversos serviços e ações de atenção à saúde, de modo a ofertar cuidado adequado e oportuno, conforme a necessidade apresentada pelo usuário (STARFIELD, 2002).

Para que a coordenação do cuidado seja efetivada é necessário que estejam estabelecidos na rede de atenção a definição de fluxos e funções dos serviços de saúde. Importante também é a disponibilidade e troca de informações sobre o paciente e o seu acompanhamento entre os profissionais que participam do cuidado. A coordenação é uma estratégia para assegurar a continuidade do cuidado e alcançar uma resposta integral, sem interrupções no interior da rede de serviços (ALMEIDA et al., 2010; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012; STARFIELD, 2002).

Para Giovanella (2008) a coordenação do cuidado deve guiar o usuário dentro da rede que o atende, servindo de ponte entre o primeiro nível e os serviços especializados. Reforça esta concepção Escorel et al. (2007), ao recomendar que a coordenação do cuidado garanta a continuidade da atenção ao longo da rede por meio da integração dos serviços, comunicação e troca de informações entre os profissionais.

Abordagem familiar é o reconhecimento da importância do núcleo e da dinâmica familiar para o restabelecimento da saúde. A equipe de APS deve conhecer os membros da família, compreender sua estrutura e seus problemas de saúde, para poder responder as necessidades de cada membro (STARFIELD, 2002).

Enfoque comunitário se refere ao conhecimento das necessidades de saúde da população considerando seu contexto social e econômico na definição do cuidado a ser ofertado. Através da identificação dos problemas de saúde que a comunidade apresenta a equipe de saúde deve fomentar a participação social em suas ações na tentativa de solucioná-los (STARFIELD, 2002).

A competência cultural é o reconhecimento da diversidade étnica, racial e cultural, considerando as características específicas de uma população definida (STARFIELD, 2002).

Tratando ainda da identificação de atributos da APS, Mendes (2012) acrescenta mais três: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A resolubilidade significa a capacidade da APS de resolver a maioria dos problemas de sua população, em torno de 85% ou mais. A comunicação atribui a APS a função de ordenar fluxos e contra fluxos das pessoas, produtos e informações dentro da rede. Por fim, a responsabilização diz respeito à

responsabilidade conferida à equipe de APS em conhecer o território sanitário, a população adstrita e responsabilizar-se por ela.

Ademais, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), incluiu a participação social como mais um atributo para a APS. Entendida como a participação de cidadãos e formuladores de políticas em discussões sobre valores sociais nos sistemas de saúde baseados em APS, considerando suas contribuições e reivindicações (OPAS, 2005).

Outro atributo citado por Mata e Ruiz (1993) é a intersectorialidade, representando o compartilhamento de ações por vários setores da sociedade (educação, trabalho e emprego, habitação, cultura, segurança, alimentação) que atuam na produção de saúde.

No quadro 1 encontram-se os atributos/dimensões propostos para a APS, segundo a literatura consultada.

Quadro 1. Atributos da Atenção Primária a Saúde

	Classificação	Atributo	Autor
ATRIBUTOS	ESSENCIAIS	Primeiro Contato	(STARFIELD, 2002)
		Longitudinalidade	
		Integralidade	
		Coordenação	
	DERIVADOS	Foco na família	
		Orientação comunitária	
		Competência Cultural	
	OUTROS	Resolubilidade	(MENDES, 2012)
		Comunicação	
		Responsabilização	
Participação Social		(OPAS, 2005)	
Intersectorialidade		(MATA & RUIZ, 1993)	

Fonte: A autora, 2018.

Há consenso entre diversos autores sobre a importância da APS como organizadora do sistema de saúde. Entretanto, há uma variabilidade de interpretações e abordagens na operacionalização da APS, sendo ajustada conforme o contexto político, econômico, cultural e social do país em que é empregada. Dessa forma, encontram-se diferentes arranjos de APS quanto à organização, ao financiamento, práticas realizadas e aos profissionais envolvidos. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006; VIANA; FAUSTO, 2005).

Em países europeus, a APS apresenta similaridades como: ênfase no primeiro nível de assistência ambulatorial, oferta de cuidados preventivos e curativos, função de filtro para outros níveis de atenção, acesso universal e gratuito e a centralidade na atenção individual. Um exemplo é o NHS (National Health Service), do Reino Unido que se caracteriza pela presença do general practitioner (GP) e o exercício da função de gatekeeper. A porta de entrada preferencial ao sistema de saúde é através do médico clínico geral (GP) que acompanha as famílias e direciona o caminho do paciente no sistema de saúde. O usuário deve estar inscrito num consultório que oferecerá o atendimento primário, e caso necessário, o GP o encaminha a outros níveis de atenção, funcionando como um filtro e evitando intervenções desnecessárias. Observa-se que na maioria dos países da União Europeia, a APS tem um caráter abrangente, igualmente ao proposto em Alma Ata, e que está presente nos países que implementaram políticas de saúde universais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012 ; GERVAS, 2007).

Diferentemente do que é encontrado na União Europeia, na América Latina, embora existam certas características de uma APS integral como: territorialização, equipe multidisciplinar, componente familiar e comunitário e participação social, a função filtro é incipiente, a conformação de redes assistenciais é incompleta e há problemas de acesso para a atenção especializada. A APS se estabelece de maneira heterogênea entre os países da região, apresentando baixa cobertura populacional e segmentação da oferta que está condicionada às modalidades de proteção social (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

Outra diferenciação que merece destaque é a diversidade de arranjos para composição das equipes. Gérvas (2008) aponta que a presença de outras categorias profissionais, além do médico generalista, é tendência em alguns países europeus (Espanha, Finlândia, Grécia, Portugal e Suécia), aumentando a capacidade resolutiva da APS e potencializando a cooperação interdisciplinar.

Algumas equipes são basicamente compostas por médicos da família ou clínicos gerais. O médico generalista é o profissional de primeiro contato presente em 11 países da União Europeia, entre eles Espanha, Itália, Portugal, Irlanda, Dinamarca e Holanda. Na Inglaterra e na Holanda outros profissionais fazem parte da equipe da APS como os visitantes domiciliares, educadores de saúde, massagistas, fisioterapeutas e parteiras. Podem compor ainda as equipes, dentistas, farmacêuticos, terapeutas, psiquiatras e psicólogos (GÉRVAS, 2008; GIOVANELLA, 2008; SCHÄFER et al, 2011).

Na América Latina as equipes são multiprofissionais, geralmente compostas por médicos, enfermeiros e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, e alguns países agregam os

agentes comunitários de saúde. No Chile há presença de assistente social, matrona (mulher que faz acompanhamento de parto e puerpério) e monitores voluntários da comunidade. Na Guiana, além do médico e enfermeiro, compõe a equipe parteira, assistente de laboratório, auxiliar de farmácia, assistente odontológico, assistente de reabilitação e assistente de saúde ambiental (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2017).

No Brasil, historicamente a conformação da equipe permitiu uma diversidade de arranjos, havendo a presença de várias especialidades médicas (médicos ginecologistas, pediatras, psiquiatras). O Ministério da Saúde preconiza que uma equipe mínima de APS, nos moldes da Saúde da Família, deve dispor pelo menos de médico generalista, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de equipe de Saúde Bucal, composta por odontólogo, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Mais recentemente houve a introdução de outras categorias profissionais que compõem uma equipe de apoio (NASF), ampliando os profissionais que podem compor as equipes.

Em suma, o fortalecimento da APS tem sido foco em muitos países. Há vários estudos internacionais e nacionais que apontam resultados positivos a partir da atuação da APS. Macinko, Starfield e Shi (2003) referem maior acesso aos serviços necessários, melhor qualidade dos cuidados, maior foco na prevenção e redução de cuidados especializados desnecessários. Kringos et al (2010) e Starfield (2002) apontam para maior equidade no sistema de saúde em geral, uma vez que a APS busca solução para as necessidades de saúde da população, referenciando a outros níveis. Para Saltman, Rico e Boerma (2006) quando existe uma APS forte, a prestação de atenção em saúde se torna mais eficaz. Mendes (2012) afirma que uma APS efetiva pode reduzir a mortalidade por mortes prematuras, doenças respiratórias e cardiovasculares.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, ações de APS são anteriores à Conferência de Alma Ata e contavam com o apoio de organismos internacionais. Caracterizava-se como uma APS seletiva e focalizada, ofertando ações de saúde a grupos específicos, direcionada a populações carentes e funcionando de forma desarticulada com outros níveis de atenção (FAUSTO, 2005; GIOVANELLA, 2008).

Após a Conferência de Alma Ata, os princípios de APS abrangente subsidiaram mudanças nos sistemas de saúde em muitos países. No Brasil, o movimento da reforma

sanitária foi responsável por difundir essa visão e fomentar a reforma do sistema de saúde, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Desde então a APS passou a organizar os serviços de saúde e reformular o modelo de assistência pública à saúde. O modelo de APS abrangente passa a caracterizar o sistema, tendo como princípios a universalidade, equidade e a integralidade. O termo Atenção Básica (AB) foi assumido pelo governo federal com o mesmo sentido que APS (BRASIL, 2012b).

No início da década de 90, dois programas podem ser citados como base para a reorganização da APS no país: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). O PACS surgiu no Nordeste e visava combater a mortalidade materna e infantil. Baseado nessa experiência surgiu o PSF, que desenvolvia ações voltadas às famílias e comunidade, composto por equipe multiprofissional, responsável por uma população adstrita, num determinado território. Com sua expansão pelo país, o programa ganhou uma nova interpretação e passou a ser considerado estratégico para reorganização dos serviços de atenção básica, nos moldes da estratégia Saúde da Família (SF). A expectativa era de substituição do modelo ambulatorial anterior, com a perspectiva de integração dos serviços AB funcionando como porta de entrada da rede assistencial do SUS (MENDES, 2012).

Destaca-se a Norma Operacional Básica (NOB/1996) como indutora da adesão dos municípios ao PSF. A NOB/96 mudou a forma de transferência dos recursos, que até então era por procedimentos e passou a ser per capita, composto de dois componentes: o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e o PAB variável. Os municípios que desenvolvessem ações básicas de saúde recebiam o PAB fixo e aqueles que aderissem ao SF receberiam o PAB variável. A partir de então, o PSF deixa de ser considerado um programa e passa a ser considerada estratégia prioritária para a expansão da APS no Brasil, ampliando a dimensão da Saúde da Família (SF) (FAUSTO, 2005; HEIMANN, MENDONÇA, 2005; PAIM, 2008; VIANA; DAL POZ, 2005).

Outro marco para a APS no país, ocorreu em 2006, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa política proporcionou as diretrizes para a reorientação do modelo assistencial na AB, incorporando os atributos da APS propostos por Starfield (SAMPAIO, 2008).

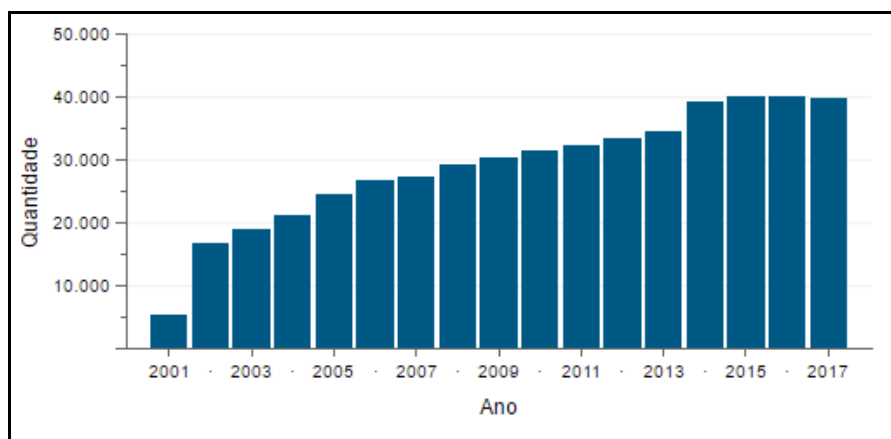
A Atenção Básica é definida como um conjunto de ações de saúde que visa prevenir, proteger, diagnosticar e tratar os indivíduos e a coletividade. Atua como porta de entrada e primeiro nível de atenção e articula-se com os demais níveis de atenção. Dever ser resolutiva e prestar atendimento integral aos usuários, fazendo parcerias com outras organizações.

Composta por uma equipe multiprofissional, com médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal (BRASIL, 2006).

Revisada em 2011, a PNAB reitera a visão de APS ampliada e acrescenta novas propostas, entre elas: o componente de qualidade (PMAQ) no financiamento - PAB variável; mudanças de carga horária para inserção de médicos na AB; inserção de novas categorias profissionais compondo os núcleos de apoio à saúde da família (NASF); equipes de saúde da família com características próprias (ribeirinha, fluvial e consultório na rua) (BRASIL, 2012b).

Com adesão gradativa dos municípios a ESF passou de 1.265 municípios em 2001, para 4.664 municípios em 2004. E atualmente está presente na maior parte dos municípios brasileiros. Entre os anos de 2001-2017 observa-se um crescimento de 74% do número de equipes SF implantadas no país (BRASIL, 2010; 2017). Conforme a figura 1 é possível observar a evolução da implantação da ESF no Brasil.

Figura 1. Evolução do Número de Equipes Saúde da Família no Brasil



Fonte: SAGE-Sala de Apoio à Gestão Estratégica/Ministério da Saúde.

Apesar da expansão da ESF, o Ministério da Saúde, com base em estudos já realizados, reconhece que ainda persistem dificuldades na AB, como: o estabelecimento da AB como ordenadora da rede de atenção, a capacidade efetiva de gestão do cuidado e o asseguramento da resolutividade, continuidade, coordenação e integralidade das ações do cuidado em saúde (BRASIL, 2014).

Estudo realizado por Lima (2016) utilizando dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ) identificou que os atributos de APS nas unidades básicas de saúde (UBS) brasileiras, se apresentam de forma heterogênea por entre as

diferentes regiões de saúde do país, refletindo a desigualdade social existente. O atributo primeiro contato apresentou os melhores resultados, e os atributos coordenação e competência cultural apresentaram os piores resultados, dentre os demais atributos. Além de persistirem barreiras organizacionais para o acesso, comunicação e integração entre as redes de serviços.

Outros estudos identificaram como dificuldades: garantia do acesso, longitudinalidade e integralidade; a falta de eficácia e efetividade dos serviços de saúde; desigualdade e desumanização dos serviços; baixa capacidade resolutiva das ações de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2014; GARNELO et al., 2014; MERHY, 1997).

Ao identificar vários problemas e reconhecendo o potencial de atuação da AB, o Ministério da Saúde vem implantando uma série de medidas a fim de ampliar a capacidade resolutiva da AB, melhorar o acesso e a qualidade da atenção prestada e expandir um modelo de organização da APS no país em consonância com as diretrizes do SUS. Dentre as iniciativas destacam-se no período recente os esforços para ampliar a capacidade resolutiva das equipes AB com o fortalecimento do NASF; a indução de medidas para a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, por meio da instituição de processos contínuos de avaliação de qualidade (PMAQ); estímulo e apoio financeiro para reforma, ampliação e construção de unidades básicas de saúde com vistas a promover condições adequadas para o desenvolvimento das ações em saúde na AB (Programa Requalifica UBS); e incentivo financeiro para o provimento de médicos em áreas prioritárias do SUS, formação de médicos e melhoria da infraestrutura na AB (Programa Mais Médicos).

Em 2017 foi aprovada a nova PNAB que estabelece algumas mudanças, dentre elas destacam-se: flexibilização da carga horária dos profissionais, novas conformações de equipes e redução do número de agentes comunitários de saúde (anteriormente eram no mínimo 4, agora passa a ser um ACS por equipe SF), renomeia o NASF (anteriormente Núcleo de Apoio à SF), agora núcleo ampliado de SF e AB (Nasf-AB), recomenda a inclusão de um gerente de AB. Está sendo criticada por vários estudiosos da AB, por enfraquecer a ESF e reduzi-la a apenas uma modalidade de equipe de atenção, comprometendo a integralidade e qualidade da atenção (ABRASCO; ENSP; CEBES, 2017; PINTO, 2017).

No presente estudo será utilizado o termo equipe de Atenção Básica (equipe AB), independente do arranjo organizacional adotado no serviço de atenção básica.

2.3 NASF- NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 com o propósito de fortalecer e ampliar as ações e cuidados ofertados na Atenção Básica (AB). É constituído por uma equipe multiprofissional que deve atuar de maneira integrada e colaborativa com as equipes de saúde da família (SF), equipes de AB para populações específicas e academias de saúde. O NASF articula à equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) outros profissionais com núcleos de conhecimento/especialidades que podem atuar na AB na perspectiva do apoio matricial (BRASIL, 2008, 2014).

Este arranjo profissional não é observado em outros sistemas de saúde que têm a APS como porta de entrada e organizadora da atenção. Apenas na Espanha é encontrado um modelo próximo ao brasileiro, onde a APS conta com uma equipe de “especialistas consultores” para qualificar suas ações (ALMEIDA et al., 2013).

O NASF é integrante da AB e faz parte da diretriz nacional para a organização da AB. Seu objetivo é aumentar a qualidade e a resolutividade da AB, por meio da ampliação das ações de cuidado, dando suporte e intervindo sobre problemas e necessidades de saúde. Deve atuar no território de responsabilidade dessas equipes e contribuir para a organização da rede de cuidado, favorecendo a coordenação e a integralidade do cuidado. Portanto, o NASF pode ser caracterizado como ‘retaguarda especializada’ para a AB, ao ofertar equipe de especialistas para apoiar a equipe de referência no território. Não se constitui como porta de entrada, mas reitera a AB como porta preferencial de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2008; 2014).

As mesmas diretrizes que orientam o trabalho da AB norteiam o trabalho do NASF, quais sejam: integralidade, cuidado longitudinal e proximidade com a população. O NASF ao considerar o contexto social, familiar e cultural, auxilia no combate à fragmentação do cuidado e a focalização em aspectos individuais, contribui na discussão e qualificação das ações realizadas em conjunto com a AB (BRASIL, 2008; 2014).

As categorias profissionais que podem compor o NASF são: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja,

profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduação diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014).

A composição da equipe NASF deve ser definida pelo gestor municipal, de acordo com as necessidades identificadas no território, o perfil epidemiológico e as condições socioeconômicas da população. Visto que as equipes AB conhecem o território onde atuam, sugere-se que esses profissionais participem junto com a gestão da escolha das categorias profissionais que irão compor o NASF (BRASIL, 2009).

A equipe NASF pode estar vinculada a um número variável de equipes AB (de uma a nove, conforme o tipo de NASF, 1, 2 ou 3) localizadas próximas geograficamente. Não há um número fixo de profissionais por equipe, apenas a carga horária mínima para cada tipo de NASF é definida pela portaria (BRASIL, 2014).

Desde a sua formulação até o presente momento, o NASF passou por mudanças no seu desenho original. Essas mudanças estão relacionadas à: composição dos profissionais da equipe; número e equipes de AB vinculadas/apoiadas pela equipe NASF; flexibilização da carga horária dos profissionais; extinção do NASF intermunicipal (essa modalidade era destinada aos municípios que não se enquadravam na regulamentação da portaria através da criação de consórcios intermunicipais); aumento dos incentivos financeiros repassados do Ministério da Saúde para os municípios com equipe NASF implantada.

Inicialmente foram previstos dois tipos de NASF (1 e 2) e em 2010, um terceiro tipo foi proposto a fim de promover a atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas em municípios com população menor que 20 mil habitantes. Em 2011, o NASF 3 foi extinto e as equipes reclassificadas como NASF 2. Em 2012, uma nova mudança reduziu o número de equipes AB vinculadas a cada NASF, aumentou os incentivos financeiros repassados e recriou a modalidade NASF 3 (BRASIL, 2008, 2010, 2011a, 2012a).

Em setembro de 2017 a PNAB foi revisada e na atual política o NASF, agora denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) mantém sua atuação integrada às equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB), porém deve prestar serviços diretos à população. A mudança de nome implicou em uma mudança de ênfase. A primeira Portaria de 2008 enfatiza o trabalho do NASF articulado com as equipes AB apoiadas, priorizando o apoio matricial. Com a PNAB de 2011, abre a possibilidade de atendimento direto ao usuário, embora continue sendo prioritário o atendimento compartilhado e interdisciplinar com a equipe apoiada. Agora com a atual PNAB (2017), a ênfase se desloca para o atendimento individual sem, entretanto, deixar de considerar o apoio.

O quadro 2 sintetiza as principais alterações na forma de organização e funcionamento dos NASF no país.

Quadro 2. Normativas que orientam a organização e funcionamento do NASF.

Normativas / Conteúdo	Tipos de NASF e número de equipes AB vinculadas	Carga horária e número de profissionais da equipe NASF	Categorias profissionais
<p>Portaria nº 154 de 24/01/2008, republicada em 4 de março de 2008.</p> <p>Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF</p>	<p>NASF 1: no mínimo 08 e no máximo a 20 equipes de SF</p> <p>NASF 2: no mínimo 03 a 07 equipes de SF</p>	<p>NASF 1: 40 horas semanais; 5 profissionais.</p> <p>NASF 2: 40 horas semanais; 3 profissionais.</p> <p>*com exceção do médico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional que podem ter 2 profissionais com 20h cada.</p>	<p>NASF 1: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.</p> <p>NASF 2: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.</p> <p>*Apenas o NASF 1 tem a categoria médica</p>
<p>Portaria nº 2.843, de 20/09/2010. (revogada pela Portaria MS/GM nº 2488, de 21/10/11).</p> <p>Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Modalidade 3 – NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.</p>	<p>NASF 1: 8 a 20 equipes vinculadas</p> <p>NASF 2: Mínimo 3 equipes vinculadas</p> <p>NASF 3: Mínimo 4 e no máximo 7 equipes vinculadas.</p>	<p>NASF 1: 40 horas semanais; 5 profissionais.</p> <p>NASF 2: 40 horas semanais 3 profissionais</p> <p>NASF 3: 3 profissionais; carga horária de 40 horas semanais.</p>	<p>Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional;</p>
<p>Portaria nº 2.488, de 21/10/2011</p> <p>Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)</p> <p>*Inclusão de novas categorias profissionais, que podem chegar a um número máximo de 19 ocupações não coincidentes.</p>	<p>NASF 1: 8 a 15 equipes vinculadas</p> <p>NASF 2: Mínimo 3 a 7 equipes vinculadas</p> <p>NASF 3 : extinto por essa Portaria</p> <p>*Suprime NASF 3, tornando-o NASF 2.</p>	<p>NASF 1: a soma das cargas horárias semanais deve acumular no mínimo, 200 horas semanais.</p> <p>NASF 2: a soma das cargas horárias semanais deve acumular no mínimo, 120 horas semanais.</p> <p>*Nenhum profissional pode ter carga horária inferior a 20 horas semanais.</p>	<p>Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.</p>
<p>Portaria nº 3.124, de 28/12/2012</p> <p>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.</p> <p>*Cria a modalidade NASF 3</p>	<p>NASF 1: 5 a 9 equipes vinculadas</p> <p>NASF 2: 3 a 4 equipes vinculadas</p> <p>NASF 3: 1 a 2 equipes vinculadas</p>	<p>NASF 1: a soma das cargas horárias semanais deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais</p> <p>NASF 2: a soma das cargas horárias semanais deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais;</p> <p>NASF 3: a soma das cargas horárias semanais deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais;</p> <p>*Nenhum profissional poderá</p>	<p>Idem anterior</p>

		ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas;	
Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Nova denominação: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)	Idem	Idem	Idem

Fonte: BRASIL, 2008, 2010, 2011, 2012, 2017.

Desde a sua criação, o credenciamento do NASF apresentou uma evolução considerável em todo o país. Em 2008, havia 395 equipes NASF. Em 2012, com a PNAB, o crescimento das equipes é quadruplicado.

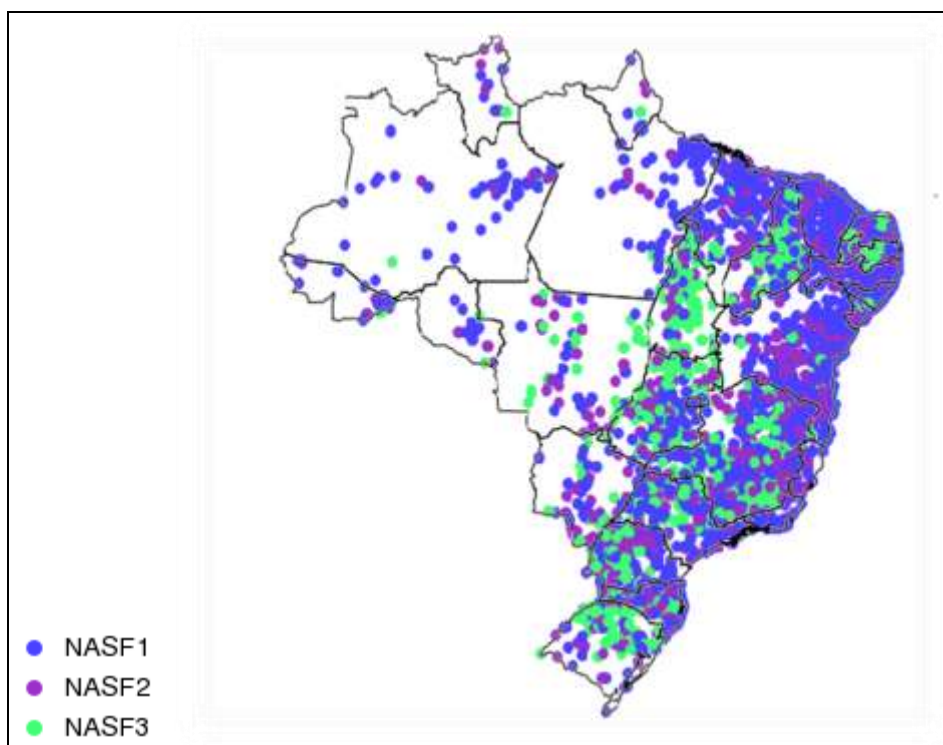
Na Tabela 1 são apresentados o número e as modalidades de equipes NASF a partir de 2008 e na Figura 2, a distribuição das equipes NASF no território brasileiro.

Tabela 1. Número de equipes NASF conforme modalidade, Brasil, 2017.

Ano	NASF 1	NASF 2	NASF 3	Total
2008	369	26	-	395
2009	866	86	-	952
2010	1159	127	-	1286
2011	1408	156	-	1564
2012	1536	393	-	1929
2013	1864	552	351	2767
2014	2322	767	809	3898
2015	2434	851	1003	4288
2016	2506	875	875	4256

Fonte: SAGE - Sala de Apoio a Gestão Estratégica / Ministério da Saúde. O traço (-) representa zero conforme as regras do IBGE.

Figura 2. Distribuição das equipes NASF no território brasileiro, 2017.



Fonte: SAGE - Sala de Apoio a Gestão Estratégica / Ministério da Saúde.

As atividades do NASF podem ser desenvolvidas no âmbito individual e/ou coletivo, e contemplar as seguintes áreas estratégicas: atividade física / práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação e a saúde integral de pessoas idosas, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, do adolescente e do jovem, saúde da mulher, assistência farmacêutica (BRASIL, 2014).

A formulação presente nas normativas sobre o funcionamento do NASF se apoia no referencial teórico-metodológico do apoio matricial, que consiste em uma estratégia de organização do trabalho a partir da atuação integrada entre especialista e generalista (CAMPOS, CUNHA, FIGUEIREDO, 2013; MENDES, 2015).

O apoio matricial é definido como suporte técnico especializado ofertado pela equipe de apoio para as equipes de referência com intenção de ampliar o campo de atuação e qualificar as ações das equipes apoiadas. A equipe de referência é aquela que é responsável por uma determinada clientela e com a qual deve estabelecer vínculo e realizar o acompanhamento. A equipe de apoio é aquela que atua no campo e tem conhecimentos, práticas e responsabilidades nucleares de atuação. Entende-se aqui, a equipe de referência como as equipes SF e AB, e como equipe de apoio, o NASF. Ou seja, o apoio matricial permite distinguir os casos e situações que necessitam do acompanhamento da equipe de referência, daqueles que necessitam de uma atenção especializada (atendidos pelos próprios apoiadores matriciais ou encaminhados a outros serviços especializados) (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial visa oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, sendo essas as duas dimensões recomendadas pelo MS para o desenvolvimento do trabalho do NASF junto às equipes AB.

A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica individual ou compartilhada para atendimento direto dos usuários ou famílias, devendo ser realizada sempre por encaminhamento das equipes de AB, com discussão e negociação entre os profissionais responsáveis pelo caso. A dimensão técnico-pedagógica busca promover ações de educação permanente com e para as equipes AB apoiadas, através de discussões de casos, compartilhamento de saberes e intervenções conjuntas contribuindo para a resolução de problemas de saúde. Desse modo, as ações do NASF são direcionadas tanto para os usuários como para as equipes de referência (BRASIL, 2009; 2014; CUNHA; CAMPOS, 2011).

O apoio matricial promove compartilhamento de saberes, intervenções complementares e integração de diferentes profissionais, ampliando a capacidade de cuidado das equipes. Além de contribuir para uma atenção mais integral e menos fragmentada, o apoio

matricial propõe-se a introduzir mudanças na atenção à saúde, como: atender as demandas de maior necessidade e vulnerabilidade; promover articulação coresponsabilização entre profissionais; reduzir o número de encaminhamentos às especialidades; estimular a comunicação entre diferentes serviços e profissionais (DIMENSTEIN et al., 2009).

O apoio matricial pode ser operacionalizado por meio da utilização das seguintes ferramentas: trabalho com grupos, projeto terapêutico singular (PTS) e consulta compartilhada. O trabalho em grupo busca envolver, por meio do trabalho coletivo, usuários e a própria equipe em ações compartilhadas e colaborativas de educação em saúde, visando fortalecer e desenvolver a autonomia, a participação e a coresponsabilização entre os envolvidos. O PTS consiste em um plano detalhado de intervenções e responsabilizações específicas do profissional da equipe de referência, do NASF, do usuário e ou do familiar, pactuado entre eles, a ser utilizado em situações complexas e após a identificação das necessidades de saúde existentes. A consulta compartilhada possibilita a atuação conjunta do profissional do NASF e da AB no atendimento do paciente/família, promovendo discussão do caso antes, durante e após o atendimento, de modo a ampliar a capacidade de cuidado das equipes AB (BRASIL, 2014).

Outras modalidades de atuação do NASF são: discussão de casos, atendimentos e visitas domiciliares compartilhados, articulação de ações dentro da rede de atenção à saúde e qualificação de encaminhamentos para a atenção especializada (BRASIL, 2014).

Em suma, a atuação do NASF visa ampliar a oferta de ações em saúde, estimular a troca de conhecimentos, com foco na promoção da saúde e ofertar novas alternativas de trabalho/atendimento às equipes e aos usuários. Cabe ressaltar que, o apoio ofertado tanto às equipes AB quanto ao próprio usuário, procura envolver a rede e facilitar a construção de projetos terapêuticos (ALMEIDA, 2016; PATROCÍNIO, 2012; SILVA, 2012).

Estudos realizados sobre o NASF apontam para as potencialidades e contribuições do NASF na resolução e qualificação da AB, a partir da atuação conjunta e integrada na AB. Ainda como aspectos positivos destacam-se: a inserção de novas categorias profissionais na AB; articulação e troca de saberes entre NASF e AB; trabalho em equipe; discussão de casos; melhoria na qualidade da assistência prestada; ações compartilhadas no território; apoio a gestão (PASQUIM; ARRUDA, 2014; PATROCÍNIO, 2012).

Outra potencialidade encontrada por Panizzi (2015) refere-se aos atributos da APS (cuidado longitudinal do usuário, integração e coordenação entre serviços de saúde e a articulação intersetorial) fortalecidos nas equipes AB apoiadas pelo NASF.

A mudança implementada pelo NASF no processo de trabalho e na produção do cuidado, através de decisões compartilhadas e pactuadas com a AB, é capaz de ampliar e intensificar as ações das equipes AB, contribuindo para o alcance da integralidade do cuidado e da resolutividade da AB (SILVA et al., 2012; VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015).

Embora a expansão do NASF pelo país tenha sido expressiva e alguns estudos apontem para o aperfeiçoamento das equipes AB proporcionada pela nova proposta de trabalho, existem fragilidades em sua operacionalização.

Pesquisa realizada por Sampaio et al. (2012) e Patrocínio (2012) apontam para as diferentes formas de implantação e operacionalização do NASF, em virtude de lacunas existentes na portaria ministerial e do processo de descentralização da política de atenção básica brasileira.

Outro achado que merece destaque é a falta de clareza dos profissionais quanto ao modo de operar o apoio matricial. A predominância de aspectos assistencialistas na formação dos profissionais, em parte pode explicar que, em alguns municípios brasileiros, o trabalho do NASF tenha um caráter mais assistencial que de apoio (PATROCÍNIO, 2012; ALMEIDA, 2016).

Ademais, outras fragilidades do NASF são mencionadas tais como: acúmulo de atividades pela equipe NASF; comunicação deficiente entre NASF e AB; conciliação das agendas; cargas horárias insuficientes; excesso de equipes para apoiar; infraestrutura inadequada, falta de materiais e carência de discussão sobre o processo de trabalho entre equipes NASF e ESF (PASQUIM, ARRUDA, 2013; PATROCÍNIO, 2012; SILVA, 2014).

Para Nascimento (2014), a mudança organizacional proposta pelo NASF é o seu principal desafio ao mesmo tempo em que também é sua essência.

Diante do exposto, evidencia-se que desde sua origem a proposta do NASF vem ao encontro de uma concepção ampliada de saúde, procurando vencer dificuldades presentes na AB, ou seja, dificuldades de desenvolver o trabalho em equipe, na gestão e na organização, e integração dos serviços de atenção básica com outros níveis de atenção. Através do apoio matricial, introduz um novo modo de desenvolver o trabalho em saúde, procurando qualificar a AB, aumentar o escopo de suas ações e aumentar sua resolutividade.

Por se tratar de um dispositivo relativamente novo, o NASF ainda enfrenta desafios próprios de sua implementação e amadurecimento enquanto política mas é considerado por vários autores como um disparador de mudanças na atuação dos profissionais e no modo de produzir saúde.

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

A avaliação dos serviços e sistemas de saúde, bem como seu impacto sobre a saúde e bem estar da população, ganhou maior ênfase a partir dos anos 90. Constituindo-se como um importante instrumento de monitoramento e transparência da gestão pública. Dessa forma, a avaliação tem sido cada vez mais incorporada como prática sistemática que auxilia em estratégias de intervenção, decisão e organização do trabalho e na melhoria do desempenho de sistemas e serviços de saúde (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; BRASIL, 2014; VIACAVA et al., 2004).

Acredita-se que as informações advindas do processo de avaliação cooperem para um diálogo crítico entre os tomadores de decisões, serviços e academia, contribuindo para o aprendizado individual e coletivo. A avaliação, ao favorecer o debate e a reflexão, configura-se como uma estratégia para a transformação dos sistemas de saúde, influenciando de forma positiva a tomada de decisões e colaborando para a melhoria das intervenções em saúde (BODSTEIN, 2009; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

No Brasil, em 2003, o MS institucionalizou a avaliação no SUS através da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. Isso ocorreu após várias discussões acerca de monitoramento e avaliação da AB, que envolveu gestores estaduais e municipais e técnicos de vários setores do Ministério da Saúde (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008a; FELISBERTO et al., 2010).

As primeiras avaliações da AB realizadas pelo MS foram solicitadas a instituições acadêmicas e focaram o monitoramento da estrutura, processo e resultado por meio de dados obtidos nos sistemas de informação em saúde e de avaliações normativas. Merecem destaque dois editais lançados pelo MS, em 2004 e 2005: Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e o edital nº. 49/2005 que previa pesquisas avaliativas em Atenção Básica à Saúde. Este edital compreendeu estudos sobre financiamento, processo de trabalho, análises de implantação, acesso, utilização de serviços e integralidade. Aquele foi aplicado em todos os municípios brasileiros com população superior a 100 mil habitantes e focou sobre o planejamento local em saúde e mudanças decorrentes da implantação da ESF (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Outras iniciativas ocorreram entre 2008 e 2009, quando o Departamento de AB financiou alguns grupos de pesquisa que desenvolveram estudos sobre a AB. Conforme Fausto, Almeida e Giovanella (2013) três metodologias merecem destaque: Avaliação para

Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), Avaliação Rápida dos Serviços de Atenção Básica em Nível Local (Primary Care Assessment Tools-PCATool) e Pesquisa Mundial da Saúde – Atenção Básica (PMS-AB). A AMQ constituiu-se em uma autoavaliação direcionada a gestores, coordenadores do PSF, gerentes, profissionais e equipes. Tinha por objetivo diagnosticar a organização e o funcionamento dos serviços da ESF, a fim de induzir boas práticas em saúde. A Avaliação Rápida dos Serviços de Atenção Básica em Nível Local (Primary Care Assessment Tools-PCATool), originalmente elaborada pela Universidade John Hopkins sob coordenação da professora Barbara Starfield, no Brasil foi adaptada no Brasil por Almeida e Macinko (2006) e os instrumentos, validados por Harzheim et al. (2006; 2010). Esta avaliação é baseada nos atributos da APS e compara os diferentes atores envolvidos-gestores, profissionais de saúde e usuários-, dimensiona a organização e o desempenho dos serviços em nível municipal. A Metodologia da Pesquisa Mundial da Saúde – Atenção Básica (PMS-AB) foi adaptada do instrumento utilizado na Pesquisa Mundial de Saúde, que avalia o desempenho do sistema de saúde, sob a ótica dos usuários, serviu para avaliar o desempenho da AB/PSF nos municípios brasileiros e aprofundou o estudo do acesso e utilização de serviços de atenção básica.

Nos últimos anos, o MS procurou instituir uma cultura avaliativa com o objetivo de formular e conduzir propostas de avaliação em atenção básica, reconhecendo seu papel estratégico para o redirecionamento da organização do sistema de saúde no país. À medida que houve a expansão da ESF e a afirmação da AB como contato preferencial dos usuários e principal porta de entrada à rede de atenção à saúde, observou-se que diversos problemas permaneceram em relação à qualificação das equipes e à resolubilidade da AB. Persistem como desafios a serem superados: a precariedade da rede física das Unidades Básicas de Saúde (UBS); as inadequadas condições de trabalho para os profissionais; a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB; a instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais; o financiamento insuficiente e inadequado da AB (BRASIL, 2012c; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Num contexto de ‘reforma’ da Política de Atenção Básica e mediante os desafios identificados para a consolidação e financiamento da AB, em 2011, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com base na Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011. Inserido num conjunto de estratégias prioritárias denominadas “Saúde mais perto de você – acesso e qualidade”, o PMAQ tem como objetivo a expansão do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011b).

O programa se tornou a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS, uma vez que implica na contratualização de compromissos firmados entre as equipes, a Secretaria Municipal de Saúde e o MS. O programa é de adesão voluntária das equipes, pactuadas com a gestão municipal e vincula o repasse dos recursos às equipes que alcançarem padrões de acesso e qualidade firmados na contratualização (BRASIL, 2011).

Para tal, o governo federal criou um novo componente para o Piso de Atenção Básica (PAB), o componente de qualidade: PAB variável. Este, por sua vez, condiciona o repasse financeiro à adesão, ao processo de avaliação e a seus resultados. Destarte, o repasse financeiro é iniciado logo na fase de adesão ao programa e acrescido de acordo com as fases seguintes, constituindo-se em uma inovação em relação às modalidades vigentes de repasse de recursos ou aos parâmetros de financiamento. Diferentemente do PAB fixo, o PAB variável pode até dobrar o recurso recebido pela equipe, uma vez que a equipe alcance um desempenho “ótimo” (BRASIL, 2011c; PINTO; KOERNER; SILVA, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Sob outra perspectiva, a vinculação de recursos financeiros proporcionada pelo programa é de interesse das equipes. Através desse recurso, que deve ser investido na AB, é possível implantar melhores condições de trabalho, investir na qualificação dos profissionais, desprecarizar vínculos, melhorar a estrutura das UBS e disponibilizar instrumentos e insumos. Dessa maneira, cumprindo seu objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção (FAUSTO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2013; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Os formuladores do programa vigente de avaliação na AB defendem que, ao induzir e avaliar as condições e ações da AB, o PMAQ contribui para enfrentar os desafios da AB, uma vez que reitera o compromisso da AB quanto a ser a principal porta de entrada, acolhedora e resolutiva, coordenadora do cuidado e integrando as redes prioritárias. Além de estimular a implantação de alguns dispositivos como agenda compartilhada, gestão do cuidado, remuneração por desempenho, gestão colegiada, conselhos locais de saúde, entre outros (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Com o programa, o MS procura incentivar os gestores e as equipes locais a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS, por meio um processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa, que provoquem mudanças no processo de trabalho. Para tanto, o programa deve nortear-se pelas seguintes diretrizes: considerar os diferentes contextos de saúde para comparação entre equipes; ser

transparente em todas as suas etapas; mobilizar gestores, trabalhadores e os usuários; desenvolver cultura de planejamento, negociação e contratualização; fortalecer o modelo de atenção baseado nas necessidades e satisfação dos usuários; adesão ao programa de caráter voluntário (BRASIL, 2011).

Os indicadores contratualizados pelo PMAQ, estão em consonância com as áreas assistenciais e prioritárias definidas pelo MS, como: pré-natal, prevenção do câncer do colo de útero, saúde da criança, controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis. Todos relacionados aos indicadores firmados no Pacto pela Saúde (ROCHA BARBOSA, 2014).

Ao incitar uma reflexão crítica e provocar um ‘movimento’ no cotidiano, o PMAQ proporciona o reconhecimento de questões e preocupações antes desconhecidas da gestão. Abre espaço para o diálogo, a problematização e a negociação, mobilizando as equipes em prol de mudança concreta nos serviços através do envolvimento de diferentes atores no processo, a saber: gestores, profissionais e usuários. (FAUSTO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2013; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Como o PMAQ visa estabelecer processos contínuos e progressivos de avaliação, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, ele ocorre em ciclos. A cada ciclo do programa, novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços para o alcance dos resultados de saúde da população (BRASIL, 2011).

O PMAQ está organizado por fases que se complementam e formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. As fases que organizam o programa são:

1. Adesão e contratualização: etapa formal de adesão ao programa, que se dá por meio da pactuação e contratualização de compromissos e indicadores de desempenho entre a equipe AB, o gestor municipal e o MS. Nesse momento o município começa a receber vinte por cento do componente de qualidade do PAB por equipe aderida.
2. Desenvolvimento: essa etapa tem a finalidade de implantar processos de mudança para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Inclui o desenvolvimento das ações de autoavaliação, monitoramento dos indicadores contratualizados, apoio institucional às equipes de atenção básica e ações de educação permanente. Para a autoavaliação, o MS disponibiliza o instrumento AMAQ- Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e o AMQ- Avaliação de Melhoria da Qualidade. Fica a critério da equipe qual instrumento utilizar, se um desses ou outro instrumento de avaliação, desenvolvido pelo estado, pelo município ou

pela própria equipe, conforme seu perfil e sua necessidade. Quanto ao monitoramento dos indicadores contratualizados, as equipes poderão utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o e-SUS ou sistema próprio, conforme indicação do gestor. Cabe dizer que os indicadores são subdivididos em áreas estratégicas e estão vinculados aos programas do MS. Referente ao apoio institucional e educação permanente, estas são estratégias que visam induzir processos de formação, financiamento e orientação técnica às gestões municipais.

3. Avaliação externa: é o momento em que ocorre o levantamento das informações sobre o acesso e a qualidade, incluindo um conjunto de ações direcionadas para a certificação das equipes participantes do PMAQ. Busca-se nessa fase reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes de atenção básica e dos gestores municipais. Na avaliação externa, o avaliador deve realizar: observação na unidade básica de saúde; entrevista com profissional de saúde e usuários e verificação de documentos. O instrumento de Avaliação Externa do PMAQ utilizado para levantar as informações contempla os seguintes elementos: estrutura, equipamentos, materiais, insumos, medicamentos e condições de trabalho nas UBS; tipo de vínculo de trabalho e investimento em educação permanente dos trabalhadores; o apoio dado às equipes pela gestão da atenção básica; o acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada ao cidadão; e a satisfação e participação do usuário dos serviços de saúde de cada UBS avaliada. Essa etapa é realizada por meio de uma parceria entre o MS e instituições de ensino superior (IES), que ficam responsáveis em realizar a coleta de dados em todo o território nacional. Posteriormente à pactuação entre o Ministério da Saúde, municípios e instituições de ensino e pesquisa, são acordadas com os gestores locais, as visitas dos avaliadores. Os municípios que aderirem ao PMAQ têm, até seis meses, após a data de homologação da adesão, para solicitarem a avaliação externa, por meio do Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB). Vale ressaltar que as informações provenientes da avaliação externa, são armazenadas em um banco de dados que o Ministério da Saúde utiliza para a certificação das equipes e para o reconhecimento do esforço do gestor municipal e equipes em melhorar o acesso e a qualidade da AB. Convém lembrar que o instrumento de avaliação externa está em conformidade com padrões descritos no AMAQ (BRASIL, 2011b; 2013; OLIVEIRA; REIS, 2016).
4. Reconstratualização: quando ocorre uma nova pactuação de indicadores e compromissos, tendo como perspectiva um processo cíclico e sistemático de melhoria

contínua da atenção. Ocorre posteriormente à certificação das equipes da AB e está baseada na avaliação de desempenho que cada equipe alcançou. Nesse momento, novos padrões devem ser escolhidos pelas equipes e gestões municipais, priorizando as necessidades locais.

O MS após a coleta das informações realiza a certificação e avaliação das equipes participantes, conforme previamente definido pelo programa. Assim, a partir da avaliação externa, as equipes são classificadas em quatro categorias: desempenho insatisfatório; desempenho mediano ou abaixo da média; desempenho acima da média; desempenho muito acima da média. Conforme o desempenho das equipes é transferido ao município os recursos financeiros com a intenção de melhorar a qualidade dos serviços da AB. Com a certificação, o município pode receber até 100% do componente de qualidade do PAB se alcançar um padrão ótimo, ou ter suspenso o recurso no caso de desempenho insatisfatório (BRASIL, 2011).

É pertinente evidenciar que houve algumas mudanças no programa, referentes à organização e conteúdo, conforme os ciclos foram se desenvolvendo.

No primeiro ciclo (2011-2012) foi realizado um censo das UBS, de modo que todos os municípios foram visitados a fim de se conhecer as singularidades da AB em diferentes regiões. Referente à adesão, neste ciclo havia um teto previamente definido de 50% do número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para participar do programa. E o instrumento de avaliação externa utilizado era composto por três módulos:

- a) Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, com questões de infraestrutura da unidade de saúde.
- b) Módulo II - Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de atenção básica e saúde bucal e verificação de documentos na UBS.
- c) Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde.

Havia um módulo IV que devia ser respondido on-line pelos gestores, que complementava as informações coletadas dos Módulos I, II e III, mas por ser opcional teve baixa adesão.

No segundo ciclo (2013-2014) foram visitadas somente as UBS com equipes de Atenção Básica que aderiram ao programa. Como não havia um teto para adesão ao programa, todas as equipes participantes do primeiro ciclo podiam fazer a recontractualização, bem como incluir novas equipes. Nesse ciclo, as equipes Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foram incluídos pela primeira

vez. Numa proposta inicial as equipes de Consultório na Rua também poderiam participar, mas isso não se formalizou.

O instrumento utilizado para avaliação externa do segundo ciclo sofreu algumas alterações. Além dos módulos I, II e III já existentes no primeiro ciclo, foram incluídos mais três módulos, IV, V e VI. Um para a equipe NASF e outros dois para as equipes de saúde bucal:

- a) Módulo IV – Entrevista com profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, composta por dois componentes: um componente comum, de caráter obrigatório, compreendendo um conjunto de ações relativas às condições de acesso e qualidade para todas as equipes NASF participantes do programa; e outro componente singular, compreendendo um conjunto de ações relativas às condições de acesso e qualidade para uma ou mais áreas de atuação específicas do NASF, conforme a composição da equipe. De caráter opcional, no qual a equipe indica as áreas em que atua de forma mais intensa.
- b) Módulo V – Observação da infraestrutura especificamente das equipes de saúde bucal;
- d) Módulo VI – Entrevista com o profissional de saúde bucal, sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal.

Igualmente ao primeiro ciclo, o módulo eletrônico de preenchimento pelos gestores, complementar aos módulos I, II e III, apresentou baixo quantitativo de adesão. Neste ciclo, a análise dos indicadores de monitoramento e desempenho foi obtida tanto do SIAB quanto do e-SUS, conforme o sistema de informação utilizado pelo município.

O terceiro ciclo iniciado em 2015 apresenta outras alterações. Além das fases de Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização já existentes, o eixo estratégico de desenvolvimento assumiu uma perspectiva transversal perpassando todas as fases referidas.

A adesão das equipes de Saúde Bucal ocorreu simultaneamente à adesão da equipe AB, mas para a adesão do NASF é necessário que a equipe AB a qual o NASF esteja vinculado também tenha realizado contratualização ao PMAQ. Outra mudança observada é quanto à classificação do desempenho das equipes, que poderá ser: desempenho ótimo; desempenho muito bom; desempenho bom; desempenho regular; desempenho ruim.

Estudos realizados posteriormente ao primeiro ciclo apontam que embora a adesão ao programa seja voluntária pelas equipes AB, diversas equipes aderiram ao programa devido à imposição da gestão municipal (FARIAS et al., 2013; FONSECA et al., 2013).

Pinto, Sousa e Florêncio (2012), chamam a atenção para a variabilidade de adesão existente entre municípios e equipes, não as correlacionando entre si. Um exemplo é o estado

do Amapá, no qual mais de 80,0% de municípios aderiu ao PMAQ, mas a adesão das equipes AB foi de apenas 36,1%.

Os autores relataram que a adesão dos municípios de grande porte (84,6%) foi maior que aqueles de pequeno porte (67,6%) devido ao maior grau de desenvolvimento socioeconômico, melhores condições em infraestrutura, equipamentos, insumos e organização da gestão.

Acrescente-se que estudos posteriores ao primeiro ciclo indicam que o período eleitoral que coincidiu com a aplicação do instrumento de avaliação externa, causou tensões tanto em gestores, profissionais como em usuários. Os usuários respondiam positivamente ao questionário não necessariamente retratando a realidade no momento da aplicação. Os profissionais, com medo de retaliação ou perseguição dentro das unidades de saúde, no caso de alcançar uma nota insatisfatória, também demonstraram certo receio à aplicação do questionário. E os gestores percebiam a avaliação como um momento de auditoria e fiscalização sobre sua gestão. Notou-se ainda a presença de alguns gestores muito bem preparados para receber a avaliação externa, enquanto outros demonstravam despreparo e desorganização para receber as equipes. Tal constatação demonstra conhecimento insuficiente por parte dos gestores sobre as políticas de saúde e seus desdobramentos e a fragilidade das relações/articulação entre gestores e profissionais (FARIAS et al., 2013; FAUSTO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2013; FONSECA et al., 2013; GARNELO et al., 2013; LIMA et al., 2013).

Algumas características do PMAQ apontadas como positivas são: financiamento condicionado ao desempenho alcançado pelas equipes que estimula a atuação e inovação no processo de trabalho; priorização e identificação dos problemas e ação de mudança na organização da AB que vai ao encontro da PNAB; incorporação dos atores locais no processo de formulação, implantação e avaliação da AB; o programa contempla os municípios mais carentes e aqueles que se empenharam para alcançar melhores resultados; abrangência nacional do estudo. (FAUSTO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2013; PINTO; KOERNER; SILVA, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para Macinko et al. (2017) o PMAQ apresenta quatro características que o diferenciam dos outros programas internacionais de avaliação. O primeiro se refere ao repasse das verbas, cujo destino é os municípios participantes, mas sem vinculação direta às equipes de saúde. O segundo é em relação à adesão ao programa, que é feito por equipe e não por município. O terceiro refere-se aos indicadores utilizados na avaliação, que incluem indicadores para câncer de mama e colo de útero, mas excluem doenças respiratórias e vacinação em adultos. A quarta

diferença apontada pelo estudo se refere ao melhor desempenho das equipes que já apresentam condições mais estruturadas dos serviços e conseqüentemente apresentarão melhores resultados.

Outros estudos a partir dos dados provenientes do PMAQ apontam que a AB tem se consolidado como porta de entrada preferencial e filtro para a atenção especializada, promove continuidade do cuidado através do acesso a medicamentos e à saúde bucal e melhora a qualidade do cuidado devido a presença de tecnologias de informação e comunicação (ALVES et al., 2014; FAUSTO et al., 2014a; SOUZA et al., 2017).

Apesar de o PMAQ empenhar-se em induzir o acesso e a qualidade da AB, alguns estudos apontam para fragilidades que ainda persistem na AB, como: estruturas precárias, dificuldade quanto à fixação de profissionais, falta de insumos para o atendimento, fragilidade na integração da rede, inexistente coordenação entre a AB e a atenção especializada (FAUSTO et al., 2014; GARNELO et al., 2013; PROTASIO et al., 2014; ZAMPROGNO, 2013).

Destacam-se ainda, algumas limitações do programa, tais como: repasse do recurso financeiro baseado no desempenho das equipes; viés de positividade das respostas visando alcançar maior desempenho e por conseqüência maior recurso; escassa representatividade dos usuários (apenas quatro usuários por equipe); programa apresenta dados exclusivamente quantitativos; maior relevância para aspectos estruturais que aspectos de processo e resultado; a confiabilidade na coleta de dados devido a divergências na padronização e treinamento das instituições parceiras; falta de clareza da divulgação dos resultados de desempenho (CASOTTI et al., 2014; FAUSTO et al., 2014b; MEDINA et al., 2014; SOBRINHO et al., 2014).

Nesse contexto, vários autores concordam que o PMAQ é uma fonte de dados rica e fornece valiosas informações sobre o cenário da AB pelo país, representando um avanço na institucionalização da avaliação. Previsto para ocorrer de forma regular, a cada período de tempo, mobiliza diferentes atores, fomenta mudanças e melhorias na atenção à saúde (ALVES; NEVES; PORTO, 2013; FAUSTO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2013; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

3 METODOLOGIA

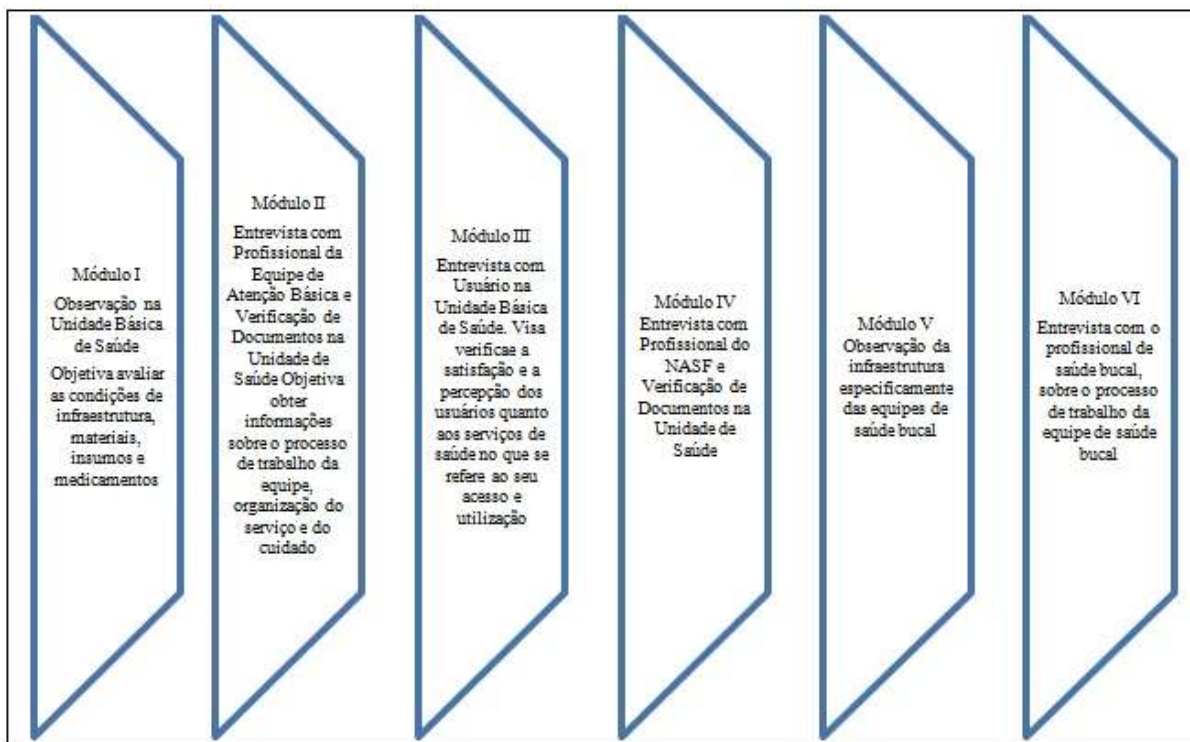
Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa baseado em dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade do 2º ciclo da avaliação externa. Abrangendo todo o território nacional, integra um banco de dados disponibilizado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, relativo ao período 2013 e 2014. Os dados utilizados são de domínio público e acesso irrestrito, disponível no site:

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

O PMAQ é um programa de avaliação e monitoramento da AB composto por várias fases. A avaliação externa é a terceira fase, na qual são observadas in loco as condições de qualidade das equipes que aderiram ao programa e da qual provieram os dados para esta pesquisa. É realizada por meio de uma parceria entre o MS com Instituições de Ensino e Pesquisa, que ficam responsáveis pela coleta de dados em todo o território nacional. Cabe às Instituições participantes o planejamento, seleção e treinamento das equipes de avaliadores e supervisores que vão a campo aplicar o Instrumento de Avaliação Externa (IAE).

O instrumento de avaliação externa é composto por seis módulos: o primeiro e o quinto dispõem sobre a infraestrutura das UBS. O segundo, quarto e sexto módulos são direcionados aos profissionais de AB, equipe NASF e equipe de Saúde Bucal, respectivamente. O terceiro módulo é aplicado aos usuários. Na figura 3 são apresentados os módulos que compõem o Instrumento de Avaliação Externa da PMAQ.

Figura 3. Módulos Componentes do Instrumento de Avaliação Externa PMAQ



Fonte: Instrumento de Avaliação Externa PMAQ.

Para o presente estudo foram selecionadas as informações provenientes dos Módulos II e IV respondidos, respectivamente, pelos profissionais de nível superior da equipe AB e profissional de nível superior da equipe NASF. Do Módulo II, aplicado à equipe da AB foi considerada apenas a subdimensão II.33, com 23 variáveis, que apreende a opinião da equipe AB sobre o trabalho do NASF. Dessa subdimensão foram consideradas no estudo apenas 16 variáveis. Do módulo IV, aplicado à equipe NASF, com 91 variáveis, foram selecionadas para o estudo 52 variáveis. Algumas variáveis do IAE foram excluídas do estudo, seja pela inconsistência observado no banco de dados, seja por não contemplarem as questões de pesquisa.

No quadro 3 encontram-se as dimensões do instrumento de avaliação externa utilizadas nesta pesquisa e respectivas questões.

Quadro 3. Variáveis do Módulo II e IV do instrumento de avaliação externa, existentes e selecionadas

Módulo	Variáveis	Seleção para Estudo
II- AB	Adequação da composição das equipes às necessidades do território	Selecionadas
	Acesso das equipes ao NASF	
	Articulação das Ações de Apoio Técnico-Pedagógico e clínico-Assistencial	
	Resolutividade da AB a partir do trabalho do NASF	
IV-NASF	IV.1 - Identificação Geral	Não selecionada
	IV.2 - Identificação da Unidade de Saúde	Não selecionada
	IV.3 – Termos de compromisso e Ata de Reunião	Não selecionada
	IV.4 – Estrutura Física	Selecionadas
	IV.5 – Organização da Gestão e coordenação do NASF	
	VI.6 - Educação Permanente	
	IV.7 – Planejamento das ações do NASF	
	IV.8 – Organização da agenda	
	IV.9 – Organização do apoio matricial às EAB	
	IV.10 – Gestão da demanda e da atenção compartilhada	
	IV.11 Registro de atividades	
	ÁREAS ESPECÍFICAS-COMPONENTE COMUM	
	IV.12 – Atenção as pessoas com doenças crônicas	
	IV.13 – Reabilitação	
	IV.14 – Atenção à saúde Materno-Infantil	
	IV.15 – Atenção à saúde Mental	
	IV.16- ÁREAS ESPECÍFICAS- COMPONENTE SINGULAR	
	IV.17- Práticas Integrativas e Complementares	
	IV.18- Assistência Farmacêutica	
	IV.19- Atenção nutricional	
	IVI.20- Saúde do Trabalhador	
IV.21- Apoio Organização do Processo de Trabalho das Equipes		

Fonte: Instrumento de Avaliação Externa do NASF, 2º ciclo.

O quadro 4 apresenta as questões de pesquisa com as dimensões e perguntas do instrumento do PMAQ.

Quadro 4. Questões de pesquisa, dimensões e perguntas do instrumento de avaliação externa

Questões de pesquisa	Dimensões	Perguntas do instrumento PMAQ
Como o NASF se caracteriza no território brasileiro?	Estrutura Física	IV. 4.2 Quais os espaços são disponibilizados para o NASF realizar suas atividades? IV.4.3 Existe veículo disponível para o NASF quando necessário? IV. 4.4 Essa disponibilidade atende às necessidades do NASF? IV. 4.5 A gestão disponibiliza os insumos necessários para o NASF realizar suas atividades?
	Organização da Gestão e coordenação do NASF	G - IV. 5.1 Existe responsável, referência ou coordenação do NASF no âmbito da gestão do município? IV. 5.2 Quem ou qual instância realiza essa função?
	Educação Permanente	ET - IV. 6.1 Foi oferecida alguma formação específica para o NASF quando este iniciou o trabalho? IV. 6.3 Em relação à formação oferecida, você considera que foi IV. 6.4 É oferecida educação permanente para os profissionais do NASF? IV. 6.5 Com relação a Educação Permanente, você considera que foi: IV. 6.6 Quais os temas das atividades de educação permanente?
	Planejamento das ações do NASF	IV. 7.1 O NASF utiliza algum mecanismo de registro de informação das suas ações? ET - IV. 7.2 Qual mecanismo é utilizado? G - IV. 7.3 Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento? ET - IV. 7.7 O planejamento do NASF foi realizado de forma conjunta ou integrada ao planejamento das equipes AB? G - IV. 7.8 O NASF participa de monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde em conjunto com as equipes da AB apoiadas? IV. 7.10 O NASF realizou algum processo de autoavaliação nos últimos doze meses? IV. 7.11 Qual instrumento utilizado?
	Organização da agenda	G - IV. 8.1 O cronograma/agenda de atividades dos profissionais do NASF foi pactuado com as equipes apoiadas? G - IV. 8.3 Diante de situações imprevistas, o NASF desenvolve ações não programadas? IV. 8.4 A agenda dos profissionais do NASF contempla as seguintes atividades:
	Gestão da demanda e da atenção compartilhada	ET - IV. 10.1 O NASF monitora as solicitações de apoio das equipes, identificando as demandas mais frequentes e o percentual de atendimento da demanda observada? G - IV. 10.2 O NASF avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/ sinalizadores?
	Registro de atividades	IV. 11.1 O NASF registra as ações em prontuários comuns das equipes de AB? G - IV. 11.2 Quais ações são registradas em prontuários comuns com a equipe? IV. 11.3 Quais dessas atividades contam com alguma outra forma de registro?
Como se realiza o apoio matricial pela equipe NASF nas dimensões técnico-pedagógico e clínico assistencial?	Organização do apoio matricial às EAB	G - IV. 9.3 Com qual periodicidade o NASF realiza atividades/encontros com as equipes apoiadas? IV. 9.4 Quais atividades são realizadas nestes encontros entre a sua equipe e as equipes apoiadas? ET - IV. 9.5 O NASF participa do monitoramento dos Projetos Terapêuticos Singulares construídos em conjunto com as EAB?

Quais as atividades realizadas pela equipe NASF, de forma conjunta com a equipe AB, que favorecem a integração entre AB e NASF?	Atenção às pessoas com doenças crônicas	IV. 12.1 O NASF apoia e desenvolve ações de apoio ao autocuidado? IV. 12.5 O NASF apoia e desenvolve ações de suporte aos familiares/cuidadores de pessoas com doenças crônicas?
	Reabilitação	IV. 13.1 O NASF apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de reabilitação? IV. 13.3 O NASF realiza ações para o cuidado das pessoas com deficiências?
	Atenção à saúde Materno-Infantil	IV. 14.1 O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para mulheres? IV. 14.3 O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas? IV. 14.5 O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do território? IV. 14.7 O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para as crianças com agravos à saúde?
	Atenção à saúde Mental	IV. 15.1 O NASF discute, atende e acompanha, junto com a equipe de AB, pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental? IV. 15.3 O NASF discute, atende e acompanha, junto com a equipe de AB, casos com uso abusivo, prejudicial ou dependente de álcool ou outras drogas?
	Componente Singular	IV. 16.1 O NASF realiza ações em alguma dessas 5 áreas: Práticas Integrativas e Complementares, Assistência Farmacêutica, Atenção Nutricional, Saúde do Trabalhador, Apoio à Organização do Processo de Trabalho das Equipes? IV. 16.2 Em quais áreas?
	Assistência Farmacêutica	IV. 18.1 O NASF contribui com a discussão sobre o perfil de utilização de medicamentos para a qualificação das ações de saúde na Atenção Básica? IV. 18.3 O NASF apoia e desenvolve ações para a adesão ao tratamento farmacoterapêutico de pessoas que fazem uso contínuo de medicamentos? IV. 18.5 O NASF apoia e desenvolve ações de farmacovigilância?
	Atenção nutricional	IV. 19.1 O NASF apoia o desenvolvimento de ações de vigilância alimentar e nutricional? IV. 19.3 O NASF apoia o desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável? IV. 19.5 O NASF apoia o desenvolvimento de ações voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição (exemplo: as carências de micronutrientes, desnutrição, obesidade, diabetes, intolerâncias e alergias alimentares)? IV. 19.7 O NASF apoia o desenvolvimento de ações de articulação intersetorial para garantia da Segurança Alimentar e Nutricional?
	Saúde do Trabalhador	IV. 20.1 O NASF apoia e desenvolve ações para identificação do cenário da saúde do trabalhador do território? IV. 20.3 O NASF apoia e desenvolve ações de prevenção e tratamento de doenças ocupacionais?
	Apoio Organização do Processo de Trabalho das Equipes	IV. 21.1 O NASF apoia a gestão e o planejamento da equipe AB? IV. 21.3 O NASF faz apoio à vigilância e participa de ações sobre riscos coletivos?
Como as	Adequação da	ET - NII. 33.1 O gestor municipal debateu com sua equipe sobre quais

equipes de AB avaliam o trabalho das equipes NASF?	composição das equipes às necessidades do território	categorias profissionais deveriam compor o NASF? NII. 33.2 Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe? NII. 33.3 Você considera que seria importante outra categoria profissional compor o NASF? ET - NII. 33.5 Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas? NII. 33.6 Indique o que foi discutido neste planejamento
	Acesso das equipes ao NASF	NIII. 33.8 Como é feito o contato da sua equipe com o NASF? NIII. 33.9 Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe? G - NIII. 33.10 O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado: NIII. 33.13 Qual a periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com sua equipe? NIII. 33.14 Sua equipe e o NASF criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF? NIII. 33.15 Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da sua equipe compartilhar o caso com o NASF? G - NIII. 33.16 Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas? ET - NIII. 33.16.1 Nessas situações imprevistas, sua equipe consegue fazer contato com o NASF? NIII. 33.16.2 Por quais meios os profissionais do NASF podem ser acionados nessas situações?
	Articulação das Ações de Apoio Técnico-Pedagógico e clínico-Assistencial	G - NIII. 33.17 Dentre as seguintes ações, quais acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF? ET - NIII. 33.19 Dentre as áreas listadas, indique aquelas nas quais o NASF desenvolve atividades com a sua equipe
	Resolutividade da AB a partir do trabalho do NASF	G - NIII. 33.20 Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF nas seguintes situações: NIII 33.20.1 Resolver as necessidades dos usuários NIII33. 20.2 Redução do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada NIII 33.20.3 Qualificação dos encaminhamentos necessários NIII 33.20.4 Lidar com problemas com os quais antes não lidava ou tinha dificuldade. NIII 33.20.5 Melhoria dos indicadores de saúde da população do território. NIII 33.20.6 Ações e verificação de melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o NASF NIII 33.20.7 Ampliação do acesso da população, por meio da ampliação do escopo de ações ofertadas na UBS NIII. 33.21 Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?

Fonte: Adaptado do instrumento de avaliação externa, PMAQ 2º ciclo.

Mais uma questão do estudo se refere à conformidade das ações do NASF em relação ao preconizado pelo MS. Para respondê-la, os resultados encontrados foram analisados tendo como referência as recomendações das portarias ministeriais (Portaria nº 154 e 2.488) e do Caderno de Atenção Básica (CAB) 39, que contém as diretrizes do MS para o funcionamento e organização do NASF.

Os dados foram analisados através da estatística descritiva e as tabulações, frequências simples, porcentagem e cruzamentos envolvendo os dados do banco foram realizados por meio do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ no mês de maio/2017, identificado pelo CAAE 68410017.3.0000.5240, sendo aprovada pelo parecer substanciado de número 2.111.925, em 09 de junho de 2017.

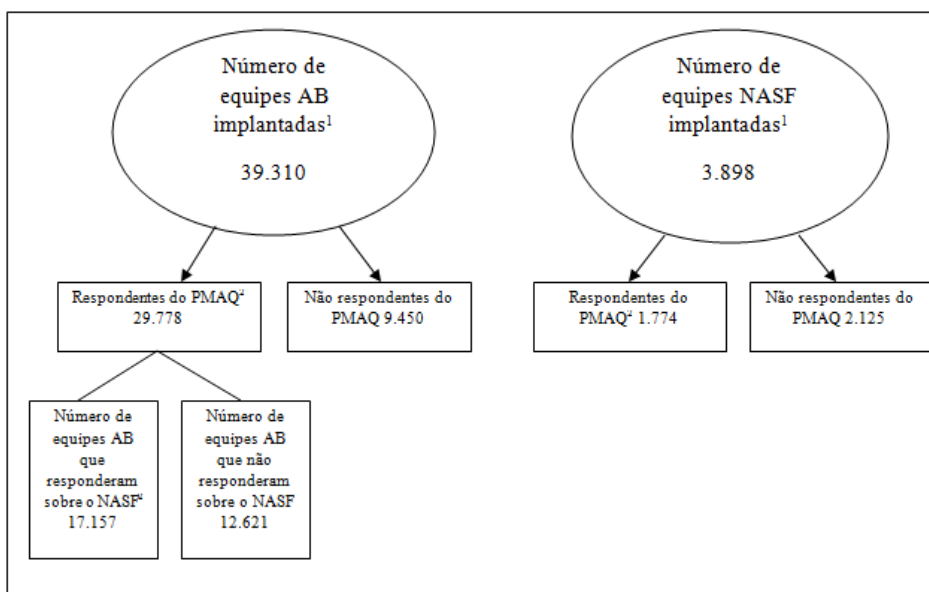
4 RESULTADOS

Em dezembro de 2014, estavam implantadas no país segundo o Departamento de Atenção Básica, 39.310 equipes de Saúde da Família e 3.898 equipes NASF (MS/SAS/DAB, BRASIL, 2017). Nem todas as equipes referidas pelo MS aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade PMAQ. A adesão ao PMAQ é de caráter voluntário, cabendo ao gestor municipal cadastrar suas equipes no site específico do Programa. Além disso, nem todas as equipes inscritas no PMAQ, efetivamente responderam a avaliação externa (algumas equipes se recusaram ou não havia profissional para responder à avaliação ou ainda, o gestor municipal poderia desistir da avaliação externa).

O banco de dados da avaliação externa do segundo 2º ciclo do PMAQ referente ao período 2013-2014, continha 29.778 equipes AB e 1.774 equipes NASF, correspondendo a 75,7% e 45,4% das equipes AB e NASF, informadas pelo MS (BRASIL, 2017).

Neste estudo foram consideradas todas as equipes NASF que responderam ao PMAQ (1.774) cujas respostas compõem o banco de dados. Quanto às equipes AB só foram consideradas (17.157) aquelas que responderam as questões referentes ao NASF, valendo lembrar que cada equipe NASF pode estar vinculada até a nove equipes AB (Figura 4).

Figura 4. Equipes AB e NASF cadastradas no MS, respondentes ao PMAQ e consideradas no estudo, Brasil, 2014.



Fonte: ¹ DAB/SAS/MS Disponível em: dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf.php/historico_cobertura_sf_relatorio.php;

² Dados 2º ciclo PMAQ 2013-2014.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das equipes AB e NASF implantadas no MS e que responderam a avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ segundo as unidades federativas.

Considerando-se o total de equipes AB implantadas no país em 2014, observa-se que 75,7% dessas equipes responderam ao PMAQ, o que parece ser um resultado positivo para o alcance do Programa junto às equipes AB nas diferentes unidades da federação, apesar de haver contrastes importantes entre elas, apontadas ao longo do texto.

Destacam-se as Regiões Centro-Oeste e Sul com os maiores percentuais de resposta, respectivamente, 82,0% e 80,2%, seguidas pelas Regiões Sudeste com 78,0%, Nordeste com 72,5% e Norte com 67,7%.

Na Região Norte, a exceção de Tocantins e Amapá, os demais estados apresentaram percentuais menores que a média nacional. Os estados do Pará e Amazonas acumulam mais de 58,0% das equipes que responderam ao PMAQ.

Na Região Nordeste se sobressai o Maranhão e a Paraíba com o menor e maior percentual, respectivamente, 32,9% e 90,1% das equipes implantadas respondendo ao PMAQ.

Na Região Sudeste, a liderança foi de Minas Gerais com 82,2%, seguido pelo Rio de Janeiro com 79,1%, São Paulo com 73,7% e Espírito Santo com 73,9% das equipes.

Na Região Sul, o 2º percentual mais elevado de respostas Santa Catarina teve 89,3% de suas equipes AB respondendo ao PMAQ, seguido pelo estado do Paraná com 80,9% e Rio Grande do Sul com 70,8%.

Na Região Centro-Oeste, a região de melhor resultado (82,0%), o estado de Goiás ultrapassou a média nacional, com 89,8%, enquanto que o Distrito Federal apresentou o pior resultado, com apenas 45,4% das equipes respondendo ao PMAQ.

Em contrapartida, considerando-se o total de equipes NASF implantadas no país e o total de respostas ao PMAQ, observa-se que apenas 45,4% das equipes implantadas responderam ao PMAQ. Um alcance menor se comparado com as equipes AB, mas esperado por ser a primeira vez que as equipes NASF participaram da avaliação externa do PMAQ.

De forma contrária aos resultados encontrados junto às equipes AB, a Região Sul foi a que teve menor percentual de respostas com apenas 35,3% das equipes e a Região Sudeste a maior participação com 49,8%, resultado mais congruente com o observado junto às equipes AB. Das Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte responderam ao PMAQ 47,4%, 42,0% e 40,3% das equipes NASF implantadas, respectivamente.

Na Região Norte, Amapá teve 85,0% das equipes NASF respondendo ao PMAQ e Tocantins somente 19,4%, apresentando o pior resultado de entre todos os estados e regiões.

Assinala-se que em Roraima das 9 equipes NASF implantadas no MS apenas 4 responderam ao PMAQ.

Na Região Nordeste, o Ceará e o Maranhão apresentaram o melhor e pior resultado, com, 65,5% e 28,5% das equipes implantadas, respectivamente, respondendo ao PMAQ.

Na Região Sudeste destacou-se o Rio de Janeiro com 60,6% das equipes e o Espírito Santo com apenas 25,0% das equipes respondendo ao PMAQ. Esse estado tem 20 equipes NASF implantadas no MS e apenas 5 responderam ao PMAQ.

Na Região Sul, Santa Catarina teve o maior percentual de equipes NASF implantadas respondendo ao PMAQ, 37,1%, seguido do Paraná e Rio Grande do Sul, com 36,3% e 29,5% das equipes.

Na Região Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul teve 63,3% das equipes NASF implantadas respondendo, enquanto que o Distrito Federal apenas 33,3% das equipes responderam ao PMAQ. Cabe assinalar que o Distrito Federal só tem 6 equipes NASF implantadas no MS e somente 2 delas responderam ao PMAQ.

Em síntese, Paraíba e Maranhão são os estados que apresentam o maior e o menor percentual de equipes AB respondendo ao PMAQ, respectivamente 90,1% e 32,9%. Entretanto, a resposta da equipe AB ao PMAQ não se reproduziu nas equipes NASF. OS estados cujas equipes NASF tiveram maior e menor participação em responder ao PMAQ foram Amapá e Tocantins, respectivamente com 85,0% e 19,4% das equipes. Isso demonstra que embora a adesão do NASF ao PMAQ esteja condicionada a adesão da equipe AB de referência, houve diferenças significativas de adesão tanto entre as equipes quanto aos estados.

Tabela 2. Distribuição das equipes AB e NASF implantadas no MS e que responderam a avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e Unidades da Federação	EQUIPES AB			EQUIPES NASF			Número de equipes AB com NASF referido ²
	N implantadas ¹	N responderam ao PMAQ ²	% AB implantada que respondeu ao PMAQ	N implantadas ¹	N responderam ao PMAQ ²	% NASF implantadas que respondeu ao PMAQ	
Brasil	39310	29778	75,7	3898	1774	45,4	17157
Norte	3189	2160	67,7	312	126	40,3	997
Rondônia	368	252	68,4	14	9	64,2	109
Acre	209	99	47,3	21	9	42,8	42
Amazonas	671	469	69,8	55	29	52,7	164
Roraima	115	77	66,9	9	4	44,4	20
Pará	1196	776	64,8	90	38	42,2	368
Amapá	160	126	78,7	20	17	85,0	105
Tocantins	470	361	76,8	103	20	19,4	189
Nordeste	14836	10768	72,5	1730	821	47,4	7420
Maranhão	2004	660	32,9	154	44	28,5	342
Piauí	1266	865	68,3	234	86	36,7	696
Ceará	2303	1626	70,6	215	141	65,5	1315
Rio Grande do Norte	1018	862	85,6	160	57	35,6	616
Paraíba	1344	1211	90,1	262	116	44,2	979
Pernambuco	2142	1845	86,1	218	141	64,7	1322
Alagoas	820	698	85,1	125	54	43,2	469
Sergipe	634	376	59,3	33	12	36,3	148
Bahia	3305	2625	79,4	329	170	51,6	1533
Sudeste	12934	10100	78,0	1043	520	49,8	5575
Minas Gerais	5079	4180	82,2	629	295	46,8	2558
Espírito Santo	698	516	73,9	20	5	25,0	58
Rio de Janeiro	2377	1881	79,1	117	71	60,6	1047
São Paulo	4780	3523	73,7	277	150	54,1	1912
Sul	5620	4509	80,2	535	189	35,3	2070
Paraná	2209	1789	80,9	209	76	36,3	817
Santa Catarina	1642	1467	89,3	221	82	37,1	916
Rio Grande do Sul	1769	1253	70,8	105	31	29,5	337
Centro-Oeste	2731	2241	82,0	278	117	42,0	1095
Mato Grosso do Sul	546	437	80,0	60	38	63,3	296
Mato Grosso	630	514	81,5	44	17	38,6	192
Goiás	1313	1180	89,8	168	60	35,7	550
Distrito Federal	242	110	45,4	6	2	33,3	57

Fonte: ¹ MS/SAS/DAB e IBGE. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/dab/historico_coertura_sf/historico_coertura_sf_relatorio.php, acesso em: 08/jun/2017.

² PMAQ 2º ciclo, 2013-2014.

Vale assinalar que o objetivo do estudo é caracterizar o trabalho do NASF e sua interface com AB por meio das informações coletadas na avaliação externa do 2^o ciclo do PMAQ. Sendo assim, os resultados a seguir apresentados contemplam apenas 2 segmentos do instrumento de coleta de informações, o módulo IV aplicado junto as equipes NASF que caracteriza o trabalho do NASF, e o módulo II, somente a subdimensão 33, aplicado às equipes AB, que aborda a percepção da AB sobre o trabalho do NASF.

Primeiramente é realizada uma caracterização geral do trabalho do NASF, considerando a disponibilidade de recursos físicos, a capacitação dos profissionais, a coordenação e planejamento (sistema de informações, organização da agenda), o apoio matricial e ações assistenciais destinadas ao acompanhamento de grupos populacionais prioritários e a outros grupos não prioritários. Por fim, é apresentada a percepção das equipes AB acerca do trabalho desenvolvido pelas equipes NASF.

4.1 Disponibilidade de recursos físicos

Na Tabela 3 são apresentados os dados referentes à estrutura física disponível para o NASF desenvolver seu trabalho. Como recomendado pelo MS, a maior parte das equipes compartilha espaços de atendimento: 85,7% compartilham consultório, 82,7% utilizam espaços no território, 72,8% utilizam a sala de reuniões da UBS e apenas 38,9% dispõem de consultório de uso exclusivo do NASF.

Diferente do observado no âmbito nacional destacam-se os estados do Acre (66,7%), Sergipe (66,7%), Tocantins (65,0%) e Maranhão (61,4%) com os maiores percentuais de consultório exclusivo para o NASF (Tabela 3).

Tabela 3. Espaços disponibilizados para o NASF realizar suas atividades, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Consultório exclusivo NASF		Consultório compartilhado		Sala de reuniões na unidade		Espaços no território		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	690	38,9	1521	85,7	1291	72,8	1467	82,7	636	35,9
Norte	58	46,0	93	73,8	54	42,9	77	61,1	35	27,8
Rondônia	4	44,4	7	77,8	4	44,4	5	55,6	2	22,2
Acre	6	66,7	4	44,4	6	66,7	5	55,6	1	11,1
Amazonas	9	31,0	25	86,2	13	44,8	22	75,9	9	31,0
Roraima	1	25,0	4	100,0	2	50,0	-	-	-	-
Pará	17	44,7	28	73,7	13	34,2	19	50,0	13	34,2
Amapá	8	47,1	13	76,5	8	47,1	12	70,6	3	17,6
Tocantins	13	65,0	12	60,0	8	40,0	14	70,0	7	35,0
Nordeste	311	37,9	692	84,3	570	69,4	680	82,8	309	37,6
Maranhão	27	61,4	33	75,0	29	65,9	36	81,8	19	43,2
Piauí	46	53,5	62	72,1	42	48,8	62	72,1	20	23,3
Ceará	77	54,6	120	85,1	102	72,3	121	85,8	53	37,6
Rio Grande do Norte	29	50,9	49	86,0	45	78,9	52	91,2	24	42,1
Paraíba	32	27,6	100	86,2	84	72,4	104	89,7	44	37,9
Pernambuco	36	25,5	124	87,9	91	64,5	110	78,0	47	33,3
Alagoas	17	31,5	36	66,7	28	51,9	38	70,4	26	48,1
Sergipe	8	66,7	9	75,0	10	83,3	9	75,0	4	33,3
Bahia	39	22,9	159	93,5	139	81,8	148	87,1	72	42,4
Sudeste	202	38,8	475	91,2	424	81,4	457	87,7	174	33,4
Minas Gerais	136	46,1	270	91,5	246	83,4	255	86,4	100	33,9
Espírito Santo	1	20,0	4	80,0	3	60,0	4	80,0	-	-
Rio de Janeiro	13	18,3	68	95,8	42	59,2	67	94,4	25	35,2
São Paulo	52	34,7	133	88,7	133	88,7	131	87,3	49	32,7
Sul	73	38,6	170	89,9	156	82,5	163	86,2	73	38,6
Paraná	21	27,6	67	88,2	58	76,3	62	81,6	30	39,5
Santa Catarina	42	51,2	77	93,9	72	87,8	76	92,7	29	35,4
Rio Grande do Sul	10	32,3	26	83,9	26	83,9	25	80,6	14	45,2
Centro-Oeste	46	39,3	91	77,8	87	74,4	90	76,9	45	38,5
Mato Grosso do Sul	13	34,2	30	78,9	32	84,2	28	73,7	9	23,7
Mato Grosso	6	35,3	12	70,6	11	64,7	10	58,8	5	29,4
Goiás	27	45,0	47	78,3	42	70,0	50	83,3	30	50,0
Distrito Federal	-	-	2	100,0	2	100,0	2	100,0	1	50,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento

Na Tabela 4, é apresentada a disponibilidade de veículo para atender ao NASF. Observa-se que 80,0% das equipes NASF consideram que suas necessidades sempre ou na maioria das vezes são atendidas. Os estados de Roraima e Espírito Santo apresentam os piores resultados. No primeiro caso, a única equipe que responde esta questão informa raramente ter veículo, e no segundo estado, 20,0% e 60,0% das equipes, informam, respectivamente, nunca e às vezes, ter veículo disponível.

Tabela 4. Disponibilidade de veículo para atender as necessidades do NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Sempre		Na maioria das vezes		Às vezes		Raramente		Nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	540	40,5	527	39,5	211	15,8	52	3,9	3	0,2	1333	100,0
Norte	42	55,3	17	22,4	12	15,8	5	6,6	-	-		
Rondônia	4	66,7	1	16,7	1	16,7	-	-	-	-	6	100,0
Acre	4	80,0	-	-	1	20,0	-	-	-	-	5	100,0
Amazonas	6	33,3	7	38,9	3	16,7	2	11,1	-	-	18	100,0
Roraima	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
Pará	20	74,1	3	11,1	4	14,8	-	-	-	-	27	100,0
Amapá	1	20,0	3	60,0	1	20,0	-	-	-	-	5	100,0
Tocantins	7	50,0	3	21,4	2	14,3	2	14,3	-	-	14	100,0
Nordeste	295	42,6	277	40,0	98	14,2	21	3,0	1	0,1		
Maranhão	14	41,2	12	35,3	8	23,5	-	-	-	-	34	100,0
Piauí	49	59,8	25	30,5	6	7,3	2	2,4	-	-	82	100,0
Ceará	61	49,2	50	40,3	13	10,5	-	-	-	-	124	100,0
Rio Grande do Norte	23	52,3	15	34,1	6	13,6	-	-	-	-	44	100,0
Paraíba	35	40,7	36	41,9	13	15,1	2	2,3	-	-	86	100,0
Pernambuco	39	34,5	42	37,2	24	21,2	8	7,1	-	-	113	100,0
Alagoas	19	38,8	20	40,8	9	18,4	-	-	1	2,0	49	100,0
Sergipe	3	25,0	7	58,3	2	16,7	-	-	-	-	12	100,0
Bahia	52	35,1	70	47,3	17	11,5	9	6,1	-	-	148	100,0
Sudeste	117	36,9	131	41,3	56	17,7	12	3,8	1	0,3		
Minas Gerais	92	39,1	98	41,7	39	16,6	6	2,6	-	-	235	100,0
Espírito Santo	1	20,0	-	-	3	60,0	-	-	1	20,0	5	100,0
Rio de Janeiro	4	12,5	17	53,1	8	25,0	3	9,4	-	-	32	100,0
São Paulo	20	44,4	16	35,6	6	13,3	3	6,7	-	-	45	100,0
Sul	48	31,6	69	45,4	25	16,4	10	6,6	-	-		
Paraná	16	30,8	25	48,1	8	15,4	3	5,8	-	-	52	100,0
Santa Catarina	25	31,6	34	43,0	14	17,7	6	7,6	-	-	79	100,0
Rio Grande do Sul	7	33,3	10	47,6	3	14,3	1	4,8	-	-	21	100,0
Centro-Oeste	38	39,6	33	34,4	20	20,8	4	4,2	1	1,0		
Mato Grosso do Sul	12	37,5	9	28,1	9	28,1	1	3,1	1	3,1	32	100,0
Mato Grosso	5	41,7	4	33,3	3	25,0	-	-	-	-	12	100,0
Goiás	21	41,2	19	37,3	8	15,7	3	5,9	-	-	51	100,0
Distrito Federal	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento

Na Tabela 5, observa-se que 83,0% das equipes informam haver insumos disponíveis para a realização das ações do NASF, apresentando-se bastante homogênea entre as regiões. Porém, destaca-se o Distrito Federal, onde todas as equipes informaram não ter os insumos necessários, embora sejam apenas 2 equipes. Ainda no Amapá, mais da metade das equipes (58,8%) também informam não ter insumos.

Tabela 5. Disponibilidade de insumos necessários para a realização das ações do NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Brasil	1472	83,0	302	17,0	1774	100,0
Norte	94	74,6	32	25,4	...	...
Rondônia	5	55,6	4	44,4	9	100,0
Acre	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Amazonas	19	65,5	10	34,5	29	100,0
Roraima	4	100,0	-	-	4	100,0
Pará	35	92,1	3	7,9	38	100,0
Amapá	7	41,2	10	58,8	17	100,0
Tocantins	17	85,0	3	15,0	20	100,0
Nordeste	714	87,0	107	13,0	...	...
Maranhão	34	77,3	10	22,7	44	100,0
Piauí	79	91,9	7	8,1	86	100,0
Ceará	128	90,8	13	9,2	141	100,0
Rio Grande do Norte	48	84,2	9	15,8	57	100,0
Paraíba	98	84,5	18	15,5	116	100,0
Pernambuco	118	83,7	23	16,3	141	100,0
Alagoas	47	87,0	7	13,0	54	100,0
Sergipe	10	83,3	2	16,7	12	100,0
Bahia	152	89,4	18	10,6	170	100,0
Sudeste	420	80,6	101	19,4	...	...
Minas Gerais	247	83,7	48	16,3	295	100,0
Espírito Santo	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Rio de Janeiro	47	66,2	24	33,8	71	100,0
São Paulo	123	82,0	27	18,0	150	100,0
Sul	151	79,9	38	20,1	...	...
Paraná	56	73,7	20	26,3	76	100,0
Santa Catarina	71	86,6	11	13,4	82	100,0
Rio Grande do Sul	24	77,4	7	22,6	31	100,0
Centro-Oeste	93	79,5	24	20,5	...	...
Mato Grosso do Sul	31	81,6	7	18,4	38	100,0
Mato Grosso	13	76,5	4	23,5	17	100,0
Goiás	49	81,7	11	18,3	60	100,0
Distrito Federal	-	-	2	100,0	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados

... Dado numérico não disponível

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento

Em síntese, os resultados apresentados nas Tabelas 3,4 e 5 referentes a infraestrutura apontam resultados positivos e consoantes com as diretrizes propostas pelo MS.

4.2 Oferta de capacitação

De acordo com a Tabela 6, a oferta de formação específica² por ocasião do ingresso no NASF é referida por 63,4% das equipes para todos ou para alguns profissionais da equipe. Quanto à avaliação da formação específica 26,9% das equipes classificaram como muito boa, e 60,0% das equipes como boa. Entretanto em Roraima e Distrito Federal, 100,0% e 50,0%, respectivamente, classificaram como regular (Tabela 6).

Já em relação à oferta de educação permanente³, 67,4% das equipes informam que houve para todos ou para alguns profissionais. Foi avaliada como muito boa por 25,3% das equipes e muito boa por 61,5% das equipes. Contudo, em Roraima e Mato Grosso, 100,0% e 20,0% das equipes, respectivamente, classificaram como regular (Tabela 7).

Apesar dos bons resultados, merece atenção ainda, que cerca de 1/3 dos respondentes informam não receber a formação específica e a educação permanente, respectivamente, 36,6% e 32,6%. Ao analisarem-se esses dados no âmbito de cada estado, os resultados são bem piores, onde mais de 75,0% das equipes NASF dos estados de Rondônia, Espírito Santo e Mato Grosso informam não ter recebido a formação específica. E no Espírito Santo, Acre, Roraima e Mato Grosso, mais de 70,0% das equipes informam não ter recebido a educação permanente

² Formação específica considerada como aquela ofertada às equipes NASF no início do trabalho, tais como: curso introdutório, oficina de capacitação, reunião informativa, outros (BRASIL, 2014).

³ Educação permanente: capacitação ofertada aos profissionais a fim de transformar as práticas e a organização do processo de trabalho. Baseada na problematização e no cotidiano do trabalho em saúde consiste num processo pedagógico de formação e atualização de conhecimentos e habilidades (BRASIL, 2009).

Tabela 6. Oferta de formação específica, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Formação específica NASF								Avaliação da formação específica									
	Sim, para todos os profissionais		Sim, para alguns profissionais		Não		Total		Muito boa		Boa		Regular		Ruim		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	809	45,6	315	17,8	650	36,6	1774	100,0	302	26,9	674	60,0	135	12,0	13	1,2	1124	100,0
Norte	38	30,2	24	19,0	64	50,8	...	...	18	29,0	32	51,6	12	19,4	-	-	...	...
Rondônia	-	-	1	11,1	8	88,9	9	100,0	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
Acre	2	22,2	1	11,1	6	66,7	9	100,0	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	3	100,0
Amazonas	8	27,6	5	17,2	16	55,2	29	100,0	6	46,2	7	53,8	-	-	-	-	13	100,0
Roraima	-	-	2	50,0	2	50,0	4	100,0	-	-	-	-	2	100,0	-	-	2	100,0
Pará	16	42,1	7	18,4	15	39,5	38	100,0	8	34,8	11	47,8	4	17,4	-	-	23	100,0
Amapá	6	35,3	4	23,5	7	41,2	17	100,0	3	30,0	7	70,0	-	-	-	-	10	100,0
Tocantins	6	30,0	4	20,0	10	50,0	20	100,0	1	10,0	5	50,0	4	40,0	-	-	10	100,0
Nordeste	361	44,0	153	18,6	307	37,4	...	...	169	32,9	295	57,4	46	8,9	4	0,8	...	...
Maranhão	9	20,5	22	50,0	13	29,5	44	100,0	11	35,5	15	48,4	5	16,1	-	-	31	100,0
Piauí	40	46,5	12	14,0	34	39,5	86	100,0	19	36,5	29	55,8	4	7,7	-	-	52	100,0
Ceará	68	48,2	29	20,6	44	31,2	141	100,0	33	34,0	59	60,8	3	3,1	2	2,1	97	100,0
Rio Grande do Norte	30	52,6	7	12,3	20	35,1	57	100,0	14	37,8	20	54,1	3	8,1	-	-	37	100,0
Paraíba	41	35,3	17	14,7	58	50,0	116	100,0	16	27,6	37	63,8	5	8,6	-	-	58	100,0
Pernambuco	68	48,2	21	14,9	52	36,9	141	100,0	28	31,5	51	57,3	9	10,1	1	1,1	89	100,0
Alagoas	16	29,6	14	25,9	24	44,4	54	100,0	13	43,3	15	50,0	2	6,7	-	-	30	100,0
Sergipe	4	33,3	4	33,3	4	33,3	12	100,0	3	37,5	5	62,5	-	-	-	-	8	100,0
Bahia	85	50,0	27	15,9	58	34,1	170	100,0	32	28,6	64	57,1	15	13,4	1	0,9	112	100,0
Sudeste	276	53,0	67	12,9	178	34,2	...	...	73	21,3	227	66,2	42	12,2	1	0,3	...	...
Minas Gerais	146	49,5	41	13,9	108	36,6	295	100,0	53	28,3	117	62,6	17	9,1	-	-	187	100,0
Espírito Santo	1	20,0	-	-	4	80,0	5	100,0	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
Rio de Janeiro	37	52,1	8	11,3	26	36,6	71	100,0	6	13,3	28	62,2	11	24,4	-	-	45	100,0
São Paulo	92	61,3	18	12,0	40	26,7	150	100,0	14	12,7	81	73,6	14	12,7	1	0,9	110	100,0
Sul	82	43,4	33	17,5	74	39,2	...	...	14	12,2	68	59,1	26	22,6	7	6,1	...	...
Paraná	42	55,3	10	13,2	24	31,6	76	100,0	4	7,7	25	48,1	16	30,8	7	13,5	52	100,0
Santa Catarina	34	41,5	18	22,0	30	36,6	82	100,0	9	17,3	33	63,5	10	19,2	-	-	52	100,0
Rio Grande do Sul	6	19,4	5	16,1	20	64,5	31	100,0	1	9,1	10	90,9	-	-	-	-	11	100,0
Centro-Oeste	52	44,4	38	32,5	27	23,1	...	...	28	31,1	52	57,8	9	10,0	1	1,1	...	...
Mato Grosso do Sul	17	44,7	10	26,3	11	28,9	38	100,0	9	33,3	14	51,9	3	11,1	1	3,7	27	100,0
Mato Grosso	2	11,8	2	11,8	13	76,5	17	100,0	-	-	4	100,0	-	-	-	-	4	100,0
Goiás	32	53,3	25	41,7	3	5,0	60	100,0	19	33,3	33	57,9	5	8,8	-	-	57	100,0
Distrito Federal	1	50,0	1	50,0	-	-	2	100,0	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014. Nota: Sinais convencionais utilizados. ...Dado numérico não disponível -Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Tabela 7. Oferta de educação permanente, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Oferta de educação permanente								Avaliação da educação permanente											
	Sim, para todos os profissionais		Sim, para alguns profissionais		Não		Total		Muito boa		Boa		Regular		Ruim		Péssima		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	916	51,6	280	15,8	578	32,6	1774	100,0	303	25,3	735	61,5	141	11,8	15	1,3	2	0,2	1196	100,0
Norte	27	21,4	32	25,4	67	53,2	...	...	14	23,7	40	67,8	4	6,8	1	1,7	0	0,0	...	...
Rondônia	-	-	3	33,3	6	66,7	9	100,0	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-	-	-	3	100,0
Acre	2	22,2	-	-	7	77,8	9	100,0	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0
Amazonas	7	24,1	4	13,8	18	62,1	29	100,0	3	27,3	8	72,7	-	-	-	-	-	-	11	100,0
Roraima	-	-	1	25,0	3	75,0	4	100,0	0	0,0	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
Pará	10	26,3	15	39,5	13	34,2	38	100,0	5	20,0	19	76,0	-	-	1	4,0	-	-	25	100,0
Amapá	3	17,6	7	41,2	7	41,2	17	100,0	2	20,0	5	50,0	3	30,0	-	-	-	-	10	100,0
Tocantins	5	25,0	2	10,0	13	65,0	20	100,0	1	14,3	6	85,7	-	-	-	-	-	-	7	100,0
Nordeste	385	46,9	137	16,7	299	36,4	...	...	153	29,3	309	59,2	54	10,3	5	1,0	1	0,2	...	...
Maranhão	18	40,9	8	18,2	18	40,9	44	100,0	6	23,1	19	73,1	1	3,8	-	-	-	-	26	100,0
Piauí	35	40,7	17	19,8	34	39,5	86	100,0	14	26,9	35	67,3	2	3,8	1	1,9	-	-	52	100,0
Ceará	73	51,8	33	23,4	35	24,8	141	100,0	32	30,2	63	59,4	11	10,4	-	-	-	-	106	100,0
Rio Grande do Norte	28	49,1	8	14,0	21	36,8	57	100,0	16	44,4	19	52,8	1	2,8	-	-	-	-	36	100,0
Paraíba	52	44,8	15	12,9	49	42,2	116	100,0	24	35,8	37	55,2	4	6,0	2	3,0	-	-	67	100,0
Pernambuco	71	50,4	18	12,8	52	36,9	141	100,0	18	20,2	52	58,4	18	20,2	-	-	1	1,1	89	100,0
Alagoas	18	33,3	11	20,4	25	46,3	54	100,0	9	31,0	18	62,1	2	6,9	-	-	-	-	29	100,0
Sergipe	6	50,0	1	8,3	5	41,7	12	100,0	3	42,9	3	42,9	1	14,3	-	-	-	-	7	100,0
Bahia	84	49,4	26	15,3	60	35,3	170	100,0	31	28,2	63	57,3	14	12,7	2	1,8	-	-	110	100,0
Sudeste	326	62,6	63	12,1	132	25,3	...	...	95	24,4	240	61,7	47	12,1	6	1,5	1	0,3	...	...
Minas Gerais	164	55,6	40	13,6	91	30,8	295	100,0	61	29,9	121	59,3	18	8,8	4	2,0	-	-	204	100,0
Espírito Santo	-	-	-	-	5	100,0	5	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rio de Janeiro	44	62,0	9	12,7	18	25,4	71	100,0	11	20,8	35	66,0	7	13,2	-	-	-	-	53	100,0
São Paulo	118	78,7	14	9,3	18	12,0	150	100,0	23	17,4	84	63,6	22	16,7	2	1,5	1	0,8	132	100,0
Sul	125	66,1	29	15,3	35	18,5	...	...	22	14,3	100	64,9	30	19,5	2	1,3	-	-	...	...
Paraná	44	57,9	18	23,7	14	18,4	76	100,0	7	11,3	36	58,1	17	27,4	2	3,2	-	-	62	100,0
Santa Catarina	61	74,4	9	11,0	12	14,6	82	100,0	10	14,3	48	68,6	12	17,1	-	-	-	-	70	100,0
Rio Grande do Sul	20	64,5	2	6,5	9	29,0	31	100,0	5	22,7	16	72,7	1	4,5	-	-	-	-	22	100,0
Centro-Oeste	53	45,3	19	16,2	45	38,5	...	...	19	26,4	46	63,9	6	8,3	1	1,4	-	-	...	...
Mato Grosso do Sul	26	68,4	4	10,5	8	21,1	38	100,0	10	33,3	16	53,3	4	13,3	-	-	-	-	30	100,0
Mato Grosso	3	17,6	2	11,8	12	70,6	17	100,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	-	-	-	-	5	100,0
Goiás	23	38,3	13	21,7	24	40,0	60	100,0	8	22,2	26	72,2	1	2,8	1	2,8	-	-	36	100,0
Distrito Federal	1	50,0	-	-	1	50,0	2	100,0	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014. Nota: Sinais convencionais utilizados ... Dado numérico não disponível - Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento

Dentre os temas mais abordados na educação permanente, mais de 80,0% das equipes destacam a Organização do processo de trabalho do NASF e a Saúde Mental. Outros temas abordados foram: situações de conflitos sociais (79,7%), princípios e diretrizes da AB (76,1%), organização do processo de trabalho da AB (75,3%) e condições e doenças crônicas (74,8%) (Tabela 8).

Tabela 8. Temas abordados em educação permanente, Brasil, 2014. (N=1.774)

Variáveis	N	%
Organização do processo de trabalho do NASF	768	83,8
Saúde Mental	739	80,7
Situações de conflitos sociais	730	79,7
Princípios e diretrizes da AB	697	76,1
Organização do processo de trabalho da AB	690	75,3
Condições/doenças crônicas	685	74,8
Discussão de casos complexos e construção PTS	655	71,5
Saúde da mulher	650	71,0
Saúde da criança	647	70,6
Reabilitação/Saúde da pessoa idosa	611	66,7
Metodologias de trabalho com grupos	598	65,3
Ações de vigilância no território	525	57,3
Outros	308	33,6

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Em síntese, os resultados apresentados nas Tabelas 6, 7 e 8 apresentam a oferta de capacitação para os profissionais das equipes NASF e os temas abordados

Embora a maior parte dos respondentes afirme ter recebido algum tipo de formação específica e educação permanente para atuar no NASF, é significativo o percentual de respostas negativas para esses temas. Apenas em torno de 50,0% das equipes foi ofertado a todos os profissionais, apontando para a necessidade de fortalecimento dessa estratégia.

4.3 Coordenação e Planejamento

Na Tabela 9, observam-se dados sobre a coordenação do NASF referida como existente por 92,6% das equipes. Em todos os estados, a existência de coordenação é superior a 77,0%, exceto Mato Grosso, onde 35,3% das equipes NASF, informam a inexistência de coordenação.

Ao observar-se a instância que exerce a coordenação, verifica-se que em todos os estados, predomina a coordenação específica para a equipe NASF, exceto Rondônia e Espírito

Santo, onde predomina a coordenação AB. No Distrito Federal, a coordenação está igualmente dividida entre específica e AB (somente 2 equipes).

Tabela 9. Organização da coordenação do NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Existência de coordenação						Instância que realiza a coordenação											
	Sim		Não		Total		AB		Específica para equipe NASF		Região ou distrito de saúde		UBS		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	1642	92,6	132	7,4	1774	100,0	444	27,0	1012	61,6	88	5,4	41	2,5	57	3,5	1642	100,0
Norte	111	88,1	15	11,9	...	...	26	23,4	80	72,1	-	-	3	2,7	2	1,8	...	...
Rondônia	7	77,8	2	22,2	9	100,0	4	57,1	3	42,9	-	-	-	-	-	-	7	100,0
Acre	7	77,8	2	22,2	9	100,0		-	7	100,0	-	-	-	-	-	-	7	100,0
Amazonas	24	82,8	5	17,2	29	100,0	6	25,0	16	66,7	-	-	2	8,3	-	-	24	100,0
Roraima	4	100,0	-	-	4	100,0	1	25,0	3	75,0	-	-	-	-	-	-	4	100,0
Pará	35	92,1	3	7,9	38	100,0	7	20,0	27	77,1	-	-	-	-	1	2,9	35	100,0
Amapá	15	88,2	2	11,8	17	100,0	1	6,7	14	93,3	-	-	-	-	-	-	15	100,0
Tocantins	19	95,0	1	5,0	20	100,0	7	36,8	10	52,6	-	-	1	5,3	1	5,3	19	100,0
Nordeste	768	93,5	53	6,5	...	...	204	26,6	506	65,9	30	3,9	8	1,0	20	2,6	...	...
Maranhão	42	95,5	2	4,5	44	100,0	6	14,3	34	81,0	-	-	1	2,4	1	2,4	42	100,0
Piauí	78	90,7	8	9,3	86	100,0	18	23,1	55	70,5	4	5,1	-	-	1	1,3	78	100,0
Ceará	137	97,2	4	2,8	141	100,0	29	21,2	103	75,2	2	1,5	1	0,7	2	1,5	137	100,0
Rio Grande do Paraíba	54	94,7	3	5,3	57	100,0	16	29,6	31	57,4	-	-	1	1,9	6	11,1	54	100,0
Pernambuco	109	94,0	7	6,0	116	100,0	28	25,7	63	57,8	16	14,7	-	-	2	1,8	109	100,0
Alagoas	136	96,5	5	3,5	141	100,0	36	26,5	92	67,6	5	3,7	1	0,7	2	1,5	136	100,0
Sergipe	47	87,0	7	13,0	54	100,0	8	17,0	36	76,6	3	6,4	-	-	-	-	47	100,0
Bahia	11	91,7	1	8,3	12	100,0	3	27,3	8	72,7	-	-	-	-	-	-	11	100,0
Bahia	154	90,6	16	9,4	170	100,0	60	39,0	84	54,5	-	-	4	2,6	6	3,9	154	100,0
Sudeste	489	93,9	32	6,1	...	...	136	27,8	271	55,4	39	8,0	19	3,9	24	4,9	...	...
Minas Gerais	275	93,2	20	6,8	295	100,0	89	32,4	139	50,5	23	8,4	16	5,8	8	2,9	275	100,0
Espírito Santo	5	100,0	-	-	5	100,0	3	60,0	2	40,0	-	-	-	-	-	-	5	100,0
Rio de Janeiro	63	88,7	8	11,3	71	100,0	19	30,2	36	57,1	3	4,8	2	3,2	3	4,8	63	100,0
São Paulo	146	97,3	4	2,7	150	100,0	25	17,1	94	64,4	13	8,9	1	0,7	13	8,9	146	100,0
Sul	175	92,6	14	7,4	...	...	43	24,6	104	59,4	15	8,6	5	2,9	8	4,6	...	...
Paraná	72	94,7	4	5,3	76	100,0	17	23,6	48	66,7	3	4,2	1	1,4	3	4,2	72	100,0
Santa Catarina	78	95,1	4	4,9	82	100,0	16	20,5	45	57,7	12	15,4	1	1,3	4	5,1	78	100,0
Rio Grande do Sul	25	80,6	6	19,4	31	100,0	10	40,0	11	44,0	-	-	3	12,0	1	4,0	25	100,0
Centro-Oeste	99	84,6	18	15,4	...	...	35	35,4	51	51,5	4	4,0	6	6,1	3	3,0	...	...
Mato Grosso do Sul	33	86,8	5	13,2	38	100,0	8	24,2	20	60,6	2	6,1	2	6,1	1	3,0	33	100,0
Mato Grosso	11	64,7	6	35,3	17	100,0	5	45,5	3	27,3	1	9,1	1	9,1	1	9,1	11	100,0
Goiás	53	88,3	7	11,7	60	100,0	21	39,6	27	50,9	1	1,9	3	5,7	1	1,9	53	100,0
Distrito Federal	2	100,0	-	-	2	100,0	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	-	-	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014 Nota: Sinais convencionais utilizados. ... Dado numérico não disponível -Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento

A Tabela 10 apresenta o planejamento das ações do NASF, considerando a utilização de registro de informação, o monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde em conjunto AB/NASF e a realização de autoavaliação. Observa-se que a grande maioria das equipes (97,4%) informa haver registro de informações das ações realizadas. Destacam-se os estados de Rio Grande do Sul e Rondônia com 12,9% e 11,1% das equipes NASF, respectivamente, informando não realizar o registro de informações.

Quanto ao monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde realizada em conjunto pelas equipes AB/NASF, 65,0% das equipes NASF informam realizar. Porém, os estados do Mato Grosso, Rondônia e Distrito Federal apresentam percentuais superiores a 70,0% de não realização dessas ações. Sendo que no DF, apenas duas equipes NASF são participantes do PMAQ e ambas referem não realizar essas ações (Tabela 10).

Referente à autoavaliação nos últimos doze meses, observa-se que 84,2% das equipes referem realizar. Destaca-se, entretanto, que apesar de obrigatória para as equipes que aderiram ao PMAQ, 15,8% das equipes não informaram realizar autoavaliação. Ao analisar os dados estaduais, em Rondônia, Roraima, Amapá, Tocantins e Mato Grosso, o percentual de não realização da autoavaliação ultrapassa de 50,0% (Tabela 10).

No que diz respeito ao instrumento utilizado para a autoavaliação, 90,4% informam o do AMAQ⁴-NASF, 10,9% indicam ter realizado uma avaliação informal, sem instrumento específico, e 10,4% utilizam instrumento desenvolvido pela própria equipe (Tabela 11).

⁴ AMAQ- Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da qualidade da AB.

Tabela 10. Planejamento das ações do NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Utiliza de registro de informação						Monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde AB/NASF						Autoavaliação dos últimos 12 meses					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
	N	%	N	N	%	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	1727	97,4	47	2,6	1774	100,0	1153	65,0	621	35,0	1774	100,0	1494	84,2	280	15,8	1774	100,0
Norte	120	95,2	6	4,8	...	...	80	63,5	46	36,5	...	...	75	59,5	51	40,5	...	...
Rondônia	8	88,9	1	11,1	9	100,0	2	22,2	7	77,8	9	100,0	4	44,4	5	55,6	9	100,0
Acre	9	100,0	-	-	9	100,0	8	88,9	1	11,1	9	100,0	8	88,9	1	11,1	9	100,0
Amazonas	27	93,1	2	6,9	29	100,0	17	58,6	12	41,4	29	100,0	19	65,5	10	34,5	29	100,0
Roraima	4	100,0	-	-	4	100,0	3	75,0	1	25,0	4	100,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Pará	36	94,7	2	5,3	38	100,0	26	68,4	12	31,6	38	100,0	25	65,8	13	34,2	38	100,0
Amapá	17	100,0	-	-	17	100,0	11	64,7	6	35,3	17	100,0	8	47,1	9	52,9	17	100,0
Tocantins	19	95,0	1	5,0	20	100,0	13	65,0	7	35,0	20	100,0	9	45,0	11	55,0	20	100,0
Nordeste	801	97,6	20	2,4	...	...	557	67,8	264	32,2	...	...	708	86,2	113	13,8	...	...
Maranhão	44	100,0	-	-	44	100,0	31	70,5	13	29,5	44	100,0	33	75,0	11	25,0	44	100,0
Piauí	82	95,3	4	4,7	86	100,0	60	69,8	26	30,2	86	100,0	70	81,4	16	18,6	86	100,0
Ceará	140	99,3	1	0,7	141	100,0	99	70,2	42	29,8	141	100,0	123	87,2	18	12,8	141	100,0
Rio Grande do Norte	55	96,5	2	3,5	57	100,0	42	73,7	15	26,3	57	100,0	49	86,0	8	14,0	57	100,0
Paraíba	116	100,0	-	-	116	100,0	75	64,7	41	35,3	116	100,0	111	95,7	5	4,3	116	100,0
Pernambuco	132	93,6	9	6,4	141	100,0	95	67,4	46	32,6	141	100,0	115	81,6	26	18,4	141	100,0
Alagoas	53	98,1	1	1,9	54	100,0	34	63,0	20	37,0	54	100,0	44	81,5	10	18,5	54	100,0
Sergipe	12	100,0	-	-	12	100,0	7	58,3	5	41,7	12	100,0	9	75,0	3	25,0	12	100,0
Bahia	167	98,2	3	1,8	170	100,0	114	67,1	56	32,9	170	100,0	154	90,6	16	9,4	170	100,0
Sudeste	511	98,1	10	1,9	...	...	341	65,5	180	34,5	...	...	465	89,3	56	10,7	...	...
Minas Gerais	292	99,0	3	1,0	295	100,0	196	66,4	99	33,6	295	100,0	267	90,5	28	9,5	295	100,0
Espírito Santo	5	100,0	-	-	5	100,0	4	80,0	1	20,0	5	100,0	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Rio de Janeiro	67	94,4	4	5,6	71	100,0	40	56,3	31	43,7	71	100,0	55	77,5	16	22,5	71	100,0
São Paulo	147	98,0	3	2,0	150	100,0	101	67,3	49	32,7	150	100,0	139	92,7	11	7,3	150	100,0
Sul	182	96,3	7	3,7	...	...	105	55,6	84	44,4	...	...	166	87,8	23	12,2	...	...
Paraná	73	96,1	3	3,9	76	100,0	35	46,1	41	53,9	76	100,0	65	85,5	11	14,5	76	100,0
Santa Catarina	82	100,0	-	-	82	100,0	51	62,2	31	37,8	82	100,0	79	96,3	3	3,7	82	100,0
Rio Grande do Sul	27	87,1	4	12,9	31	100,0	19	61,3	12	38,7	31	100,0	22	71,0	9	29,0	31	100,0
Centro-Oeste	113	96,6	4	3,4	...	...	70	59,8	47	40,2	...	...	80	68,4	37	31,6	...	...
Mato Grosso do Sul	36	94,7	2	5,3	38	100,0	27	71,1	11	28,9	38	100,0	29	76,3	9	23,7	38	100,0
Mato Grosso	17	100,0	-	-	17	100,0	5	29,4	12	70,6	17	100,0	7	41,2	10	58,8	17	100,0
Goiás	58	96,7	2	3,3	60	100,0	38	63,3	22	36,7	60	100,0	42	70,0	18	30,0	60	100,0
Distrito Federal	2	100,0	-	-	2	100,0	-	-	2	100,0	2	100,0	2	100,0	-	-	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014. Nota: Sinais convencionais utilizados. ... Dado numérico não disponível - Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Embora o MS disponibilize sistemas para registro das informações, chama a atenção que 65,3% das equipes NASF informam que os registros são construídos pela própria equipe, como fichas, planilhas ou relatórios; 44,2% das equipes registram as informações no SIAB⁵; o e-SUS⁶ é utilizado por 18,2% e o SIA⁷ por 15,3%. Tais resultados evidenciam que a maior parte dos registros não ocorre nos sistemas ofertados pelo governo ou ocorre de forma repetida entre eles. Embora o MS não preconize a utilização de apenas um sistema de informação, facultando às equipes a escolha de qual utilizar, tal situação possivelmente não facilita o monitoramento e análise das informações (Tabela 11).

São referidas pelas equipes NASF como informações disponibilizadas pela gestão para auxiliar o diagnóstico, avaliação e planejamento das ações, as principais demandas das equipes AB (79,9%); os principais problemas do território (78,4%) e dados epidemiológicos do município (70,3%) (Tabela 11).

Quanto à realização de forma conjunta, entre equipe AB e NASF, de ações de planejamento, 87,0% das equipes NASF informam realizar (Tabela 11).

⁵ SIAB- Sistema de Informação Atenção Básica: sistema (software), desenvolvido pelo DATASUS 1998, que agrega, armazena e processa as informações relacionadas à AB.

⁶ e-SUS- Novo sistema de informação para reestruturar as informações da AB em nível nacional.

⁷ SIA- Sistema de informação ambulatorial, criado em 1992 em substituição ao GAP e SICAPS para financiar os atendimentos ambulatoriais.

Tabela 11. Registro de informações, planejamento conjunto e autoavaliação, Brasil, 2014.

Variáveis	N	%
Mecanismo utilizado para registro de informações (N=1.727)		
Fichas, planilhas ou relatórios construídos pela própria equipe NASF	1127	65,3
SIAB	763	44,2
Sistema próprio do município/equipe	538	31,2
e-SUS	315	18,2
Outros	267	15,5
SIA	264	15,3
Informações de saúde disponibilizadas pela gestão para a equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento (N=1.774)		
Principais demandas das EAB	1418	79,9
Principais problemas de saúde do território	1390	78,4
Dados epidemiológicos do município	1248	70,3
Perfil da demanda atendida pelo NASF	1114	62,8
Outras prioridades definidas pela gestão	929	52,4
Desafios apontados na autoavaliação	928	52,3
A gestão não disponibiliza informações	123	6,9
Planejamento do NASF foi realizado de forma conjunta ou integrado ao planejamento das equipes AB (N=1.774)		
Sim	1485	87,0
Não	221	13,0
Instrumento utilizado para autoavaliação da equipe (N=1.774)		
AMAQ-NASF	1351	90,4
Instrumento desenvolvido pela SES	21	1,4
Instrumento desenvolvido pela SMS	121	8,1
Instrumento desenvolvido pela própria equipe	156	10,4
Autoavaliação informal, sem instrumento específico	163	10,9

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Sobre a organização da agenda do NASF, 92,6% das equipes NASF informam realizar a pactuação do cronograma com as equipes apoiadas (Tabela 12). O pior resultado é apresentado pelo estado de Rondônia em que 44,4% das equipes não fazem pactuação.

Tabela 12. Pactuação do cronograma de atividades pelas equipes AB/NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Brasil	1643	92,6	131	7,4	1774	100,0
Norte	107	84,9	19	15,1	...	...
Rondônia	5	55,6	4	44,4	9	100,0
Acre	8	88,9	1	11,1	9	100,0
Amazonas	21	72,4	8	27,6	29	100,0
Roraima	4	100,0	-	-	4	100,0
Pará	36	94,7	2	5,3	38	100,0
Amapá	16	94,1	1	5,9	17	100,0
Tocantins	17	85,0	3	15,0	20	100,0
Nordeste	762	92,8	59	7,2	...	...
Maranhão	40	90,9	4	9,1	44	100,0
Piauí	79	91,9	7	8,1	86	100,0
Ceará	130	92,2	11	7,8	141	100,0
Rio Grande do Norte	55	96,5	2	3,5	57	100,0
Paraíba	105	90,5	11	9,5	116	100,0
Pernambuco	135	95,7	6	4,3	141	100,0
Alagoas	45	83,3	9	16,7	54	100,0
Sergipe	11	91,7	1	8,3	12	100,0
Bahia	162	95,3	8	4,7	170	100,0
Sudeste	499	95,8	22	4,2	...	...
Minas Gerais	283	95,9	12	4,1	295	100,0
Espírito Santo	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Rio de Janeiro	65	91,5	6	8,5	71	100,0
São Paulo	147	98,0	3	2,0	150	100,0
Sul	168	88,9	21	11,1	...	...
Paraná	66	86,8	10	13,2	76	100,0
Santa Catarina	75	91,5	7	8,5	82	100,0
Rio Grande do Sul	27	87,1	4	12,9	31	100,0
Centro-Oeste	107	91,5	10	8,5	...	...
Mato Grosso do Sul	34	89,5	4	10,5	38	100,0
Mato Grosso	12	70,6	5	29,4	17	100,0
Goiás	59	98,3	1	1,7	60	100,0
Distrito Federal	2	100,0	-	-	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A realização de ações não programadas em situações imprevistas é relatada em mais de 80,0% das equipes NASF. Quanto às atividades contempladas na agenda dos profissionais do NASF se encontram: 98,3% de atendimentos domiciliares, 97,2% atividades de educação em saúde, 95,3% consultas individuais pelos profissionais do NASF, 92,3% atividades comunitárias, 91,5% discussões de caso, 91,1% grupos terapêuticos, 90,7% consultas compartilhadas com outros profissionais da equipe AB e NASF e 80,7%, ações de educação permanente (Tabela 13).

Tabela 13. Organização da agenda, Brasil, 2014 (N=1.774).

Variáveis	N	%
Desenvolvimento de ações não programadas, em situações imprevistas		
Sempre	975	55,0
Na maioria das vezes	470	26,5
Às vezes	263	14,8
Raramente	45	2,5
Nunca	21	1,2
Atividades contempladas na agenda dos profissionais		
Atendimentos domiciliares	1743	98,3
Atividades de educação em saúde	1725	97,2
Consultas individuais do profissional do NASF	1690	95,3
Atividades comunitárias	1637	92,3
Discussão de casos	1624	91,5
Grupos terapêuticos	1617	91,1
Consultas compartilhadas com outros profissionais da equipe AB e NASF	1609	90,7
Ações de educação permanente	1431	80,7
Outros	473	26,7

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Em síntese, os resultados apresentados nas Tabelas 9, 10, 11, 12 e 13 referentes a coordenação e planejamento das ações do NASF apontam para potencialidades e fragilidades das equipes. Como potencialidades pode-se citar o registro de informações, a realização da autoavaliação, a realização do planejamento conjunto, pactuação do cronograma de atividades e a organização da agenda. Já como fragilidades encontra-se o monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde e a baixa utilização dos sistemas de informações oficiais do MS, estes carecendo de maior atenção por parte do MS.

4.4 Desenvolvimento do Apoio Matricial

Em relação à organização do apoio matricial, a periodicidade de encontros entre as equipes NASF e AB é referida por 35,6% e 19,1% das NASF com periodicidade semanal e mensal respectivamente. Ressalta-se que nos estados de Rondônia e Espírito Santo, 66,7% e 40,0%, das equipes respectivamente, informam não haver periodicidade definida para os encontros (Tabela 14).

Tabela 14. Organização do apoio matricial, segundo Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=1.774)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Periodicidade encontros NASF/AB													
	Diariamente		Semanal		Quinzenal		Mensal		Sem periodicidade definida		Periodicidade diferente entre equipes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	186	10,5	631	35,6	127	7,2	339	19,1	245	13,8	246	13,9	1774	100,0
Norte	17	13,5	30	23,8	8	6,3	25	19,8	36	28,6	10	7,9	...	...
Rondônia	-	-	-	-	-	-	2	22,2	6	66,7	1	11,1	9	100,0
Acre	-	-	2	22,2	1	11,1	3	33,3	2	22,2	1	11,1	9	100,0
Amazonas	7	24,1	9	31,0	2	6,9	1	3,4	7	24,1	3	10,3	29	100,0
Roraima	1	25,0	-	-	1	25,0	-	-	1	25,0	1	25,0	4	100,0
Pará	6	15,8	9	23,7	-	-	12	31,6	9	23,7	2	5,3	38	100,0
Amapá	1	5,9	6	35,3	1	5,9	1	5,9	6	35,3	2	11,8	17	100,0
Tocantins	2	10,0	4	20,0	3	15,0	6	30,0	5	25,0	-	-	20	100,0
Nordeste	82	10,0	258	31,4	54	6,6	174	21,2	123	15,0	130	15,8	...	...
Maranhão	9	20,5	10	22,7	2	4,5	10	22,7	7	15,9	6	13,6	44	100,0
Piauí	6	7,0	15	17,4	7	8,1	31	36,0	13	15,1	14	16,3	86	100,0
Ceará	15	10,6	44	31,2	9	6,4	35	24,8	19	13,5	19	13,5	141	100,0
Rio Grande do	5	8,8	22	38,6	2	3,5	15	26,3	6	10,5	7	12,3	57	100,0
Paraíba	15	12,9	28	24,1	5	4,3	26	22,4	22	19,0	20	17,2	116	100,0
Pernambuco	14	9,9	51	36,2	11	7,8	28	19,9	17	12,1	20	14,2	141	100,0
Alagoas	1	1,9	14	25,9	1	1,9	6	11,1	21	38,9	11	20,4	54	100,0
Sergipe	-	-	4	33,3	-	-	4	33,3	3	25,0	1	8,3	12	100,0
Bahia	17	10,0	70	41,2	17	10,0	19	11,2	15	8,8	32	18,8	170	100,0
Sudeste	56	10,7	224	43,0	39	7,5	109	20,9	39	7,5	54	10,4	...	...
Minas Gerais	31	10,5	112	38,0	13	4,4	89	30,2	24	8,1	26	8,8	295	100,0
Espírito Santo	-	-	1	20,0	-	-	1	20,0	2	40,0	1	20,0	5	100,0
Rio de Janeiro	10	14,1	27	38,0	7	9,9	5	7,0	8	11,3	14	19,7	71	100,0
São Paulo	15	10,0	84	56,0	19	12,7	14	9,3	5	3,3	13	8,7	150	100,0
Sul	16	8,5	71	37,6	22	11,6	22	11,6	32	16,9	26	13,8	...	...
Paraná	6	7,9	23	30,3	8	10,5	8	10,5	21	27,6	10	13,2	76	100,0
Santa Catarina	4	4,9	37	45,1	11	13,4	12	14,6	8	9,8	10	12,2	82	100,0
Rio Grande do Sul	6	19,4	11	35,5	3	9,7	2	6,5	3	9,7	6	19,4	31	100,0
Centro-Oeste	15	12,8	48	41,0	4	3,4	9	7,7	15	12,8	26	22,2	...	...
Mato Grosso do	1	2,6	21	55,3	1	2,6	4	10,5	7	18,4	4	10,5	38	100,0
Mato Grosso	4	23,5	4	23,5	-	-	-	-	5	29,4	4	23,5	17	100,0
Goiás	10	16,7	22	36,7	3	5,0	4	6,7	3	5,0	18	30,0	60	100,0
Distrito Federal	-	-	1	50,0	-	-	1	50,0	-	-	-	-	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Dentre as atividades de apoio matricial informadas pelas equipes NASF como realizadas nos encontros entre a equipe NASF e AB, em mais de 92,0% das equipes informam discussão de casos que pode gerar encaminhamento a outros pontos de atenção e visitas com os profissionais da sua equipe. Já as atividades de discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores, intervenções no território em conjunto com suas equipes e articulação junto às equipes AB com outros pontos da rede de saúde e intersetorial são referidos por 85,2% a 88,8% das equipes (Tabela 15).

Tabela 15. Atividades de apoio matricial, Brasil, 2014 (N=1.774).

Variáveis	N	%
Atividades de apoio matricial realizadas nos encontros entre NASF/AB		
Discussão de casos que poderão gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção	1655	93,3
Realizam visitas com os profissionais da sua equipe	1646	92,8
Discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores	1575	88,8
Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe	1534	86,5
Articulação, junto às equipes de Atenção Básica, de ações com outros pontos da rede	1511	85,2
Consultas compartilhadas com os profissionais da Equipe de Atenção Básica	1482	83,5
Discussões sobre o processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica e também do	1482	83,5
Consultas individuais do profissional do NASF	1430	80,6
Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional.	1416	79,7
Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da Equipe de	1380	77,8
Construção conjunta com os profissionais da Equipe de Atenção Básica de projetos	1282	72,3
Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada	1100	62,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Dentre todas as atividades de apoio matricial relatadas pelas equipes NASF nos encontros entre NASF/AB, destaca-se o monitoramento e avaliação de resultados da atenção, como a menos referida pelas equipes (62,0%). Nos estados de Rondônia e Mato Grosso, 77,8% e 70,6% das equipes, respectivamente, informam não realizar essa ação. Destaque também para o Distrito Federal que não realiza essa ação nas duas equipes participantes do PMAQ (Tabela 16).

O monitoramento de projetos terapêuticos singulares (PTS) realizado de forma conjunta com a AB foi informado por 64,3% das equipes. No entanto, os estados de Mato Grosso, Rondônia e Sergipe encontram-se percentuais superiores a 66,0% de não realização dessa atividade (Tabela 16).

Tabela 16. Monitoramento de PTS e de resultados da atenção compartilhada, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Monitoramento PTS em conjunto NASF/AB						Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	1141	64,3	633	35,7	1774	100,0	1100	62,0	674	38,0	1774	100,0
Norte	68	54,0	58	46,0	...	...	64	50,8	62	49,2	...	...
Rondônia	3	33,3	6	66,7	9	100,0	2	22,2	7	77,8	9	100,0
Acre	6	66,7	3	33,3	9	100,0	6	66,7	3	33,3	9	100,0
Amazonas	13	44,8	16	55,2	29	100,0	16	55,2	13	44,8	29	100,0
Roraima	3	75,0	1	25,0	4	100,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Pará	25	65,8	13	34,2	38	100,0	17	44,7	21	55,3	38	100,0
Amapá	9	52,9	8	47,1	17	100,0	10	58,8	7	41,2	17	100,0
Tocantins	9	45,0	11	55,0	20	100,0	11	55,0	9	45,0	20	100,0
Nordeste	482	58,7	339	41,3	...	...	509	62,0	312	38,0	...	...
Maranhão	24	54,5	20	45,5	44	100,0	30	68,2	14	31,8	44	100,0
Piauí	52	60,5	34	39,5	86	100,0	48	55,8	38	44,2	86	100,0
Ceará	87	61,7	54	38,3	141	100,0	78	55,3	63	44,7	141	100,0
Rio Grande do Norte	36	63,2	21	36,8	57	100,0	38	66,7	19	33,3	57	100,0
Paraíba	48	41,4	68	58,6	116	100,0	73	62,9	43	37,1	116	100,0
Pernambuco	100	70,9	41	29,1	141	100,0	95	67,4	46	32,6	141	100,0
Alagoas	24	44,4	30	55,6	54	100,0	27	50,0	27	50,0	54	100,0
Sergipe	4	33,3	8	66,7	12	100,0	7	58,3	5	41,7	12	100,0
Bahia	107	62,9	63	37,1	170	100,0	113	66,5	57	33,5	170	100,0
Sudeste	398	76,4	123	23,6	...	...	364	69,9	157	30,1	...	...
Minas Gerais	217	73,6	78	26,4	295	100,0	203	68,8	92	31,2	295	100,0
Espírito Santo	2	40,0	3	60,0	5	100,0	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Rio de Janeiro	54	76,1	17	23,9	71	100,0	43	60,6	28	39,4	71	100,0
São Paulo	125	83,3	25	16,7	150	100,0	115	76,7	35	23,3	150	100,0
Sul	122	64,6	67	35,4	...	...	101	53,4	88	46,6	...	...
Paraná	44	57,9	32	42,1	76	100,0	33	43,4	43	56,6	76	100,0
Santa Catarina	58	70,7	24	29,3	82	100,0	50	61,0	32	39,0	82	100,0
Rio Grande do Sul	20	64,5	11	35,5	31	100,0	18	58,1	13	41,9	31	100,0
Centro-Oeste	71	60,7	46	39,3	...	...	62	53,0	55	47,0	...	...
Mato Grosso do Sul	22	57,9	16	42,1	38	100,0	20	52,6	18	47,4	38	100,0
Mato Grosso	5	29,4	12	70,6	17	100,0	5	29,4	12	70,6	17	100,0
Goiás	43	71,7	17	28,3	60	100,0	37	61,7	23	38,3	60	100,0
Distrito Federal	1	50,0	1	50,0	2	100,0	-	-	2	100,0	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A Tabela 17 exibe dados sobre a gestão da demanda e da atenção compartilhada. Essas ações estão relacionadas ao acionamento do NASF pela equipe AB e ao desenvolvimento do trabalho compartilhado e atividades desenvolvidas entre as equipes NASF e AB. Apenas 58,2% das equipes realizam o monitoramento das solicitações de apoio e das demandas mais frequentes. Quanto aos indicadores utilizados para avaliar o impacto das ações do NASF nas equipes apoiadas, 63,2% analisam as situações de saúde dos casos compartilhados. Os demais indicadores apresentam percentuais inferiores a 50,0%, sendo que

19,3% das equipes informam não avaliar o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas.

Tabela 17. Gestão da demanda e da atenção compartilhada, Brasil, 2014 (N=1.774).

Variáveis	N	%
Realização de monitoramento das solicitações de apoio e demandas mais frequentes		
Sim	1033	58,2
Algumas vezes	361	20,3
Não	380	21,4
Indicadores utilizados para avaliar o impacto das ações do NASF nas equipes apoiadas		
Análise das situações de saúde dos casos compartilhados	1121	63,2
Análise dos indicadores de saúde da população do território	873	49,2
Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF	802	45,2
Análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada	706	39,8
Outros	372	21,0
Não avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas.	343	19,3

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Em relação ao registro de informações observa-se, na Tabela 18, que 83,0% das equipes NASF informam realizar o registro das ações em prontuário em comum com AB. Contudo, 41,0% das equipes nos estados de Rondônia, Sergipe e Mato Grosso referem não realizar esse registro.

A respeito das atividades registradas, os maiores percentuais são encontrados para os atendimentos domiciliares (95,4%), consultas individuais do profissional do NASF (92,8%) e consultas compartilhadas (85,1%). Os grupos terapêuticos apresentam os menores registros, e são referidos em menos de 27,0% das equipes no Amazonas, Sergipe, Espírito Santo e Mato Grosso (Tabela 18).

Tabela 18. Registro de atividades em prontuário comum com as equipes AB, segundo profissional do NASF, por Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Registro de atividades em prontuário comum com a equipe AB				Atividades registradas em prontuários comuns																			
					Consultas Individuais				Consultas Compartilhadas				Atendimentos Domiciliares				Grupos Terapêuticos				Encaminhamentos e condutas			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	1472	83,0	302	17,0	1366	92,8	106	7,2	1253	85,1	219	14,9	1405	95,4	67	4,6	834	56,7	638	43,3	1083	73,6	389	26,4
Norte	100	79,4	26	20,6	90	90	10	10	71	71	29	29	92	92	8	8	42	42	58	58	62	62	38	38
Rondonia	3	33,3	6	66,7	3	100	-	-	2	66,7	1	33,3	2	66,7	1	33,3	1	33,3	2	66,7	2	66,7	1	33,3
Acre	7	77,8	2	22,2	7	100	-	-	5	71,4	2	28,6	6	85,7	1	14,3	4	57,1	3	42,9	3	42,9	4	57,1
Amazonas	26	89,7	3	10,3	22	84,6	4	15,4	19	73,1	7	26,9	26	100	-	-	7	26,9	19	73,1	17	65,4	9	34,6
Roraima	4	100	-	-	2	50	2	50	3	75	1	25	4	100	-	-	2	50	2	50	3	75	1	25
Pará	34	89,5	4	10,5	32	94,1	2	5,9	21	61,8	13	38,2	29	85,3	5	14,7	18	52,9	16	47,1	20	58,8	14	41,2
Amapá	13	76,5	4	23,5	12	92,3	1	7,7	11	84,6	2	15,4	13	100	-	-	5	38,5	8	61,5	10	76,9	3	23,1
Tocantins	13	65	7	35	12	92,3	1	7,7	10	76,9	3	23,1	12	92,3	1	7,7	5	38,5	8	61,5	7	53,8	6	46,2
Nordeste	647	78,8	174	21,2	597	92,3	50	7,7	549	84,9	98	15,1	614	94,9	33	5,1	316	48,8	331	51,2	444	68,6	203	31,4
Maranhão	34	77,3	10	22,7	31	91,2	3	8,8	29	85,3	5	14,7	31	91,2	3	8,8	19	55,9	15	44,1	25	73,5	9	26,5
Piauí	54	62,8	32	37,2	48	88,9	6	11,1	36	66,7	18	33,3	51	94,4	3	5,6	30	55,6	24	44,4	32	59,3	22	40,7
Ceará	120	85,1	21	14,9	112	93,3	8	6,7	103	85,8	17	14,2	115	95,8	5	4,2	75	62,5	45	37,5	90	75	30	25
Rio Grande do Norte	47	82,5	10	17,5	45	95,7	2	4,3	43	91,5	4	8,5	45	95,7	2	4,3	24	51,1	23	48,9	34	72,3	13	27,7
Paraíba	74	63,8	42	36,2	66	89,2	8	10,8	57	77	17	23	70	94,6	4	5,4	26	35,1	48	64,9	48	64,9	26	35,1
Pernambuco	127	90,1	14	9,9	121	95,3	6	4,7	116	91,3	11	8,7	124	97,6	3	2,4	65	51,2	62	48,8	86	67,7	41	32,3
Alagoas	35	64,8	19	35,2	34	97,1	1	2,9	29	82,9	6	17,1	32	91,4	3	8,6	17	48,6	18	51,4	16	45,7	19	54,3
Sergipe	7	58,3	5	41,7	7	100	-	-	6	85,7	1	14,3	6	85,7	1	14,3	1	14,3	6	85,7	3	42,9	4	57,1
Bahia	149	87,6	21	12,4	133	89,3	16	10,7	130	87,2	19	12,8	140	94	9	6	59	39,6	90	60,4	110	73,8	39	26,2
Sudeste	473	90,8	48	9,2	450	95,1	23	4,9	428	90,5	45	9,5	457	96,6	16	3,4	305	64,5	168	35,5	391	82,7	82	17,3
Minas Gerais	260	88,1	35	11,9	249	95,8	11	4,2	225	86,5	35	13,5	247	95	13	5	151	58,1	109	41,9	209	80,4	51	19,6
Espírito Santo	4	80	1	20	4	100	-	-	2	50	2	50	4	100	-	-	1	25	3	75	3	75	1	25
Rio de Janeiro	63	88,7	8	11,3	59	93,7	4	6,3	57	90,5	6	9,5	63	100	-	-	42	66,7	21	33,3	52	82,5	11	17,5
São Paulo	146	97,3	4	2,7	138	94,5	8	5,5	144	98,6	2	1,4	143	97,9	3	2,1	111	76	35	24	127	87	19	13
Sul	175	92,6	14	7,4	161	92	14	8	149	85,1	26	14,9	169	96,6	6	3,4	121	69,1	54	30,9	139	79,4	36	20,6
Paraná	72	94,7	4	5,3	66	91,7	6	8,3	62	86,1	10	13,9	70	97,2	2	2,8	53	73,6	19	26,4	62	86,1	10	13,9
Santa Catarina	76	92,7	6	7,3	68	89,5	8	10,5	64	84,2	12	15,8	72	94,7	4	5,3	53	69,7	23	30,3	57	75	19	25
Rio Grande do Sul	27	87,1	4	12,9	27	100	-	-	23	85,2	4	14,8	27	100	-	-	15	55,6	12	44,4	20	74,1	7	25,9
Centro-Oeste	77	65,8	40	34,2	68	88,3	9	11,7	56	72,7	21	27,3	73	94,8	4	5,2	50	64,9	27	35,1	47	61	30	39
Mato Grosso do Sul	27	71,1	11	28,9	22	81,5	5	18,5	17	63	10	37	26	96,3	1	3,7	19	70,4	8	29,6	13	48,1	14	51,9
Mato Grosso	10	58,8	7	41,2	10	100	-	-	4	40	6	60	8	80	2	20	2	20	8	80	3	30	7	70
Goiás	38	63,3	22	36,7	34	89,5	4	10,5	33	86,8	5	13,2	37	97,4	1	2,6	28	73,7	10	26,3	31	81,6	7	18,4
Distrito Federal	2	100	-	-	2	100	-	-	2	100	-	-	2	100	-	-	1	50	1	50	-	-	2	100

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014. Nota: Sinais convencionais utilizados ... Dado numérico não disponível - Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento

Há, porém, algumas atividades que contam com outra forma de registro que não o prontuário em comum com a equipe AB, são elas: grupos de educação em saúde (83,3%), reuniões com as equipes AB (81,6%) e reuniões para educação permanente (65,7%) (Tabela 19).

Tabela 19. Atividades não registradas em prontuário comum, Brasil, 2014 (N=1.774).

Variáveis	N	%
Grupos de educação em saúde	1478	83,3
Reuniões com as equipes de AB	1447	81,6
Reuniões para educação permanente	1165	65,7
Outro(s)	580	32,7

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Em síntese, os resultados apresentados nas Tabelas 14,15,16,17,18 e 19 identificam as ações de apoio matricial que as equipes NASF informam realizar. Como potencialidades do apoio matricial encontram-se a periodicidade dos encontros entre as equipes e as atividades desenvolvidas que estão de acordo com as diretrizes do MS. Porém, encontram-se fragilidades no que se refere ao monitoramento de PTS, monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada e atividades de gestão da demanda e da atenção compartilhada.

4.5 Ações assistenciais a grupos prioritários

As tabelas 20 a 24 apresentam o acompanhamento realizado pelo NASF em áreas de atuação de caráter obrigatório, quais sejam, a atenção a pessoas portadoras de doenças crônicas, reabilitação, atenção à saúde materno infantil e atenção em saúde mental. Registra-se que em média mais de 80% das equipes referem prestar ações nessas áreas.

A Tabela 20 apresenta as ações realizadas com as pessoas com doenças crônicas. As ações de apoio ao autocuidado são relatadas por mais de 88,0% das equipes em todos os estados. Já ações de suporte ofertadas aos familiares e cuidadores, apresenta percentual menor que 71,0% nos estados do Espírito Santo e Mato Grosso. Destaca-se que no Distrito Federal, esse percentual é de 50,0% (lembrando que o Distrito Federal conta com apenas duas equipes NASF).

Tabela 20. Ações voltadas para pessoas com doenças crônicas, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Ações de apoio ao autocuidado						Ações de suporte aos familiares/cuidadores					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	1721	97,0	53	3,0	1774	100,0	1633	92,1	141	7,9	1774	100,0
Norte	120	95,2	6	4,8	...	...	106	84,1	20	15,9	...	...
Rondônia	9	100,0	-	-	9	100,0	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Acre	8	88,9	1	11,1	9	100,0	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Amazonas	28	96,6	1	3,4	29	100,0	23	79,3	6	20,7	29	100,0
Roraima	4	100,0	-	-	4	100,0	4	100,0	-	-	4	100,0
Pará	36	94,7	2	5,3	38	100,0	32	84,2	6	15,8	38	100,0
Amapá	17	100,0	-	-	17	100,0	16	94,1	1	5,9	17	100,0
Tocantins	18	90,0	2	10,0	20	100,0	17	85,0	3	15,0	20	100,0
Nordeste	803	97,8	18	2,2	...	...	770	93,8	51	6,2	...	...
Maranhão	42	95,5	2	4,5	44	100,0	38	86,4	6	13,6	44	100,0
Piauí	84	97,7	2	2,3	86	100,0	83	96,5	3	3,5	86	100,0
Ceará	139	98,6	2	1,4	141	100,0	136	96,5	5	3,5	141	100,0
Rio Grande do Norte	57	100,0	-	-	57	100,0	53	93,0	4	7,0	57	100,0
Paraíba	114	98,3	2	1,7	116	100,0	108	93,1	8	6,9	116	100,0
Pernambuco	138	97,9	3	2,1	141	100,0	132	93,6	9	6,4	141	100,0
Alagoas	50	92,6	4	7,4	54	100,0	49	90,7	5	9,3	54	100,0
Sergipe	11	91,7	1	8,3	12	100,0	11	91,7	1	8,3	12	100,0
Bahia	168	98,8	2	1,2	170	100,0	160	94,1	10	5,9	170	100,0
Sudeste	503	96,5	18	3,5	...	...	478	91,7	43	8,3	...	...
Minas Gerais	287	97,3	8	2,7	295	100,0	271	91,9	24	8,1	295	100,0
Espírito Santo	5	100,0	-	-	5	100,0	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Rio de Janeiro	69	97,2	2	2,8	71	100,0	66	93,0	5	7,0	71	100,0
São Paulo	142	94,7	8	5,3	150	100,0	138	92,0	12	8,0	150	100,0
Sul	184	97,4	5	2,6	...	...	180	95,2	9	4,8	...	...
Paraná	75	98,7	1	1,3	76	100,0	71	93,4	5	6,6	76	100,0
Santa Catarina	81	98,8	1	1,2	82	100,0	81	98,8	1	1,2	82	100,0
Rio Grande do Sul	28	90,3	3	9,7	31	100,0	28	90,3	3	9,7	31	100,0
Centro-Oeste	111	94,9	6	5,1	...	...	99	84,6	18	15,4	...	...
Mato Grosso do Sul	35	92,1	3	7,9	38	100,0	33	86,8	5	13,2	38	100,0
Mato Grosso	15	88,2	2	11,8	17	100,0	12	70,6	5	29,4	17	100,0
Goiás	59	98,3	1	1,7	60	100,0	53	88,3	7	11,7	60	100,0
Distrito Federal	2	100,0	-	-	2	100,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

No que se refere às ações de reabilitação, na Tabela 21, observa-se que 90,0% das equipes NASF relatam que apoiam e desenvolvem com a AB, estratégias de reabilitação. Os menores percentuais são observados nos estados de Rondônia e Espírito Santo com 66,7% e 60,0%, respectivamente. Quanto ao cuidado diretamente ofertado pelo NASF aos pacientes com deficiência, observa-se que 86,7% das equipes informam realizar esta ação. Os estados do Espírito Santo e Mato Grosso apresentam os menores percentuais dessa atividade, com 60,0% e 58,8%, respectivamente. Destaca-se que o Distrito Federal apresenta o percentual de 50,0% para ambas as ações em reabilitação (lembrando que o Distrito Federal conta com apenas duas equipes NASF).

Tabela 21. Ações de reabilitação e para pessoas com deficiências realizadas pelo NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Ações de reabilitação						Ações para o cuidado das pessoas com deficiências					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	1596	90,0	178	10,0	1774	100,0	1538	86,7	236	13,3	1774	100,0
Norte	104	82,5	22	17,5	...	...	104	82,5	22	17,5	...	...
Rondônia	6	66,7	3	33,3	9	100,0	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Acre	8	88,9	1	11,1	9	100,0	8	88,9	1	11,1	9	100,0
Amazonas	23	79,3	6	20,7	29	100,0	23	79,3	6	20,7	29	100,0
Roraima	3	75,0	1	25,0	4	100,0	4	100,0	-	-	4	100,0
Pará	33	86,8	5	13,2	38	100,0	32	84,2	6	15,8	38	100,0
Amapá	15	88,2	2	11,8	17	100,0	14	82,4	3	17,6	17	100,0
Tocantins	16	80,0	4	20,0	20	100,0	16	80,0	4	20,0	20	100,0
Nordeste	746	90,9	75	9,1	...	...	738	89,9	83	10,1	...	...
Maranhão	42	95,5	2	4,5	44	100,0	38	86,4	6	13,6	44	100,0
Piauí	74	86,0	12	14,0	86	100,0	76	88,4	10	11,6	86	100,0
Ceará	133	94,3	8	5,7	141	100,0	131	92,9	10	7,1	141	100,0
Rio Grande do Norte	53	93,0	4	7,0	57	100,0	52	91,2	5	8,8	57	100,0
Paraíba	106	91,4	10	8,6	116	100,0	102	87,9	14	12,1	116	100,0
Pernambuco	131	92,9	10	7,1	141	100,0	131	92,9	10	7,1	141	100,0
Alagoas	44	81,5	10	18,5	54	100,0	48	88,9	6	11,1	54	100,0
Sergipe	12	100,0	-	-	12	100,0	11	91,7	1	8,3	12	100,0
Bahia	151	88,8	19	11,2	170	100,0	149	87,6	21	12,4	170	100,0
Sudeste	481	92,3	40	7,7	...	...	456	87,5	65	12,5	...	...
Minas Gerais	281	95,3	14	4,7	295	100,0	258	87,5	37	12,5	295	100,0
Espírito Santo	3	60,0	2	40,0	5	100,0	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Rio de Janeiro	63	88,7	8	11,3	71	100,0	61	85,9	10	14,1	71	100,0
São Paulo	134	89,3	16	10,7	150	100,0	134	89,3	16	10,7	150	100,0
Sul	170	89,9	19	10,1	...	...	155	82,0	34	18,0	...	...
Paraná	66	86,8	10	13,2	76	100,0	61	80,3	15	19,7	76	100,0
Santa Catarina	80	97,6	2	2,4	82	100,0	75	91,5	7	8,5	82	100,0
Rio Grande do Sul	24	77,4	7	22,6	31	100,0	19	61,3	12	38,7	31	100,0
Centro-Oeste	95	81,2	22	18,8	...	...	85	72,6	32	27,4	...	...
Mato Grosso do Sul	29	76,3	9	23,7	38	100,0	25	65,8	13	34,2	38	100,0
Mato Grosso	14	82,4	3	17,6	17	100,0	10	58,8	7	41,2	17	100,0
Goiás	51	85,0	9	15,0	60	100,0	49	81,7	11	18,3	60	100,0
Distrito Federal	1	50,0	1	50,0	2	100,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A Tabela 22 apresenta as ações que o NASF refere desenvolver voltadas para as mulheres em geral e para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas. Em ambas as situações observam-se percentuais superiores a 79,0% em todos os estados, com exceção de Rondônia que refere realizar essas ações em, 55,6% e 33,3% das equipes, respectivamente.

Tabela 22. Ações do NASF voltadas para mulheres, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Ações para mulheres em geral						Ações para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	1655	93,3	119	6,7	1774	100,0	1514	85,3	260	14,7	1774	100,0
Norte	112	88,9	14	11,1	...	...	96	76,2	30	23,8	...	...
Rondônia	5	55,6	4	44,4	9	100,0	3	33,3	6	66,7	9	100,0
Acre	9	100,0	-	-	9	100,0	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Amazonas	27	93,1	2	6,9	29	100,0	22	75,9	7	24,1	29	100,0
Roraima	4	100,0	-	-	4	100,0	4	100,0	-	-	4	100,0
Pará	33	86,8	5	13,2	38	100,0	30	78,9	8	21,1	38	100,0
Amapá	15	88,2	2	11,8	17	100,0	15	88,2	2	11,8	17	100,0
Tocantins	19	95,0	1	5,0	20	100,0	15	75,0	5	25,0	20	100,0
Nordeste	112	88,9	14	11,1	...	...	706	86,0	115	14,0	...	...
Maranhão	38	86,4	6	13,6	44	100,0	32	72,7	12	27,3	44	100,0
Piauí	77	89,5	9	10,5	86	100,0	66	76,7	20	23,3	86	100,0
Ceará	136	96,5	5	3,5	141	100,0	126	89,4	15	10,6	141	100,0
Rio Grande do Norte	56	98,2	1	1,8	57	100,0	52	91,2	5	8,8	57	100,0
Paraíba	112	96,6	4	3,4	116	100,0	101	87,1	15	12,9	116	100,0
Pernambuco	135	95,7	6	4,3	141	100,0	127	90,1	14	9,9	141	100,0
Alagoas	43	79,6	11	20,4	54	100,0	40	74,1	14	25,9	54	100,0
Sergipe	11	91,7	1	8,3	12	100,0	11	91,7	1	8,3	12	100,0
Bahia	165	97,1	5	2,9	170	100,0	151	88,8	19	11,2	170	100,0
Sudeste	483	92,7	38	7,3	...	...	441	84,6	80	15,4	...	...
Minas Gerais	273	92,5	22	7,5	295	100,0	247	83,7	48	16,3	295	100,0
Espírito Santo	3	60,0	2	40,0	5	100,0	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Rio de Janeiro	66	93,0	5	7,0	71	100,0	58	81,7	13	18,3	71	100,0
São Paulo	141	94,0	9	6,0	150	100,0	133	88,7	17	11,3	150	100,0
Sul	176	93,1	13	6,9	...	...	169	89,4	20	10,6	...	...
Paraná	71	93,4	5	6,6	76	100,0	66	86,8	10	13,2	76	100,0
Santa Catarina	79	96,3	3	3,7	82	100,0	77	93,9	5	6,1	82	100,0
Rio Grande do Sul	26	83,9	5	16,1	31	100,0	26	83,9	5	16,1	31	100,0
Centro-Oeste	111	94,9	6	5,1	...	...	102	87,2	15	12,8	...	...
Mato Grosso do Sul	35	92,1	3	7,9	38	100,0	32	84,2	6	15,8	38	100,0
Mato Grosso	17	100,0	-	-	17	100,0	15	88,2	2	11,8	17	100,0
Goiás	57	95,0	3	5,0	60	100,0	53	88,3	7	11,7	60	100,0
Distrito Federal	2	100,0	-	-	2	100,0	2	100,0	-	-	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Quanto às ações destinadas à saúde infantil, que o NASF refere desenvolver, observa-se na Tabela 23 que a média nacional de realização dessas ações é superior a 87,0%. As ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças apresentam, em Rondônia e Sergipe, os menores percentuais, 66,7% e 54,5%, respectivamente. Já as ações voltadas para as crianças com agravos à saúde apresentam os menores percentuais em Rondônia (33,3%) e Roraima (50,0%).

Tabela 23. Ações voltadas à saúde infantil, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Ações relacionadas ao acompanhamento das crianças do território						Ações voltadas para as crianças com agravos à saúde					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	1344	88,8	170	11,2	1514	100,0	1556	87,7	218	12,3	1774	100,0
Norte	74	77,1	22	22,9	...	...	94	74,6	32	25,4	...	...
Rondônia	1	33,3	2	66,7	3	100,0	3	33,3	6	66,7	9	100,0
Acre	5	71,4	2	28,6	7	100,0	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Amazonas	17	77,3	5	22,7	22	100,0	22	75,9	7	24,1	29	100,0
Roraima	3	75,0	1	25,0	4	100,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Pará	27	90,0	3	10,0	30	100,0	31	81,6	7	18,4	38	100,0
Amapá	12	80,0	3	20,0	15	100,0	14	82,4	3	17,6	17	100,0
Tocantins	9	60,0	6	40,0	15	100,0	15	75,0	5	25,0	20	100,0
Nordeste	629	89,1	77	10,9	...	...	733	89,3	88	10,7	...	...
Maranhão	27	84,4	5	15,6	32	100,0	35	79,5	9	20,5	44	100,0
Piauí	62	93,9	4	6,1	66	100,0	80	93,0	6	7,0	86	100,0
Ceará	114	90,5	12	9,5	126	100,0	133	94,3	8	5,7	141	100,0
Rio Grande do Norte	47	90,4	5	9,6	52	100,0	53	93,0	4	7,0	57	100,0
Paraíba	85	84,2	16	15,8	101	100,0	102	87,9	14	12,1	116	100,0
Pernambuco	120	94,5	7	5,5	127	100,0	129	91,5	12	8,5	141	100,0
Alagoas	37	92,5	3	7,5	40	100,0	45	83,3	9	16,7	54	100,0
Sergipe	6	54,5	5	45,5	11	100,0	10	83,3	2	16,7	12	100,0
Bahia	131	86,8	20	13,2	151	100,0	146	85,9	24	14,1	170	100,0
Sudeste	410	93,0	31	7,0	...	...	468	89,8	53	10,2	...	...
Minas Gerais	234	94,7	13	5,3	247	100,0	267	90,5	28	9,5	295	100,0
Espírito Santo	3	100,0	-	-	3	100,0	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Rio de Janeiro	53	91,4	5	8,6	58	100,0	58	81,7	13	18,3	71	100,0
São Paulo	120	90,2	13	9,8	133	100,0	139	92,7	11	7,3	150	100,0
Sul	155	91,7	14	8,3	...	...	172	91,0	17	9,0	...	...
Paraná	60	90,9	6	9,1	66	100,0	71	93,4	5	6,6	76	100,0
Santa Catarina	73	94,8	4	5,2	77	100,0	77	93,9	5	6,1	82	100,0
Rio Grande do Sul	22	84,6	4	15,4	26	100,0	24	77,4	7	22,6	31	100,0
Centro-Oeste	76	74,5	26	25,5	...	...	89	76,1	28	23,9	...	...
Mato Grosso do Sul	24	75,0	8	25,0	32	100,0	28	73,7	10	26,3	38	100,0
Mato Grosso	11	73,3	4	26,7	15	100,0	12	70,6	5	29,4	17	100,0
Goiás	39	73,6	14	26,4	53	100,0	47	78,3	13	21,7	60	100,0
Distrito Federal	2	100,0	-	-	2	100,0	2	100,0	-	-	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Em relação às ações referidas pelas equipes NASF na atenção em saúde mental, a Tabela 24 apresenta, que 89,7% das equipes referem acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental. Já o acompanhamento a casos abusivos de álcool ou outras drogas é realizado em 80,2% das equipes. Nos estados do Espírito Santo e Mato Grosso, encontram-se os menores percentuais de realização de ações voltadas às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental. Já as ações voltadas a casos abusivos de álcool ou outras drogas, os estados de no Mato Grosso, Rondônia e no Distrito Federal (que conta com apenas duas equipes NASF) apresentam os menores percentuais.

Tabela 24. Ações realizadas na atenção em saúde mental, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental						Acompanhamento em casos de uso abusivo, prejudicial ou dependente de álcool ou outras drogas					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	1591	89,7	183	10,3	1774	100,0	1423	80,2	351	19,8	1774	100,0
Norte	108	85,7	18	14,3	...	...	87	69,0	39	31,0	...	...
Rondônia	8	88,9	1	11,1	9	100,0	4	44,4	5	55,6	9	100,0
Acre	9	100,0	-	-	9	100,0	9	100,0	-	-	9	100,0
Amazonas	22	75,9	7	24,1	29	100,0	20	69,0	9	31,0	29	100,0
Roraima	3	75,0	1	25,0	4	100,0	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Pará	32	84,2	6	15,8	38	100,0	23	60,5	15	39,5	38	100,0
Amapá	15	88,2	2	11,8	17	100,0	13	76,5	4	23,5	17	100,0
Tocantins	19	95,0	1	5,0	20	100,0	15	75,0	5	25,0	20	100,0
Nordeste	733	89,3	88	10,7	...	...	645	78,6	176	21,4	...	...
Maranhão	36	81,8	8	18,2	44	100,0	31	70,5	13	29,5	44	100,0
Piauí	75	87,2	11	12,8	86	100,0	62	72,1	24	27,9	86	100,0
Ceará	122	86,5	19	13,5	141	100,0	117	83,0	24	17,0	141	100,0
Rio Grande do Norte	53	93,0	4	7,0	57	100,0	48	84,2	9	15,8	57	100,0
Paraíba	101	87,1	15	12,9	116	100,0	89	76,7	27	23,3	116	100,0
Pernambuco	133	94,3	8	5,7	141	100,0	115	81,6	26	18,4	141	100,0
Alagoas	47	87,0	7	13,0	54	100,0	37	68,5	17	31,5	54	100,0
Sergipe	10	83,3	2	16,7	12	100,0	9	75,0	3	25,0	12	100,0
Bahia	156	91,8	14	8,2	170	100,0	137	80,6	33	19,4	170	100,0
Sudeste	483	92,7	38	7,3	...	...	451	86,6	70	13,4	...	...
Minas Gerais	271	91,9	24	8,1	295	100,0	249	84,4	46	15,6	295	100,0
Espírito Santo	3	60,0	2	40,0	5	100,0	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Rio de Janeiro	65	91,5	6	8,5	71	100,0	59	83,1	12	16,9	71	100,0
São Paulo	144	96,0	6	4,0	150	100,0	139	92,7	11	7,3	150	100,0
Sul	173	91,5	16	8,5	...	...	161	85,2	28	14,8	...	...
Paraná	64	84,2	12	15,8	76	100,0	61	80,3	15	19,7	76	100,0
Santa Catarina	80	97,6	2	2,4	82	100,0	75	91,5	7	8,5	82	100,0
Rio Grande do Sul	29	93,5	2	6,5	31	100,0	25	80,6	6	19,4	31	100,0
Centro-Oeste	94	80,3	23	19,7	...	...	79	67,5	38	32,5	...	...
Mato Grosso do Sul	32	84,2	6	15,8	38	100,0	28	73,7	10	26,3	38	100,0
Mato Grosso	11	64,7	6	35,3	17	100,0	7	41,2	10	58,8	17	100,0
Goiás	49	81,7	11	18,3	60	100,0	43	71,7	17	28,3	60	100,0
Distrito Federal	2	100,0	-	-	2	100,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados

...Dado numérico não disponível.

-Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Em síntese, os resultados apresentados nas tabelas 20 a 24 apresentam um resultado bastante positivo referente à realização das ações do componente comum. Isso pode ser explicado pela tradição das áreas de atuação, que também compõem as Redes de Atenção à Saúde: saúde da mulher e da criança, saúde mental, reabilitação e atenção às doenças crônicas.

4.6 Outras ações assistenciais

As tabelas 25 a 30 apresentam o acompanhamento realizado pelo NASF em áreas específicas, não obrigatórias, denominadas de componente singular (que podem ou não serem realizadas conforme composição da equipe), e que são constituídas pelas práticas integrativas e complementares (PIC), assistência farmacêutica, atenção nutricional, saúde do trabalhador e apoio a organização do processo de trabalho.

Considerando de forma conjunta todas as práticas, observa-se na Tabela 25 que 93,6% das equipes NASF informam realizá-las, apesar da não obrigatoriedade. Os estados que apresentam os menores percentuais, entre 70,6% e 79,3%, são: Mato Grosso, Roraima, Rondônia e Amazonas.

Tabela 25. Realização de ações do componente singular, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=1.774)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	O NASF realiza ações do componente singular/ não obrigatórias					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Brasil	1661	93,6	113	6,4	1774	100,0
Norte	110	87,3	16	12,7	...	...
Rondônia	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Acre	9	100,0	-	-	9	100,0
Amazonas	23	79,3	6	20,7	29	100,0
Roraima	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Pará	35	92,1	3	7,9	38	100,0
Amapá	16	94,1	1	5,9	17	100,0
Tocantins	17	85,0	3	15,0	20	100,0
Nordeste	756	92,1	65	7,9	...	...
Maranhão	40	90,9	4	9,1	44	100,0
Piauí	81	94,2	5	5,8	86	100,0
Ceará	128	90,8	13	9,2	141	100,0
Rio Grande do Norte	55	96,5	2	3,5	57	100,0
Paraíba	112	96,6	4	3,4	116	100,0
Pernambuco	124	87,9	17	12,1	141	100,0
Alagoas	47	87,0	7	13,0	54	100,0
Sergipe	11	91,7	1	8,3	12	100,0
Bahia	158	92,9	12	7,1	170	100,0
Sudeste	505	96,9	16	3,1	...	...
Minas Gerais	286	96,9	9	3,1	295	100,0
Espírito Santo	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Rio de Janeiro	70	98,6	1	1,4	71	100,0
São Paulo	145	96,7	5	3,3	150	100,0
Sul	183	96,8	6	3,2	...	...
Paraná	72	94,7	4	5,3	76	100,0
Santa Catarina	80	97,6	2	2,4	82	100,0
Rio Grande do Sul	31	100,0	-	-	31	100,0
Centro-Oeste	107	91,5	10	8,5	...	...
Mato Grosso do Sul	36	94,7	2	5,3	38	100,0
Mato Grosso	12	70,6	5	29,4	17	100,0
Goiás	57	95,0	3	5,0	60	100,0
Distrito Federal	2	100,0	-	-	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Na Tabela 26 observa-se que a atenção nutricional é a que mais se destaca no país, com 79,8% das equipes informando realizar. Contudo, nos estados do Acre, Espírito Santo e Tocantins, menos de 50,0% das equipes informam realizar.

As práticas integrativas e complementares são referidas por apenas 26,8% das equipes NASF no Brasil. Em São Paulo são informadas por 57,2% das equipes, enquanto no Amapá, Rondônia, Roraima e Espírito Santo são inexistentes (Tabela 26).

Quanto à assistência farmacêutica apenas 25,9% das equipes informam realizar constituindo-se assim o componente singular menos referido no país. Os estados do Espírito

Santo, Paraná, Roraima e Tocantins apresentam percentuais superiores a 52,0%, enquanto os demais estados apresentam percentuais inferiores a 48,0% (Tabela 26).

No que se refere às ações voltadas à saúde do trabalhador, apenas 27,8% das equipes no país, as informam. Os maiores percentuais são encontrados nos estados de Amapá com 62,5%, Ceará com 41,4% e Tocantins com 41,2% (Tabela 26).

Quanto ao apoio e organização do processo de trabalho, a média nacional é de 47,6% das equipes informando realizar essa ação. Os estados da Paraíba, Sergipe e São Paulo apresentam percentuais superiores a 60,0%. Destacam-se Rondônia e Roraima que não referem a realização dessas ações (Tabela 26).

Tabela 26. Áreas do componente singular em que o NASF realiza ações, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=1.661)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Práticas Integrativas e Complementares		Assistência Farmacêutica		Atenção Nutricional		Saúde do Trabalhador		Apoio à Organização do Processo de trabalho	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	445	26,8	431	25,9	1325	79,8	461	27,8	791	47,6
Norte	23	20,9	26	23,6	81	73,6	41	37,3	45	40,9
Rondônia	-	-	1	14,3	6	85,7	1	14,3	-	-
Acre	3	33,3	2	22,2	4	44,4	2	22,2	4	44,4
Amazonas	3	13,0	3	13,0	17	73,9	8	34,8	9	39,1
Roraima	-	-	2	66,7	3	100,0	1	33,3	-	-
Pará	13	37,1	5	14,3	30	85,7	12	34,3	17	48,6
Amapá	-	-	4	25,0	14	87,5	10	62,5	8	50,0
Tocantins	4	23,5	9	52,9	7	41,2	7	41,2	7	41,2
Nordeste	143	18,9	142	18,8	621	82,1	227	30,0	388	51,3
Maranhão	9	22,5	12	30,0	33	82,5	12	30,0	16	40,0
Piauí	10	12,3	8	9,9	70	86,4	31	38,3	44	54,3
Ceará	26	20,3	24	18,8	99	77,3	53	41,4	62	48,4
Rio Grande do Norte	12	21,8	11	20,0	44	80,0	11	20,0	26	47,3
Paraíba	26	23,2	16	14,3	86	76,8	18	16,1	79	70,5
Pernambuco	24	19,4	27	21,8	109	87,9	47	37,9	49	39,5
Alagoas	10	21,3	12	25,5	40	85,1	14	29,8	24	51,1
Sergipe	5	45,5	-	-	9	81,8	3	27,3	7	63,6
Bahia	21	13,3	32	20,3	131	82,9	38	24,1	81	51,3
Sudeste	199	39,4	143	28,3	400	79,2	123	24,4	229	45,3
Minas Gerais	89	31,1	104	36,4	232	81,1	62	21,7	110	38,5
Espírito Santo	-	-	3	75,0	2	50,0	1	25,0	1	25,0
Rio de Janeiro	27	38,6	16	22,9	53	75,7	12	17,1	31	44,3
São Paulo	83	57,2	20	13,8	113	77,9	48	33,1	87	60,0
Sul	44	24,0	90	49,2	146	79,8	42	23,0	83	45,4
Paraná	13	18,1	42	58,3	62	86,1	21	29,2	41	56,9
Santa Catarina	20	25,0	38	47,5	60	75,0	14	17,5	28	35,0
Rio Grande do Sul	11	35,5	10	32,3	24	77,4	7	22,6	14	45,2
Centro-Oeste	36	33,6	30	28,0	77	72,0	28	26,2	46	43,0
Mato Grosso do Sul	14	38,9	9	25,0	25	69,4	9	25,0	18	50,0
Mato Grosso	1	8,3	4	33,3	7	58,3	4	33,3	4	33,3
Goiás	20	35,1	17	29,8	43	75,4	15	26,3	23	40,4
Distrito Federal	1	50,0	-	-	2	100,0	-	-	1	50,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados - Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A tabela 27 apresenta as ações específicas de assistência farmacêutica que englobam, discussões sobre o perfil de utilização de medicamentos, apoio à adesão ao tratamento farmacoterapêutico e ações de farmacovigilância.

A discussão sobre perfil de utilização de medicamentos é referida por 84,9% das equipes, estando presente em mais de 50,0% das equipes do Acre, Amapá e Mato Grosso. Embora o apoio à adesão ao tratamento farmacoterapêutico de pessoas que fazem uso contínuo de medicamentos seja o que apresenta o maior percentual de realização (94,6%) destaca-se o estado de Rondônia que refere não realizar essa ação em 100,0% das equipes. Já as ações de farmacovigilância são as que apresentam os menores percentuais, sendo inexistentes no Amazonas, Mato Grosso e Rondônia (Tabela 27).

Tabela 27. Ações de assistência farmacêutica, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Discussão sobre o perfil de utilização de medicamentos para a qualificação das ações de saúde na AB						Ações para a adesão ao tratamento farmacoterapêutico de pessoas que fazem uso contínuo de medicamentos						Ações de farmacovigilância						
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total		Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Brasil	366	84,9	65	15,1	431	100,0	406	94,6	23	5,4	429	100,0	265	61,8	164	38,2	429	100,0	
Norte	22	84,6	4	15,4	...	...	23	88,5	3	11,5	...	...	12	46,2	14	53,8	...	...
Rondônia	1	100,0	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0	1	100,0	-	-	1	100,0	1	100,0	
Acre	1	50,0	1	50,0	2	100,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Amazonas	3	100,0	-	-	3	100,0	3	100,0	-	-	3	100,0	-	-	3	100,0	3	100,0	
Roraima	2	100,0	-	-	2	100,0	2	100,0	-	-	2	100,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Pará	4	80,0	1	20,0	5	100,0	5	100,0	-	-	5	100,0	3	60,0	2	40,0	5	100,0	
Amapá	2	50,0	2	50,0	4	100,0	3	75,0	1	25,0	4	100,0	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
Tocantins	9	100,0	-	-	9	100,0	9	100,0	-	-	9	100,0	4	44,4	5	55,6	9	100,0	
Nordeste	121	85,2	21	14,8	...	...	135	95,7	6	4,3	...	...	78	55,3	63	44,7	...	...
Maranhão	9	75,0	3	25,0	12	100,0	10	83,3	2	16,7	12	100,0	5	41,7	7	58,3	12	100,0	
Piauí	6	75,0	2	25,0	8	100,0	7	100,0	-	-	7	100,0	2	28,6	5	71,4	7	100,0	
Ceará	23	95,8	1	4,2	24	100,0	23	95,8	1	4,2	24	100,0	13	54,2	11	45,8	24	100,0	
Rio Grande do Norte	10	90,9	1	9,1	11	100,0	11	100,0	-	-	11	100,0	6	54,5	5	45,5	11	100,0	
Paraíba	15	93,8	1	6,3	16	100,0	16	100,0	-	-	16	100,0	11	68,8	5	31,3	16	100,0	
Pernambuco	22	81,5	5	18,5	27	100,0	26	96,3	1	3,7	27	100,0	17	63,0	10	37,0	27	100,0	
Alagoas	11	91,7	1	8,3	12	100,0	11	91,7	1	8,3	12	100,0	4	33,3	8	66,7	12	100,0	
Sergipe
Bahia	25	78,1	7	21,9	32	100,0	31	96,9	1	3,1	32	100,0	20	62,5	12	37,5	32	100,0	
Sudeste	124	86,7	19	13,3	...	...	135	94,4	8	5,6	...	...	100	69,9	43	30,1	...	...
Minas Gerais	94	90,4	10	9,6	104	100,0	99	95,2	5	4,8	104	100,0	72	69,2	32	30,8	104	100,0	
Espírito Santo	2	66,7	1	33,3	3	100,0	2	66,7	1	33,3	3	100,0	3	100,0	-	-	3	100,0	
Rio de Janeiro	13	81,3	3	18,8	16	100,0	16	100,0	0	0,0	16	100,0	11	68,8	5	31,3	16	100,0	
São Paulo	15	75,0	5	25,0	20	100,0	18	90,0	2	10,0	20	100,0	14	70,0	6	30,0	20	100,0	
Sul	75	83,3	15	16,7	...	...	86	95,6	4	4,4	...	...	61	67,8	29	32,2	...	...
Paraná	32	76,2	10	23,8	42	100,0	39	92,9	3	7,1	42	100,0	29	69,0	13	31,0	42	100,0	
Santa Catarina	35	92,1	3	7,9	38	100,0	38	100,0	0	0,0	38	100,0	29	76,3	9	23,7	38	100,0	
Rio Grande do Sul	8	80,0	2	20,0	10	100,0	9	90,0	1	10,0	10	100,0	3	30,0	7	70,0	10	100,0	
Centro-Oeste	24	80,0	6	20,0	...	...	27	93,1	2	6,9	...	...	14	48,3	15	51,7	...	...
Mato Grosso do Sul	8	88,9	1	11,1	9	100,0	8	88,9	1	11,1	9	100,0	6	66,7	3	33,3	9	100,0	
Mato Grosso	2	50,0	2	50,0	4	100,0	3	100,0	-	-	3	100,0	-	-	3	100,0	3	100,0	
Goiás	14	82,4	3	17,6	17	100,0	16	94,1	1	5,9	17	100,0	8	47,1	9	52,9	17	100,0	
Distrito Federal

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014. Nota: Sinais convencionais utilizados. ... Dado numérico não disponível - Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Tabela 28 apresenta de forma discriminada as ações voltadas à atenção nutricional realizadas pelo NASF, quais sejam a vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação saudável, o acompanhamento dos agravos alimentares e nutricionais e articulação intersetorial para segurança alimentar e nutricional.

Observa-se que as ações de vigilância alimentar e nutricional são referidas por 94,0% das equipes NASF, estando presente em todos os estados com elevados percentuais, com exceção do Espírito Santo e Rondônia que são referidas por apenas 50,0% das equipes. Já as ações de promoção da alimentação saudável são relatadas por 98,7% e as ações voltadas para agravos relacionados à alimentação e nutrição são referidas por 97,9% das equipes. Essas duas ações citadas apresentam percentuais superiores 75,0% em todos os estados (Tabela 28).

Destaca-se que a articulação intersetorial para garantia de Segurança Alimentar e Nutricional apresenta os menores percentuais de todas as ações da atenção nutricional (80,5%), sendo que as equipes NASF nos estados do Distrito Federal e Espírito Santo informam não realizar essa ação em 100,0% das equipes (Tabela 28).

Tabela 28. Ações voltadas à atenção nutricional, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Ações de vigilância alimentar e nutricional						Ações de promoção da alimentação adequada e saudável						Ações voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição						Articulação intersetorial para garantia da Segurança Alimentar e Nutricional					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total		Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	1246	94,0	79	6,0	1325	100,0	1308	98,7	17	1,3	1325	100,0	1297	97,9	28	2,1	1325	100,0	1066	80,5	259	19,5	1325	100,0
Norte	76	93,8	5	6,2	...	...	79	97,5	2	2,5	...	...	78	96,3	3	3,7	...	...	64	79,0	17	21,0	...	...
Rondônia	3	50,0	3	50,0	6	100,0	5	83,3	1	16,7	6	100,0	5	83,3	1	16,7	6	100,0	5	83,3	1	16,7	6	100,0
Acre	4	100,0	-	-	4	100,0	4	100,0	-	-	4	100,0	3	75,0	1	25,0	4	100,0	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Amazonas	16	94,1	1	5,9	17	100,0	17	100,0	-	-	17	100,0	17	100,0	-	-	17	100,0	15	88,2	2	11,8	17	100,0
Roraima	3	100,0	-	-	3	100,0	3	100,0	-	-	3	100,0	3	100,0	-	-	3	100,0	2	66,7	1	33,3	3	100,0
Pará	30	100,0	-	-	30	100,0	30	100,0	-	-	30	100,0	30	100,0	-	-	30	100,0	25	83,3	5	16,7	30	100,0
Amapá	14	100,0	-	-	14	100,0	14	100,0	-	-	14	100,0	14	100,0	-	-	14	100,0	9	64,3	5	35,7	14	100,0
Tocantins	6	85,7	1	14,3	7	100,0	6	85,7	1	14,3	7	100,0	6	85,7	1	14,3	7	100,0	5	71,4	2	28,6	7	100,0
Nordeste	584	94,0	37	6,0	...	...	610	98,2	11	1,8	...	...	612	98,6	9	1,4	...	...	520	83,7	101	16,3	...	...
Maranhão	28	84,8	5	15,2	33	100,0	33	100,0	-	-	33	100,0	33	100,0	-	-	33	100,0	29	87,9	4	12,1	33	100,0
Piauí	67	95,7	3	4,3	70	100,0	68	97,1	2	2,9	70	100,0	68	97,1	2	2,9	70	100,0	55	78,6	15	21,4	70	100,0
Ceará	96	97,0	3	3,0	99	100,0	99	100,0	-	-	99	100,0	98	99,0	1	1,0	99	100,0	89	89,9	10	10,1	99	100,0
Rio Grande do Norte	43	97,7	1	2,3	44	100,0	44	100,0	-	-	44	100,0	44	100,0	-	-	44	100,0	39	88,6	5	11,4	44	100,0
Paraíba	82	95,3	4	4,7	86	100,0	84	97,7	2	2,3	86	100,0	85	98,8	1	1,2	86	100,0	74	86,0	12	14,0	86	100,0
Pernambuco	101	92,7	8	7,3	109	100,0	108	99,1	1	0,9	109	100,0	107	98,2	2	1,8	109	100,0	90	82,6	19	17,4	109	100,0
Alagoas	38	95,0	2	5,0	40	100,0	37	92,5	3	7,5	40	100,0	39	97,5	1	2,5	40	100,0	31	77,5	9	22,5	40	100,0
Sergipe	9	100,0	-	-	9	100,0	9	100,0	-	-	9	100,0	9	100,0	-	-	9	100,0	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Bahia	120	91,6	11	8,4	131	100,0	128	97,7	3	2,3	131	100,0	129	98,5	2	1,5	131	100,0	106	80,9	25	19,1	131	100,0
Sudeste	376	94,0	24	6,0	...	...	399	99,8	1	0,3	...	...	391	97,8	9	2,3	...	...	305	76,3	95	23,8	...	...
Minas Gerais	227	97,8	5	2,2	232	100,0	231	99,6	1	0,4	232	100,0	227	97,8	5	2,2	232	100,0	187	80,6	45	19,4	232	100,0
Espírito Santo	1	50,0	1	50,0	2	100,0	2	100,0	-	-	2	100,0	2	100,0	-	-	2	100,0	-	-	2	100,0	2	100,0
Rio de Janeiro	49	92,5	4	7,5	53	100,0	53	100,0	-	-	53	100,0	53	100,0	-	-	53	100,0	39	73,6	14	26,4	53	100,0
São Paulo	99	87,6	14	12,4	113	100,0	113	100,0	-	-	113	100,0	109	96,5	4	3,5	113	100,0	79	69,9	34	30,1	113	100,0
Sul	140	95,9	6	4,1	...	...	145	99,3	1	0,7	...	...	142	97,3	4	2,7	...	...	122	83,6	24	16,4	...	...
Paraná	59	95,2	3	4,8	62	100,0	62	100,0	-	-	62	100,0	60	96,8	2	3,2	62	100,0	53	85,5	9	14,5	62	100,0
Santa Catarina	58	96,7	2	3,3	60	100,0	60	100,0	-	-	60	100,0	60	100,0	-	-	60	100,0	51	85,0	9	15,0	60	100,0
Rio Grande do Sul	23	95,8	1	4,2	24	100,0	23	95,8	1	4,2	24	100,0	22	91,7	2	8,3	24	100,0	18	75,0	6	25,0	24	100,0
Centro-Oeste	70	90,9	7	9,1	...	...	75	97,4	2	2,6	...	...	74	96,1	3	3,9	...	...	55	71,4	22	28,6	...	...
Mato Grosso do Sul	22	88,0	3	12,0	25	100,0	23	92,0	2	8,0	25	100,0	23	92,0	2	8,0	25	100,0	21	84,0	4	16,0	25	100,0
Mato Grosso	6	85,7	1	14,3	7	100,0	7	100,0	-	-	7	100,0	6	85,7	1	14,3	7	100,0	4	57,1	3	42,9	7	100,0
Goiás	40	93,0	3	7,0	43	100,0	43	100,0	-	-	43	100,0	43	100,0	-	-	43	100,0	30	69,8	13	30,2	43	100,0
Distrito Federal	2	100,0	0	0,0	2	100,0	2	100,0	-	-	2	100,0	2	100,0	-	-	2	100,0	-	-	2	100,0	2	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014. Nota: Sinais convencionais utilizados ... Dado numérico não disponível - Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A Tabela 29 apresenta as ações voltadas à Saúde do Trabalhador, que compreende identificação de cenário da saúde do trabalhador e a prevenção e tratamento das doenças ocupacionais. A identificação do cenário de saúde é citada por 80,9% das equipes. Apesar da elevada média nacional, os estados do Paraná e Rio Grande do Sul apresentam percentuais inferiores a 58,0% e no estado do Espírito Santo, das duas equipes respondentes, uma não respondeu e a outra não realiza esta ação.

Quanto às ações de prevenção e tratamento de doenças ocupacionais, 86,8% das equipes informam realizá-la. Os estados que apresentam os menores percentuais são Mato Grosso, Amazonas e Rio Grande do Sul. Destaque para o estado de Rondônia que não realiza essa ação e contou com apenas uma equipe respondente no total de 9 equipes NASF que responderam ao PMAQ (Tabela 29).

Tabela 29. Ações voltadas à saúde do trabalhador, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Ações para identificação do cenário da saúde do trabalhador do território						Ações de prevenção e tratamento de doenças ocupacionais					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	373	80,9	88	19,1	461	100,0	400	86,8	61	13,2	461	100,0
Norte	33	80,5	8	19,5	...	...	34	82,9	7	17,1	...	...
Rondônia	1	100,0	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0	1	100,0
Acre	2	100,0	-	-	2	100,0	2	100,0	-	-	2	100,0
Amazonas	6	75,0	2	25,0	8	100,0	4	50,0	4	50,0	8	100,0
Roraima	1	100,0	-	-	1	100,0	1	100,0	-	-	1	100,0
Pará	9	75,0	3	25,0	12	100,0	12	100,0	-	-	12	100,0
Amapá	8	80,0	2	20,0	10	100,0	10	100,0	-	-	10	100,0
Tocantins	6	85,7	1	14,3	7	100,0	5	71,4	2	28,6	7	100,0
Nordeste	198	87,2	29	12,8	...	...	207	91,2	20	8,8	...	...
Maranhão	10	83,3	2	16,7	12	100,0	12	100,0	-	-	12	100,0
Piauí	26	83,9	5	16,1	31	100,0	30	96,8	1	3,2	31	100,0
Ceará	48	90,6	5	9,4	53	100,0	47	88,7	6	11,3	53	100,0
Rio Grande do Norte	11	100,0	-	-	11	100,0	10	90,9	1	9,1	11	100,0
Paraíba	14	77,8	4	22,2	18	100,0	14	77,8	4	22,2	18	100,0
Pernambuco	39	83,0	8	17,0	47	100,0	45	95,7	2	4,3	47	100,0
Alagoas	13	92,9	1	7,1	14	100,0	13	92,9	1	7,1	14	100,0
Sergipe	3	100,0	-	-	3	100,0	2	66,7	1	33,3	3	100,0
Bahia	34	89,5	4	10,5	38	100,0	34	89,5	4	10,5	38	100,0
Sudeste	94	76,4	29	23,6	...	...	102	82,9	21	17,1	...	...
Minas Gerais	48	77,4	14	22,6	62	100,0	51	82,3	11	17,7	62	100,0
Espírito Santo	-	-	1	100,0	1	100,0	1	100,0	-	-	1	100,0
Rio de Janeiro	10	83,3	2	16,7	12	100,0	10	83,3	2	16,7	12	100,0
São Paulo	36	75,0	12	25,0	48	100,0	40	83,3	8	16,7	48	100,0
Sul	26	61,9	16	38,1	...	...	36	85,7	6	14,3	...	...
Paraná	9	42,9	12	57,1	21	100,0	18	85,7	3	14,3	21	100,0
Santa Catarina	13	92,9	1	7,1	14	100,0	14	100,0	-	-	14	100,0
Rio Grande do Sul	4	57,1	3	42,9	7	100,0	4	57,1	3	42,9	7	100,0
Centro-Oeste	22	78,6	6	21,4	...	...	21	75,0	7	25,0	...	...
Mato Grosso do Sul	8	88,9	1	11,1	9	100,0	8	88,9	1	11,1	9	100,0
Mato Grosso	3	75,0	1	25,0	4	100,0	1	25,0	3	75,0	4	100,0
Goiás	11	73,3	4	26,7	15	100,0	12	80,0	3	20,0	15	100,0
Distrito Federal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Na tabela 30 estão discriminadas as ações de apoio à organização do processo de trabalho, quais sejam apoio à gestão e planejamento da equipe AB e apoio a vigilância e participação nas ações de risco coletivo. Observa-se que 96,1% das equipes informam realizar ações de apoio à gestão e o planejamento da equipe AB. Todos os estados apresentam percentual superior a 85,0%, com exceção do Mato Grosso e Tocantins com 75,0% e 57,1% respectivamente, das equipes informando realiza-la.

Já as ações de apoio à vigilância e participação nas ações relativas aos riscos coletivos 73,6% das equipes as informam. Os estados que apresentam índices de realização inferiores a 60,0% são Mato Grosso, Sergipe e Tocantins (Tabela 30).

Tabela 30. Ações voltadas ao apoio à organização do processo de trabalho das equipes, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014.

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Apoio a gestão e planejamento da equipe AB						Apoio à vigilância e ações sobre riscos coletivos					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	760	96,1	31	3,9	791	100,0	582	73,6	209	26,4	791	100,0
Norte	41	91,1	4	8,9	...	...	35	77,8	10	22,2	...	...
Rondônia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Acre	4	100,0	-	-	4	100,0	4	100,0	-	-	4	100,0
Amazonas	9	100,0	-	-	9	100,0	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Roraima	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pará	16	94,1	1	5,9	17	100,0	13	76,5	4	23,5	17	100,0
Amapá	8	100,0	-	-	8	100,0	7	87,5	1	12,5	8	100,0
Tocantins	4	57,1	3	42,9	7	100,0	4	57,1	3	42,9	7	100,0
Nordeste	375	96,6	13	3,4	...	...	284	73,2	104	26,8	...	...
Maranhão	15	93,8	1	6,3	16	100,0	11	68,8	5	31,3	16	100,0
Piauí	44	100,0	-	-	44	100,0	31	70,5	13	29,5	44	100,0
Ceará	61	98,4	1	1,6	62	100,0	51	82,3	11	17,7	62	100,0
Rio Grande do Norte	25	96,2	1	3,8	26	100,0	16	61,5	10	38,5	26	100,0
Paraíba	74	93,7	5	6,3	79	100,0	58	73,4	21	26,6	79	100,0
Pernambuco	49	100,0	-	-	49	100,0	34	69,4	15	30,6	49	100,0
Alagoas	22	91,7	2	8,3	24	100,0	18	75,0	6	25,0	24	100,0
Sergipe	6	85,7	1	14,3	7	100,0	4	57,1	3	42,9	7	100,0
Bahia	79	97,5	2	2,5	81	100,0	61	75,3	20	24,7	81	100,0
Sudeste	220	96,1	9	3,9	...	...	170	74,2	59	25,8	...	...
Minas Gerais	104	94,5	6	5,5	110	100,0	81	73,6	29	26,4	110	100,0
Espírito Santo	1	100,0	-	-	1	100,0	1	100,0	-	-	1	100,0
Rio de Janeiro	31	100,0	-	-	31	100,0	24	77,4	7	22,6	31	100,0
São Paulo	84	96,6	3	3,4	87	100,0	64	73,6	23	26,4	87	100,0
Sul	81	97,6	2	2,4	...	...	60	72,3	23	27,7	...	...
Paraná	39	95,1	2	4,9	41	100,0	28	68,3	13	31,7	41	100,0
Santa Catarina	28	100,0	-	-	28	100,0	20	71,4	8	28,6	28	100,0
Rio Grande do Sul	14	100,0	-	-	14	100,0	12	85,7	2	14,3	14	100,0
Centro-Oeste	43	93,5	3	6,5	...	...	33	71,7	13	28,3	...	...
Mato Grosso do Sul	17	94,4	1	5,6	18	100,0	12	66,7	6	33,3	18	100,0
Mato Grosso	3	75,0	1	25,0	4	100,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Goiás	22	95,7	1	4,3	23	100,0	19	82,6	4	17,4	23	100,0
Distrito Federal	1	100,0	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0	1	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Em síntese, os resultados apresentados nas Tabelas 25 a 30 apresentam as áreas do componente singular em que o NASF relata realizar ações. Destaca-se a atenção nutricional como a ação do componente singular mais referida pelas equipes (79,8%) e a assistência farmacêutica, a menos referida (25,9%). A grande variação das ações do componente singular, talvez possa ser explicada pela composição das equipes NASF.

4.7 Percepção da equipe AB sobre o trabalho da equipe NASF

Os resultados apresentados a seguir são provenientes do Módulo II, subdimensão 33 e referem-se à percepção das equipes AB sobre o trabalho do NASF. Inicialmente é apresentada a composição das equipes NASF e a adequação do NASF ao território e acesso às equipes; então são descritas as ações de apoio matricial realizadas e as áreas de atuação contempladas e por fim uma avaliação das equipes sobre a resolubilidade da AB a partir do trabalho do NASF.

Quanto à composição das equipes NASF informada pela equipe AB, observa-se que os profissionais mais referidos são os fisioterapeutas (87,4%), educadores físicos (87,0%) e médicos veterinários (85,0%). Ao passo que os médicos psiquiatras e psicólogos são citados por apenas 16,0% e 3,7%, respectivamente (Tabela 31 e 32), o que surpreende tendo em vista a existência de ações obrigatórias destinadas ao grupo populacional que apresenta problemas na saúde mental. Aqui parece haver certa incompatibilidade entre o que MS define como área prioritária de atuação do NASF, o que o gestor municipal elege como prioritário para estruturar a atenção em sua rede de atenção e os profissionais que a equipe AB reconhece como integrante da equipe NASF.

Tabela 31. Profissionais do NASF que apoiam a equipe AB, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Arte educador		Assistente social		Farmacêutico		Fisioterapeuta		Fonoaudiólogo		Médico Pediatra		Médico Psiquiatra		Médico Acupunturista		Médico Homeopata		Médico Ginecologista	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	1022	6,0	11850	69,1	7012	40,9	14993	87,4	8713	50,8	3017	17,6	2741	16,0	285	1,7	174	1,0	2850	16,6
Norte	84	8,4	828	83,0	317	31,8	892	89,5	437	43,8	192	19,3	110	11,0	39	3,9	3	0,3	199	20,0
Rondônia	1	0,9	89	81,7	21	19,3	90	82,6	27	24,8	17	15,6	5	4,6	-	-	-	-	14	12,8
Acre	-	-	33	78,6	6	14,3	32	76,2	9	21,4	17	40,5	19	45,2	-	-	-	-	24	57,1
Amazonas	13	7,9	144	87,8	50	30,5	150	91,5	80	48,8	2	1,2	5	3,0	-	-	1	0,6	4	2,4
Roraima	5	25,0	17	85,0	12	60,0	16	80,0	4	20,0	9	45,0	8	40,0	-	-	-	-	15	75,0
Pará	45	12,2	281	76,4	95	25,8	327	88,9	187	50,8	116	31,5	55	14,9	19	5,2	2	0,5	97	26,4
Amapá	8	7,6	97	92,4	18	17,1	100	95,2	88	83,8	4	3,8	0	0,0	1	1,0	-	-	7	6,7
Tocantins	12	6,3	167	88,4	115	60,8	177	93,7	42	22,2	27	14,3	18	9,5	19	10,1	-	-	38	20,1
Nordeste	494	6,7	5514	74,3	2587	34,9	6817	91,9	3924	52,9	1032	13,9	863	11,6	95	1,3	30	0,4	1065	14,4
Maranhão	35	10,2	264	77,2	127	37,1	303	88,6	228	66,7	85	24,9	72	21,1	7	2,0	3	0,9	55	16,1
Piauí	18	2,6	410	58,9	83	11,9	653	93,8	412	59,2	91	13,1	49	7,0	3	0,4	1	0,1	148	21,3
Ceará	85	6,5	1029	78,3	448	34,1	1209	91,9	855	65,0	178	13,5	129	9,8	16	1,2	6	0,5	187	14,2
Rio Grande do Norte	40	6,5	486	78,9	283	45,9	526	85,4	320	51,9	127	20,6	125	20,3	4	0,6	1	0,2	117	19,0
Paraíba	77	7,9	661	67,5	275	28,1	937	95,7	496	50,7	157	16,0	96	9,8	26	2,7	-	-	162	16,5
Pernambuco	95	7,2	987	74,7	491	37,1	1256	95,0	850	64,3	80	6,1	136	10,3	20	1,5	2	0,2	108	8,2
Alagoas	12	2,6	396	84,4	218	46,5	436	93,0	121	25,8	157	33,5	122	26,0	7	1,5	4	0,9	143	30,5
Sergipe	9	6,1	111	75,0	56	37,8	130	87,8	102	68,9	42	28,4	22	14,9	2	1,4	1	0,7	21	14,2
Bahia	123	8,0	1170	76,3	606	39,5	1367	89,2	540	35,2	115	7,5	112	7,3	10	0,7	12	0,8	124	8,1
Sudeste	302	5,4	3765	67,5	2362	42,4	4771	85,6	3245	58,2	1200	21,5	1271	22,8	105	1,9	94	1,7	1174	21,1
Minas Gerais	139	5,4	1626	63,6	1397	54,6	2286	89,4	1436	56,1	354	13,8	216	8,4	24	0,9	27	1,1	305	11,9
Espírito Santo	-	-	40	69,0	14	24,1	43	74,1	32	55,2	16	27,6	25	43,1	-	-	-	-	16	27,6
Rio de Janeiro	53	5,1	728	69,5	523	50,0	838	80,0	592	56,5	263	25,1	340	32,5	27	2,6	14	1,3	278	26,6
São Paulo	110	5,8	1371	71,7	428	22,4	1604	83,9	1185	62,0	567	29,7	690	36,1	54	2,8	53	2,8	575	30,1
Sul	64	3,1	1147	55,4	1283	62,0	1615	78,0	625	30,2	375	18,1	369	17,8	24	1,2	29	1,4	253	12,2
Paraná	16	2,0	336	41,1	520	63,6	659	80,7	181	22,2	103	12,6	74	9,1	3	0,4	12	1,5	88	10,8
Santa Catarina	22	2,4	597	65,2	622	67,9	750	81,9	358	39,1	210	22,9	207	22,6	15	1,6	6	0,7	97	10,6
Rio Grande do Sul	26	7,7	214	63,5	141	41,8	206	61,1	86	25,5	62	18,4	88	26,1	6	1,8	11	3,3	68	20,2
Centro-Oeste	78	7,1	596	54,4	463	42,3	898	82,0	482	44,0	218	19,9	128	11,7	22	2,0	18	1,6	159	14,5
Mato Grosso do Sul	16	5,4	143	48,3	106	35,8	253	85,5	115	38,9	27	9,1	8	2,7	2	0,7	-	-	16	5,4
Mato Grosso	10	5,2	110	57,3	49	25,5	109	56,8	65	33,9	25	13,0	11	5,7	2	1,0	2	1,0	23	12,0
Goiás	49	8,9	295	53,6	284	51,6	481	87,5	271	49,3	131	23,8	106	19,3	13	2,4	4	0,7	97	17,6
Distrito Federal	3	5,3	48	84,2	24	42,1	55	96,5	31	54,4	35	61,4	3	5,3	5	8,8	12	21,1	23	40,4

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014. Nota: Sinais convencionais utilizados - Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Tabela 32. Profissionais do NASF que apoiam a equipe AB, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Obstetra		Médico Geriatra		Médico Internista		Médico do Trabalho		Médico Veterinário		Nutricionista		Profissional de Ed. Física		Psicólogo		Sanitarista		Terapeuta Ocupacional	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	414	2,4	519	3,0	229	1,3	326	1,9	14580	85,0	10665	62,2	14931	87,0	636	3,7	4248	24,8	882	5,1
Norte	22	2,2	51	5,1	9	0,9	17	1,7	827	82,9	550	55,2	844	84,7	27	2,7	145	14,5	51	5,1
Rondônia	2	1,8	7	6,4	2	1,8	1	0,9	98	89,9	34	31,2	98	89,9	6	5,5	4	3,7	3	2,8
Acre	-	-	-	-	-	-	-	-	33	78,6	29	69,0	29	69,0	-	-	4	9,5	3	7,1
Amazonas	1	0,6	5	3,0	1	0,6	-	-	139	84,8	121	73,8	130	79,3	5	3,0	4	2,4	-	-
Roraima	1	5,0	2	10,0	-	-	-	-	19	95,0	5	25,0	18	90,0	2	10,0	2	10,0	1	5,0
Pará	11	3,0	30	8,2	4	1,1	15	4,1	319	86,7	178	48,4	314	85,3	12	3,3	99	26,9	25	6,8
Amapá	-	-	1	1,0	-	-	-	-	103	98,1	72	68,6	95	90,5	-	-	19	18,1	5	4,8
Tocantins	7	3,7	6	3,2	2	1,1	1	0,5	116	61,4	111	58,7	160	84,7	2	1,1	13	6,9	14	7,4
Nordeste	124	1,7	202	2,7	109	1,5	168	2,3	6523	87,9	4826	65,0	6390	86,1	384	5,2	1690	22,8	406	5,5
Maranhão	18	5,3	23	6,7	8	2,3	11	3,2	304	88,9	190	55,6	261	76,3	24	7,0	106	31,0	19	5,6
Piauí	1	0,1	10	1,4	5	0,7	8	1,1	623	89,5	388	55,7	556	79,9	11	1,6	66	9,5	37	5,3
Ceará	30	2,3	46	3,5	26	2,0	53	4,0	1047	79,6	920	70,0	1033	78,6	50	3,8	572	43,5	80	6,1
Rio Grande do Norte	15	2,4	18	2,9	10	1,6	10	1,6	541	87,8	438	71,1	558	90,6	30	4,9	162	26,3	20	3,2
Paraíba	14	1,4	19	1,9	8	0,8	10	1,0	867	88,6	576	58,8	827	84,5	30	3,1	35	3,6	50	5,1
Pernambuco	4	0,3	20	1,5	9	0,7	31	2,3	1184	89,6	790	59,8	1255	94,9	141	10,7	432	32,7	76	5,7
Alagoas	8	1,7	29	6,2	15	3,2	10	2,1	437	93,2	323	68,9	439	93,6	13	2,8	73	15,6	35	7,5
Sergipe	3	2,0	6	4,1	6	4,1	4	2,7	123	83,1	73	49,3	119	80,4	3	2,0	15	10,1	8	5,4
Bahia	31	2,0	31	2,0	22	1,4	31	2,0	1397	91,1	1128	73,6	1342	87,5	82	5,3	229	14,9	81	5,3
Sudeste	143	2,6	168	3,0	58	1,0	65	1,2	4584	82,2	3497	62,7	4871	87,4	142	2,5	2009	36,0	219	3,9
Minas Gerais	50	2,0	49	1,9	21	0,8	33	1,3	2259	88,3	1732	67,7	2172	84,9	48	1,9	889	34,8	76	3,0
Espírito Santo	-	-	2	3,4	2	3,4	1	1,7	49	84,5	17	29,3	47	81,0	1	1,7	9	15,5	7	12,1
Rio de Janeiro	44	4,2	49	4,7	20	1,9	8	0,8	794	75,8	704	67,2	938	89,6	59	5,6	164	15,7	55	5,3
São Paulo	49	2,6	68	3,6	15	0,8	23	1,2	1482	77,5	1044	54,6	1714	89,6	34	1,8	947	49,5	81	4,2
Sul	87	4,2	44	2,1	31	1,5	43	2,1	1749	84,5	1241	60,0	1856	89,7	45	2,2	166	8,0	114	5,5
Paraná	20	2,4	10	1,2	4	0,5	9	1,1	714	87,4	543	66,5	697	85,3	8	1,0	32	3,9	28	3,4
Santa Catarina	60	6,6	14	1,5	11	1,2	15	1,6	756	82,5	538	58,7	873	95,3	17	1,9	52	5,7	57	6,2
Rio Grande do Sul	7	2,1	20	5,9	16	4,7	19	5,6	279	82,8	160	47,5	286	84,9	20	5,9	82	24,3	29	8,6
Centro-Oeste	38	3,5	54	4,9	22	2,0	33	3,0	897	81,9	551	50,3	970	88,6	38	3,5	238	21,7	92	8,4
Mato Grosso do Sul	6	2,0	11	3,7	4	1,4	15	5,1	253	85,5	135	45,6	279	94,3	5	1,7	58	19,6	21	7,1
Mato Grosso	2	1,0	14	7,3	1	0,5	3	1,6	144	75,0	97	50,5	165	85,9	7	3,6	4	2,1	16	8,3
Goiás	20	3,6	22	4,0	16	2,9	15	2,7	446	81,1	318	57,8	490	89,1	24	4,4	147	26,7	52	9,5
Distrito Federal	10	17,5	7	12,3	1	1,8	-	-	54	94,7	1	1,8	36	63,2	2	3,5	29	50,9	3	5,3

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014. Nota: Sinais convencionais utilizados - Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A Tabela 33 apresenta a avaliação das equipes AB quanto à adequação das equipes NASF às necessidades do território. No âmbito nacional, observa-se que apenas um pouco mais da metade das equipes AB (56,5%) informam ter discutido com o gestor sobre as categorias profissionais que deveriam compor o NASF. Em 35,3% das equipes não houve esse debate, o que é reiterado pelo registro de 85,1% das equipes AB no país considerarem que deveria haver outra categoria profissional na equipe NASF.

Analisando-se cada uma das unidades da federação, registra-se que Rondônia, Amapá, Espírito Santo e Distrito Federal são os estados em que menos houve referência a existência de consulta às equipes AB para composição do NASF. Ressalta-se que mais de 70% das equipes AB, em todos os estados, informam a necessidade de haver outra categoria profissional na composição do NASF (Tabela 33).

Tabela 33. Adequação da composição das equipes às necessidades do território, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014. (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Debate entre gestor e equipe sobre as categorias profissionais que deveriam compor o NASF								Consideração sobre a importância em haver outra categoria profissional compondo o NASF					
	Sim		Não		Não se aplica		Total		Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	9698	56,5	6060	35,3	1399	8,2	17157	100,0	14605	85,1	2552	14,9	17157	100,0
Norte	566	56,8	350	35,1	81	8,1	...	...	855	85,8	142	14,2	...	...
Rondônia	42	38,5	56	51,4	11	10,1	109	100,0	84	77,1	25	22,9	109	100,0
Acre	23	54,8	16	38,1	3	7,1	42	100,0	41	97,6	1	2,4	42	100,0
Amazonas	104	63,4	53	32,3	7	4,3	164	100,0	147	89,6	17	10,4	164	100,0
Roraima	13	65,0	4	20,0	3	15,0	20	100,0	17	85,0	3	15,0	20	100,0
Pará	216	58,7	121	32,9	31	8,4	368	100,0	306	83,2	62	16,8	368	100,0
Amapá	40	38,1	61	58,1	4	3,8	105	100,0	86	81,9	19	18,1	105	100,0
Tocantins	128	67,7	39	20,6	22	11,6	189	100,0	174	92,1	15	7,9	189	100,0
Nordeste	4746	64,0	2158	29,1	516	7,0	...	...	6317	85,1	1103	14,9	...	...
Maranhão	234	68,4	81	23,7	27	7,9	342	100,0	257	75,1	85	24,9	342	100,0
Piauí	483	69,4	179	25,7	34	4,9	696	100,0	638	91,7	58	8,3	696	100,0
Ceará	896	68,1	366	27,8	53	4,0	1315	100,0	1134	86,2	181	13,8	1315	100,0
Rio Grande do Norte	462	75,0	128	20,8	26	4,2	616	100,0	526	85,4	90	14,6	616	100,0
Paraíba	595	60,8	315	32,2	69	7,0	979	100,0	806	82,3	173	17,7	979	100,0
Pernambuco	757	57,3	479	36,2	86	6,5	1322	100,0	1149	86,9	173	13,1	1322	100,0
Alagoas	275	58,6	155	33,0	39	8,3	469	100,0	401	85,5	68	14,5	469	100,0
Sergipe	93	62,8	52	35,1	3	2,0	148	100,0	106	71,6	42	28,4	148	100,0
Bahia	951	62,0	403	26,3	179	11,7	1533	100,0	1300	84,8	233	15,2	1533	100,0
Sudeste	2767	49,6	2279	40,9	529	9,5	...	...	4742	85,1	833	14,9	...	...
Minas Gerais	1417	55,4	890	34,8	251	9,8	2558	100,0	2118	82,8	440	17,2	2558	100,0
Espírito Santo	16	27,6	33	56,9	9	15,5	58	100,0	48	82,8	10	17,2	58	100,0
Rio de Janeiro	432	41,3	496	47,4	119	11,4	1047	100,0	859	82,0	188	18,0	1047	100,0
São Paulo	902	47,2	860	45,0	150	7,8	1912	100,0	1717	89,8	195	10,2	1912	100,0
Sul	1046	50,5	829	40,0	195	9,4	...	...	1803	87,1	267	12,9	...	...
Paraná	342	41,9	401	49,1	74	9,1	817	100,0	708	86,7	109	13,3	817	100,0
Santa Catarina	531	58,0	309	33,7	76	8,3	916	100,0	829	90,5	87	9,5	916	100,0
Rio Grande do Sul	173	51,3	119	35,3	45	13,4	337	100,0	266	78,9	71	21,1	337	100,0
Centro-Oeste	573	52,3	444	40,5	78	7,1	...	...	888	81,1	207	18,9	...	...
Mato Grosso do Sul	139	47,0	136	45,9	21	7,1	296	100,0	242	81,8	54	18,2	296	100,0
Mato Grosso	96	50,0	66	34,4	30	15,6	192	100,0	153	79,7	39	20,3	192	100,0
Goiás	322	58,5	203	36,9	25	4,5	550	100,0	445	80,9	105	19,1	550	100,0
Distrito Federal	16	28,1	39	68,4	2	3,5	57	100,0	48	84,2	9	15,8	57	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível.

A Tabela 34 se refere à disponibilidade da carga horária do profissional do NASF para a equipe AB. Registra-se que, somente 46,2% das equipes AB consideram que a carga horária dos profissionais do NASF é suficiente ou muito suficiente. No estado do Espírito Santo, 41,4% das equipes classificam a carga horária como razoavelmente suficiente. E no Amapá, 32,4% das equipes consideram a carga horária insuficiente.

Tabela 34. Disponibilidade da carga horária , segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014. (N=17.155)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Muito suficiente		Suficiente		Razoavelmente suficiente		Insuficiente		Muito insuficiente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	923	5,4	7003	40,8	5826	34,0	2898	16,9	505	2,9
Norte	59	5,9	442	44,3	323	32,4	144	14,4	29	2,9
Rondônia	4	3,7	36	33,0	40	36,7	25	22,9	4	3,7
Acre	1	2,4	17	40,5	13	31,0	9	21,4	2	4,8
Amazonas	11	6,7	71	43,3	48	29,3	27	16,5	7	4,3
Roraima	-	-	11	55,0	7	35,0	2	10,0	-	-
Pará	26	7,1	187	50,8	125	34,0	28	7,6	2	0,5
Amapá	3	2,9	24	22,9	35	33,3	34	32,4	9	8,6
Tocantins	14	7,4	96	50,8	55	29,1	19	10,1	5	2,6
Nordeste	527	7,1	3351	45,2	2396	32,3	960	12,9	186	2,5
Maranhão	27	7,9	176	51,5	90	26,3	41	12,0	8	2,3
Piauí	64	9,2	378	54,3	197	28,3	51	7,3	6	0,9
Ceará	71	5,4	596	45,3	427	32,5	177	13,5	44	3,3
Rio Grande do Norte	111	18,0	294	47,7	144	23,4	55	8,9	12	1,9
Paraíba	47	4,8	414	42,3	311	31,8	166	17,0	41	4,2
Pernambuco	58	4,4	547	41,4	490	37,1	193	14,6	34	2,6
Alagoas	20	4,3	201	42,9	172	36,7	71	15,1	5	1,1
Sergipe	9	6,1	66	44,6	46	31,1	26	17,6	1	0,7
Bahia	120	7,8	679	44,3	519	33,9	180	11,7	35	2,3
Sudeste	191	3,4	1946	34,9	2015	36,1	1238	22,2	185	3,3
Minas Gerais	107	4,2	968	37,8	903	35,3	501	19,6	79	3,1
Espírito Santo	-	-	22	37,9	24	41,4	11	19,0	1	1,7
Rio de Janeiro	33	3,2	341	32,6	395	37,7	239	22,8	39	3,7
São Paulo	51	2,7	615	32,2	693	36,2	487	25,5	66	3,5
Sul	77	3,7	772	37,3	735	35,5	405	19,6	79	3,8
Paraná	33	4,0	254	31,1	276	33,8	215	26,3	38	4,7
Santa Catarina	29	3,2	383	41,8	344	37,6	139	15,2	21	2,3
Rio Grande do Sul	15	4,5	135	40,2	115	34,2	51	15,2	20	6,0
Centro-Oeste	69	6,3	492	44,9	357	32,6	151	13,8	26	2,4
Mato Grosso do Sul	5	1,7	130	43,9	108	36,5	46	15,5	7	2,4
Mato Grosso	11	5,7	76	39,6	72	37,5	27	14,1	6	3,1
Goiás	53	9,6	265	48,2	157	28,5	64	11,6	11	2,0
Distrito Federal	-	-	21	36,8	20	35,1	14	24,6	2	3,5

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A Tabela 35 apresenta a realização do planejamento conjunto entre equipe NASF e AB. Observa-se que 80,0% das equipes AB relatam planejamento conjunto com as equipes NASF. Dentre os temas abordados, destacam-se a pactuação das atividades a serem desenvolvidas (91,7%), a definição de funções e atribuições entre as equipes (87,0%) e a organização de critérios e fluxos para apoio do NASF (86,9%).

Tabela 35. Atividades conjuntas de planejamento entre NASF e AB, Brasil, 2014 (N=17.157)

Variáveis	N	%
Existência de planejamento conjunto		
Sim	13727	80,0
Não	2416	14,1
Não respondeu	1014	5,9
Assunto discutido no planejamento conjunto entre AB e NASF		
Pactuação das atividades a serem desenvolvidas	12592	91,7
Definição de funções e atribuições entre as equipes	11937	87,0
Organização de critérios de fluxos para apoio do NASF	11932	86,9
Definição de objetivos, metas e resultados da atuação do NASF	11179	81,4
Organização de critérios e fluxos para encaminhamento de usuários a outros serviços/pontos de atenção	11042	80,4
Outros	1548	11,3

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

A Tabela 36 apresenta o acesso da equipe AB ao NASF. Quanto à média de dias entre a demanda de apoio pela equipe AB e o seu atendimento por parte do NASF, observa-se que 63,2% das equipes AB informam que o tempo de atendimento é de 1 a 7 dias. Quanto à forma de compartilhamento do caso entre a equipe AB e NASF, registra-se que 68,1% e 61,6% das equipes AB informam realizar discussão de casos e encaminhamentos por escrito, respectivamente.

Tabela 36. Acesso das equipes AB ao NASF, Brasil, 2014 (N=17.157)

Variáveis	N	%
Média de quantos dias o NASF demora em atender uma solicitação de apoio à equipe AB (N=17.157)		
1 a 3 dias	4308	25,1
4 a 7 dias	6544	38,1
8 a 15 dias	4200	24,5
16 ou mais	2105	12,3
Forma mais frequente da equipe AB compartilhar caso com o NASF, diante de um caso no qual há necessidade de apoio		
Discussão de casos	11680	68,1
Encaminhamentos por escrito	10565	61,6
Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF	9510	55,4
Consultas compartilhadas	7759	45,2
Outros	2262	13,2

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

A Tabela 37 apresenta a modalidade de contato da equipe AB com o NASF. Os meios mais citados são em dias programados (68,9%), por telefone (67,3%) e diretamente, a qualquer momento na UBS (44,3%). A utilização de e-mail e mensagem de texto é menos referida, ambos apresentando percentuais inferiores a 26,0%.

Ao analisar por estados, observa-se que Rondônia e Espírito Santo apresentam os menores percentuais (inferior a 36,0%) para o contato em dias programados e Roraima apresenta o maior percentual (70,0%) para o contato direto na UBS.

Tabela 37. Modalidade de contato da equipe AB com o NASF, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Em dias programados de atividades presenciais		Por e-mail		Por telefone		Diretamente, a qualquer momento na UBS na própria UBS		Mensagem de texto no celular		Outro	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	11816	68,9	4353	25,4	11545	67,3	7606	44,3	4194	24,4	2716	15,8
Norte	556	55,8	57	5,7	547	54,9	356	35,7	160	16,0	141	14,1
Rondônia	39	35,8	17	15,6	79	72,5	22	20,2	13	11,9	16	14,7
Acre	20	47,6	1	2,4	25	59,5	18	42,9	2	4,8	5	11,9
Amazonas	105	64,0	3	1,8	77	47,0	65	39,6	39	23,8	14	8,5
Roraima	10	50,0	-	-	4	20,0	14	70,0	-	-	3	15,0
Pará	225	61,1	24	6,5	210	57,1	115	31,3	62	16,8	58	15,8
Amapá	74	70,5	5	4,8	50	47,6	25	23,8	24	22,9	22	21,0
Tocantins	83	43,9	7	3,7	102	54,0	97	51,3	20	10,6	23	12,2
Nordeste	4821	65,0	1545	20,8	4924	66,4	3127	42,1	2055	27,7	1711	23,1
Maranhão	182	53,2	20	5,8	161	47,1	170	49,7	57	16,7	40	11,7
Piauí	440	63,2	89	12,8	426	61,2	330	47,4	136	19,5	150	21,6
Ceará	895	68,1	199	15,1	804	61,1	528	40,2	307	23,3	350	26,6
Rio de Janeiro	410	66,6	199	32,3	465	75,5	317	51,5	247	40,1	208	33,8
Paraíba	581	59,3	114	11,6	625	63,8	377	38,5	176	18,0	181	18,5
Pernambuco	892	67,5	305	23,1	981	74,2	409	30,9	330	25,0	224	16,9
Alagoas	186	39,7	27	5,8	217	46,3	196	41,8	32	6,8	129	27,5
Sergipe	66	44,6	20	13,5	91	61,5	61	41,2	33	22,3	40	27,0
Bahia	1169	76,3	572	37,3	1154	75,3	739	48,2	737	48,1	389	25,4
Sudeste	4490	80,5	1686	30,2	3655	65,6	2593	46,5	1347	24,2	455	8,2
Minas Gerais	2096	81,9	657	25,7	1727	67,5	1255	49,1	546	21,3	176	6,9
Espírito Santo	20	34,5	12	20,7	39	67,2	24	41,4	13	22,4	13	22,4
Rio de Janeiro	721	68,9	336	32,1	721	68,9	436	41,6	281	26,8	127	12,1
São Paulo	1653	86,5	681	35,6	1168	61,1	878	45,9	507	26,5	139	7,3
Sul	1366	66,0	871	42,1	1627	78,6	1098	53,0	398	19,2	270	13,0
Paraná	555	67,9	183	22,4	589	72,1	377	46,1	105	12,9	65	8,0
Santa Catarina	605	66,0	558	60,9	788	86,0	578	63,1	230	25,1	169	18,4
Rio Grande do Sul	206	61,1	130	38,6	250	74,2	143	42,4	63	18,7	36	10,7
Centro-Oeste	583	53,2	194	17,7	792	72,3	432	39,5	234	21,4	139	12,7
Mato Grosso do Sul	157	53,0	60	20,3	234	79,1	108	36,5	72	24,3	45	15,2
Mato Grosso	88	45,8	29	15,1	148	77,1	67	34,9	45	23,4	21	10,9
Goiás	292	53,1	83	15,1	380	69,1	221	40,2	101	18,4	63	11,5
Distrito Federal	46	80,7	22	38,6	30	52,6	36	63,2	16	28,1	10	17,5

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A Tabela 38 apresenta por estado, a satisfação da equipe AB quanto ao tempo de atendimento da equipe NASF. A maioria das equipes refere que o tempo é, sempre ou na maioria das vezes, adequado (mais de 80,0%). Destaque para Roraima, onde 30,0% das equipes consideram que o tempo é às vezes adequado.

Tabela 38. Atendimento em tempo adequado pelo NASF das solicitações de apoio para equipe AB, segundo profissional da AB, Brasil, 2014 (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Sempre		Na maioria das vezes		Às vezes		Raramente		Nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	7414	43,2	6985	40,7	2185	12,7	421	2,5	152	0,9	17157	100,0
Norte	451	45,2	339	34,0	155	15,5	40	4,0	12	1,2	...	...
Rondônia	37	33,9	38	34,9	26	23,9	5	4,6	3	2,8	109	100,0
Acre	21	50,0	14	33,3	3	7,1	3	7,1	1	2,4	42	100,0
Amazonas	73	44,5	57	34,8	29	17,7	4	2,4	1	0,6	164	100,0
Roraima	8	40,0	5	25,0	6	30,0	1	5,0	-	-	20	100,0
Pará	167	45,4	137	37,2	46	12,5	14	3,8	4	1,1	368	100,0
Amapá	41	39,0	28	26,7	23	21,9	10	9,5	3	2,9	105	100,0
Tocantins	104	55,0	60	31,7	22	11,6	3	1,6	-	-	189	100,0
Nordeste	3491	47,0	2794	37,7	886	11,9	188	2,5	61	0,8	...	...
Maranhão	176	51,5	117	34,2	39	11,4	6	1,8	4	1,2	342	100,0
Piauí	372	53,4	255	36,6	51	7,3	12	1,7	6	0,9	696	100,0
Ceará	588	44,7	518	39,4	164	12,5	34	2,6	11	0,8	1315	100,0
Rio Grande do Norte	367	59,6	192	31,2	38	6,2	16	2,6	3	0,5	616	100,0
Paraíba	416	42,5	367	37,5	146	14,9	36	3,7	14	1,4	979	100,0
Pernambuco	573	43,3	524	39,6	179	13,5	35	2,6	11	0,8	1322	100,0
Alagoas	210	44,8	180	38,4	60	12,8	14	3,0	5	1,1	469	100,0
Sergipe	66	44,6	57	38,5	22	14,9	3	2,0	-	-	148	100,0
Bahia	723	47,2	584	38,1	187	12,2	32	2,1	7	0,5	1533	100,0
Sudeste	2149	38,5	2484	44,6	785	14,1	120	2,2	37	0,7	...	...
Minas Gerais	1072	41,9	1102	43,1	320	12,5	45	1,8	19	0,7	2558	100,0
Espírito Santo	24	41,4	22	37,9	9	15,5	3	5,2	-	-	58	100,0
Rio de Janeiro	442	42,2	416	39,7	160	15,3	23	2,2	6	0,6	1047	100,0
São Paulo	611	32,0	944	49,4	296	15,5	49	2,6	12	0,6	1912	100,0
Sul	779	37,6	980	47,3	249	12,0	44	2,1	18	0,9	...	...
Paraná	337	41,2	355	43,5	96	11,8	23	2,8	6	0,7	817	100,0
Santa Catarina	317	34,6	479	52,3	105	11,5	12	1,3	3	0,3	916	100,0
Rio Grande do Sul	125	37,1	146	43,3	48	14,2	9	2,7	9	2,7	337	100,0
Centro-Oeste	544	49,7	388	35,4	110	10,0	29	2,6	24	2,2	...	...
Mato Grosso do Sul	138	46,6	116	39,2	29	9,8	7	2,4	6	2,0	296	100,0
Mato Grosso	94	49,0	73	38,0	14	7,3	5	2,6	6	3,1	192	100,0
Goiás	296	53,8	170	30,9	57	10,4	16	2,9	11	2,0	550	100,0
Distrito Federal	16	28,1	29	50,9	10	17,5	1	1,8	1	1,8	57	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

... Dado numérico não disponível.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A Tabela 39 apresenta a periodicidade dos encontros entre os profissionais do NASF e equipe AB. Observa-se no âmbito nacional, que 38,9% e 26,9% das equipes referem que os encontros são semanais e mensais, respectivamente. Contudo, 67,0% das equipes em Rondônia relatam que os encontros não têm periodicidade definida.

Tabela 39. Periodicidade dos encontros dos profissionais do NASF com a equipe AB, segundo as Grandes Regiões e as Unidades Federativas, 2014 (N=17.157).

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Semanal		Quinzenal		Mensal		Sem periodicidade definida	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	6673	38,9	2877	16,8	4614	26,9	3753	21,9
Norte	353	35,4	107	10,7	238	23,9	325	32,6
Rondônia	3	2,8	10	9,2	28	25,7	73	67,0
Acre	21	50,0	2	4,8	2	4,8	18	42,9
Amazonas	88	53,7	24	14,6	25	15,2	32	19,5
Roraima	5	25,0	3	15,0	7	35,0	6	30,0
Pará	121	32,9	36	9,8	111	30,2	108	29,3
Amapá	40	38,1	11	10,5	24	22,9	30	28,6
Tocantins	75	39,7	21	11,1	41	21,7	58	30,7
Nordeste	2309	31,1	1331	17,9	2146	28,9	1907	25,7
Maranhão	98	28,7	37	10,8	96	28,1	113	33,0
Piauí	168	24,1	104	14,9	246	35,3	196	28,2
Ceará	405	30,8	257	19,5	399	30,3	296	22,5
Rio Grande do Norte	199	32,3	116	18,8	168	27,3	158	25,6
Paraíba	279	28,5	122	12,5	269	27,5	338	34,5
Pernambuco	458	34,6	289	21,9	430	32,5	208	15,7
Alagoas	102	21,7	50	10,7	98	20,9	226	48,2
Sergipe	28	18,9	10	6,8	59	39,9	53	35,8
Bahia	572	37,3	346	22,6	381	24,9	319	20,8
Sudeste	2701	48,4	945	17,0	1522	27,3	688	12,3
Minas Gerais	1148	44,9	312	12,2	972	38,0	279	10,9
Espírito Santo	16	27,6	3	5,2	12	20,7	27	46,6
Rio de Janeiro	444	42,4	268	25,6	203	19,4	198	18,9
São Paulo	1093	57,2	362	18,9	335	17,5	184	9,6
Sul	876	42,3	372	18,0	459	22,2	516	24,9
Paraná	375	45,9	95	11,6	140	17,1	242	29,6
Santa Catarina	372	40,6	201	21,9	240	26,2	201	21,9
Rio Grande do Sul	129	38,3	76	22,6	79	23,4	73	21,7
Centro-Oeste	434	39,6	122	11,1	249	22,7	317	28,9
Mato Grosso do Sul	134	45,3	23	7,8	43	14,5	102	34,5
Mato Grosso	68	35,4	26	13,5	38	19,8	65	33,9
Goiás	228	41,5	68	12,4	129	23,5	140	25,5
Distrito Federal	4	7,0	5	8,8	39	68,4	10	17,5

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

A Tabela 40 apresenta as formas de contato da equipe AB com o NASF em situações imprevistas. Observa-se que 70,1% de equipes AB relatam haver critérios definidos e pactuados para acionar o NASF em situações imprevistas. Dessas, 99,0% referem conseguir realizar o contato, e a forma de contato mais utilizada é o telefone pessoal (em 92,8% dos casos).

Tabela 40. Contato do NASF com equipe AB em situações imprevistas, Brasil, 2014 (N=17.157)

Existência de critérios definidos e pactuados entre AB/NASF para acionar apoio (N=17.157)		
Sim	12031	70,1
Não	4669	27,2
Não respondeu	457	2,7
Contato realizado das equipes AB com o NASF (N=12.031)		
Sim	11912	99,0
Não	119	1,0
Meios de contato		
Telefone pessoal	11043	92,8
Mensagem de texto	3892	32,7
Outro	3802	31,9
E-mail	3676	30,9

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

As Tabelas 41 e 42 apresentam as ações de apoio matricial realizadas nos encontros entre a equipe NASF e AB. Destacam-se em âmbito nacional como as mais citadas, as visitas domiciliares (86,8%) e as consultas individuais do profissional do NASF (85,4%). O mesmo padrão é observado em cada um dos estados individualmente. As ações citadas como as menos frequentes são a gestão de encaminhamentos e/ou listas de espera para especialistas e o monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada, com percentuais inferiores a 60,0%.

Considerando os resultados por estado, a gestão de encaminhamentos e/ou listas de espera para especialistas apresenta os maiores percentuais, entre 63,1% e 65,7% nos estados do Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Roraima e São Paulo. Já o monitoramento e a avaliação de resultados da atenção compartilhada apresenta percentual entre 66,0% e 76,9%, nos estados do Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Norte e São Paulo, sendo inferior nos demais estados (Tabela 42).

Tabela 41. Ações de apoio matricial, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Consultas compartilhadas		Consultas individuais do profissional do NASF		Planejamento e avaliação de ações		Grupos terapêuticos ou de educação em saúde		Visitas domiciliares		Intervenções na comunidade		Discussão de casos e construção de planos terapêuticos PTS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	10821	63,1	14650	85,4	13175	76,8	13007	75,8	14900	86,8	11563	67,4	11867	69,2
Norte	527	52,9	803	80,5	618	62,0	543	54,5	800	80,2	577	57,9	503	50,5
Rondônia	51	46,8	69	63,3	48	44,0	38	34,9	74	67,9	38	34,9	40	36,7
Acre	19	45,2	32	76,2	22	52,4	20	47,6	36	85,7	22	52,4	19	45,2
Amazonas	114	69,5	141	86,0	101	61,6	107	65,2	142	86,6	99	60,4	100	61,0
Roraima	12	60,0	14	70,0	15	75,0	11	55,0	17	85,0	13	65,0	13	65,0
Pará	179	48,6	296	80,4	254	69,0	190	51,6	280	76,1	209	56,8	176	47,8
Amapá	54	51,4	92	87,6	56	53,3	50	47,6	94	89,5	68	64,8	40	38,1
Tocantins	98	51,9	159	84,1	122	64,6	127	67,2	157	83,1	128	67,7	115	60,8
Nordeste	4336	58,4	6327	85,3	5544	74,7	5323	71,7	6244	84,2	5073	68,4	4517	60,9
Maranhão	194	56,7	282	82,5	225	65,8	197	57,6	261	76,3	202	59,1	181	52,9
Piauí	390	56,0	616	88,5	514	73,9	501	72,0	584	83,9	510	73,3	401	57,6
Ceará	712	54,1	1110	84,4	986	75,0	975	74,1	1076	81,8	898	68,3	813	61,8
Rio Grande do Norte	429	69,6	554	89,9	518	84,1	475	77,1	543	88,1	485	78,7	436	70,8
Paraíba	522	53,3	807	82,4	676	69,1	599	61,2	763	77,9	592	60,5	486	49,6
Pernambuco	804	60,8	1175	88,9	959	72,5	982	74,3	1188	89,9	875	66,2	789	59,7
Alagoas	143	30,5	336	71,6	242	51,6	237	50,5	323	68,9	248	52,9	195	41,6
Sergipe	71	48,0	101	68,2	107	72,3	102	68,9	122	82,4	91	61,5	81	54,7
Bahia	1071	69,9	1346	87,8	1317	85,9	1255	81,9	1384	90,3	1172	76,5	1135	74,0
Sudeste	4101	73,6	4987	89,5	4634	83,1	4740	85,0	5174	92,8	3977	71,3	4649	83,4
Minas Gerais	1616	63,2	2336	91,3	2095	81,9	2246	87,8	2389	93,4	1884	73,7	2091	81,7
Espírito Santo	23	39,7	48	82,8	29	50,0	28	48,3	41	70,7	22	37,9	23	39,7
Rio de Janeiro	844	80,6	897	85,7	844	80,6	803	76,7	959	91,6	707	67,5	851	81,3
São Paulo	1618	84,6	1706	89,2	1666	87,1	1663	87,0	1785	93,4	1364	71,3	1684	88,1
Sul	1209	58,4	1737	83,9	1585	76,6	1629	78,7	1851	89,4	1319	63,7	1514	73,1
Paraná	462	56,5	698	85,4	584	71,5	600	73,4	715	87,5	516	63,2	586	71,7
Santa Catarina	529	57,8	783	85,5	733	80,0	772	84,3	855	93,3	586	64,0	643	70,2
Rio Grande do Sul	218	64,7	256	76,0	268	79,5	257	76,3	281	83,4	217	64,4	285	84,6
Centro-Oeste	648	59,2	796	72,7	794	72,5	772	70,5	831	75,9	617	56,3	684	62,5
Mato Grosso do Sul	165	55,7	213	72,0	207	69,9	210	70,9	228	77,0	172	58,1	186	62,8
Mato Grosso	100	52,1	139	72,4	132	68,8	128	66,7	126	65,6	115	59,9	99	51,6
Goiás	346	62,9	401	72,9	406	73,8	385	70,0	424	77,1	297	54,0	348	63,3
Distrito Federal	37	64,9	43	75,4	49	86,0	49	86,0	53	93,0	33	57,9	51	89,5

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Tabela 42. Ações de apoio matricial, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas		Organização da demanda para atendimentos individuais		Discussão de temas / ações de educação permanente		Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional		Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada		Apoio à organização do processo de trabalho da equipe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	9376	54,6	12304	71,7	11824	68,9	11165	65,1	10261	59,8	11889	69,3
Norte	411	41,2	579	58,1	542	54,4	503	50,5	427	42,8	551	55,3
Rondônia	19	17,4	22	20,2	35	32,1	25	22,9	23	21,1	36	33,0
Acre	9	21,4	21	50,0	17	40,5	16	38,1	18	42,9	16	38,1
Amazonas	77	47,0	103	62,8	108	65,9	89	54,3	82	50,0	99	60,4
Roraima	13	65,0	14	70,0	13	65,0	13	65,0	12	60,0	15	75,0
Pará	166	45,1	230	62,5	214	58,2	196	53,3	168	45,7	209	56,8
Amapá	27	25,7	63	60,0	41	39,0	46	43,8	34	32,4	55	52,4
Tocantins	100	52,9	126	66,7	114	60,3	118	62,4	90	47,6	121	64,0
Nordeste	3828	51,6	5206	70,2	5051	68,1	4761	64,2	4215	56,8	5111	68,9
Maranhão	163	47,7	207	60,5	191	55,8	182	53,2	154	45,0	203	59,4
Piauí	372	53,4	480	69,0	464	66,7	470	67,5	397	57,0	481	69,1
Ceará	744	56,6	989	75,2	904	68,7	893	67,9	787	59,8	959	72,9
Rio Grande do Norte	389	63,1	464	75,3	483	78,4	451	73,2	425	69,0	489	79,4
Paraíba	418	42,7	644	65,8	600	61,3	559	57,1	484	49,4	624	63,7
Pernambuco	642	48,6	878	66,4	852	64,4	778	58,9	698	52,8	808	61,1
Alagoas	175	37,3	233	49,7	208	44,3	190	40,5	158	33,7	204	43,5
Sergipe	71	48,0	90	60,8	81	54,7	79	53,4	69	46,6	70	47,3
Bahia	854	55,7	1221	79,6	1268	82,7	1159	75,6	1043	68,0	1273	83,0
Sudeste	3541	63,5	4400	78,9	4107	73,7	4020	72,1	3846	69,0	4080	73,2
Minas Gerais	1648	64,4	2100	82,1	1893	74,0	1863	72,8	1668	65,2	1856	72,6
Espírito Santo	23	39,7	31	53,4	21	36,2	22	37,9	17	29,3	29	50,0
Rio de Janeiro	613	58,5	766	73,2	730	69,7	722	69,0	691	66,0	731	69,8
São Paulo	1257	65,7	1503	78,6	1463	76,5	1413	73,9	1470	76,9	1464	76,6
Sul	1113	53,8	1471	71,1	1405	67,9	1285	62,1	1204	58,2	1474	71,2
Paraná	449	55,0	575	70,4	514	62,9	503	61,6	466	57,0	543	66,5
Santa Catarina	465	50,8	665	72,6	648	70,7	564	61,6	534	58,3	691	75,4
Rio Grande do Sul	199	59,1	231	68,5	243	72,1	218	64,7	204	60,5	240	71,2
Centro-Oeste	483	44,1	648	59,2	719	65,7	596	54,4	569	52,0	673	61,5
Mato Grosso do Sul	101	34,1	151	51,0	177	59,8	150	50,7	148	50,0	158	53,4
Mato Grosso	73	38,0	104	54,2	120	62,5	91	47,4	83	43,2	107	55,7
Goiás	287	52,2	349	63,5	385	70,0	319	58,0	302	54,9	367	66,7
Distrito Federal	22	38,6	44	77,2	37	64,9	36	63,2	36	63,2	41	71,9

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

As Tabelas 43 e 44 apresentam as áreas em que o NASF desenvolve ações conjuntas com a equipe AB. Observa-se que mais de 80,0% das equipes AB referem ações de atenção nutricional, atenção às pessoas com doenças crônicas e pessoas com deficiência e reabilitação. Ações voltadas à saúde materna infantil e a saúde mental são referidas por 73,5% e 72,8% das equipes respectivamente. Ação de apoio à organização do processo de trabalho é informada por 66,5% das equipes, enquanto que as ações de assistência farmacêutica por 40,9% das equipes. As ações com menores percentuais de realização são as voltadas à saúde do trabalhador com 30,0% e em Práticas Integrativas e Complementares (PICs) com 34,0%.

Dentre todos os estados, destaca-se Rondônia com os menores percentuais de ações realizadas nas áreas de saúde mental, atenção materna infantil, PICs e apoio à organização do processo de trabalho. Enquanto que o Acre apresenta os menores percentuais em atenção a pessoas com doenças crônicas e ações voltadas à saúde do trabalhador.

Tabela 43. Áreas que o NASF desenvolve atividades com a equipe AB, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Saúde mental		Atenção materno-infantil		Atenção às pessoas com doenças crônicas		Atenção às pessoas com deficiências e Reabilitação		Atenção nutricional	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	12498	72,8	12608	73,5	14762	86,0	14139	82,4	14864	86,6
Norte	588	59,0	694	69,6	788	79,0	791	79,3	826	82,8
Rondônia	53	48,6	56	51,4	79	72,5	80	73,4	89	81,7
Acre	25	59,5	26	61,9	26	61,9	29	69,0	32	76,2
Amazonas	91	55,5	114	69,5	140	85,4	142	86,6	139	84,8
Roraima	16	80,0	16	80,0	16	80,0	18	90,0	19	95,0
Pará	234	63,6	285	77,4	284	77,2	274	74,5	320	87,0
Amapá	49	46,7	72	68,6	96	91,4	89	84,8	95	90,5
Tocantins	120	63,5	125	66,1	147	77,8	159	84,1	132	69,8
Nordeste	5047	68,0	5530	74,5	6354	85,6	6186	83,4	6562	88,4
Maranhão	191	55,8	233	68,1	274	80,1	258	75,4	299	87,4
Piauí	487	70,0	554	79,6	605	86,9	610	87,6	629	90,4
Ceará	830	63,1	987	75,1	1138	86,5	1098	83,5	1100	83,7
Rio Grande do Norte	475	77,1	502	81,5	539	87,5	531	86,2	560	90,9
Paraíba	611	62,4	637	65,1	781	79,8	812	82,9	841	85,9
Pernambuco	1058	80,0	1055	79,8	1190	90,0	1152	87,1	1203	91,0
Alagoas	280	59,7	309	65,9	346	73,8	362	77,2	406	86,6
Sergipe	80	54,1	100	67,6	118	79,7	110	74,3	119	80,4
Bahia	1035	67,5	1153	75,2	1363	88,9	1253	81,7	1405	91,7
Sudeste	4518	81,0	4324	77,6	4981	89,3	4780	85,7	4826	86,6
Minas Gerais	2000	78,2	2000	78,2	2374	92,8	2256	88,2	2344	91,6
Espírito Santo	38	65,5	33	56,9	44	75,9	39	67,2	45	77,6
Rio de Janeiro	815	77,8	728	69,5	877	83,8	837	79,9	846	80,8
São Paulo	1665	87,1	1563	81,7	1686	88,2	1648	86,2	1591	83,2
Sul	1683	81,3	1393	67,3	1790	86,5	1606	77,6	1778	85,9
Paraná	615	75,3	589	72,1	725	88,7	648	79,3	721	88,2
Santa Catarina	783	85,5	590	64,4	796	86,9	725	79,1	778	84,9
Rio Grande do Sul	285	84,6	214	63,5	269	79,8	233	69,1	279	82,8
Centro-Oeste	662	60,5	667	60,9	849	77,5	776	70,9	872	79,6
Mato Grosso do Sul	155	52,4	174	58,8	226	76,4	186	62,8	237	80,1
Mato Grosso	109	56,8	122	63,5	146	76,0	107	55,7	137	71,4
Goiás	362	65,8	330	60,0	426	77,5	436	79,3	445	80,9
Distrito Federal	36	63,2	41	71,9	51	89,5	47	82,5	53	93,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Tabela 44. Áreas que o NASF desenvolve atividades com a equipe AB, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)

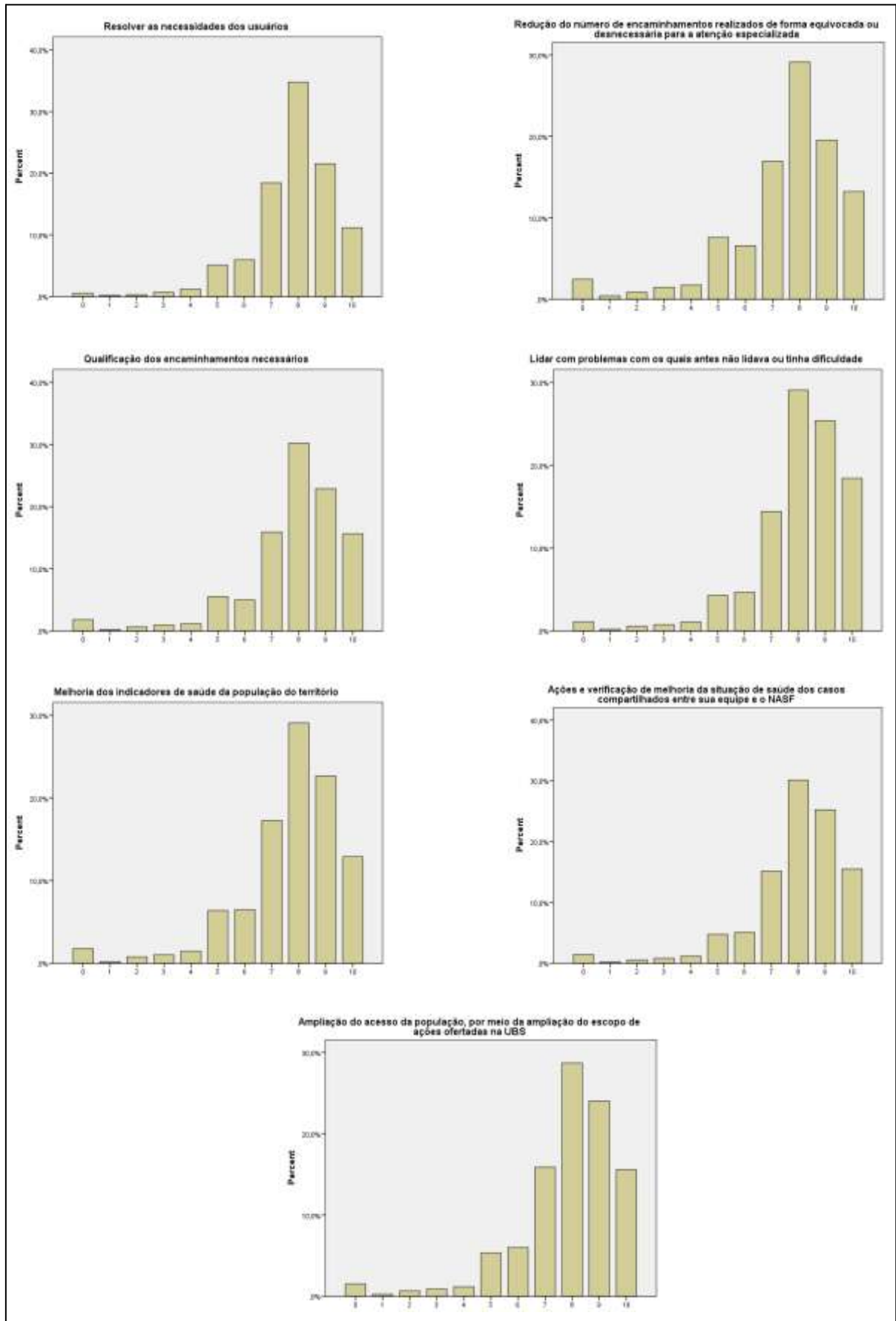
Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Assistência farmacêutica		Práticas Integrativas e Complementares		Saúde do Trabalhador		Apoio à organização do processo de trabalho da equipe		Outras	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	7021	40,9	5840	34,0	5143	30,0	11411	66,5	2395	14,0
Norte	319	32,0	269	27,0	230	23,1	513	51,5	126	12,6
Rondônia	21	19,3	9	8,3	12	11,0	28	25,7	12	11,0
Acre	7	16,7	9	21,4	4	9,5	15	35,7	7	16,7
Amazonas	58	35,4	46	28,0	61	37,2	94	57,3	12	7,3
Roraima	15	75,0	6	30,0	6	30,0	12	60,0	3	15,0
Pará	103	28,0	124	33,7	76	20,7	201	54,6	46	12,5
Amapá	12	11,4	14	13,3	11	10,5	55	52,4	20	19,0
Tocantins	103	54,5	61	32,3	60	31,7	108	57,1	26	13,8
Nordeste	2577	34,7	2001	27,0	2084	28,1	4855	65,4	1240	16,7
Maranhão	132	38,6	102	29,8	80	23,4	183	53,5	48	14,0
Piauí	133	19,1	155	22,3	226	32,5	462	66,4	61	8,8
Ceará	417	31,7	409	31,1	374	28,4	905	68,8	324	24,6
Rio Grande do Norte	279	45,3	240	39,0	256	41,6	486	78,9	167	27,1
Paraíba	280	28,6	191	19,5	211	21,6	606	61,9	103	10,5
Pernambuco	497	37,6	327	24,7	304	23,0	761	57,6	148	11,2
Alagoas	190	40,5	99	21,1	82	17,5	191	40,7	96	20,5
Sergipe	47	31,8	31	20,9	32	21,6	63	42,6	22	14,9
Bahia	602	39,3	447	29,2	519	33,9	1198	78,1	271	17,7
Sudeste	2472	44,3	2478	44,4	1860	33,4	4018	72,1	539	9,7
Minas Gerais	1426	55,7	926	36,2	930	36,4	1870	73,1	241	9,4
Espírito Santo	15	25,9	5	8,6	7	12,1	25	43,1	7	12,1
Rio de Janeiro	529	50,5	436	41,6	234	22,3	689	65,8	88	8,4
São Paulo	502	26,3	1111	58,1	689	36,0	1434	75,0	203	10,6
Sul	1224	59,1	675	32,6	648	31,3	1372	66,3	321	15,5
Paraná	489	59,9	248	30,4	226	27,7	485	59,4	85	10,4
Santa Catarina	594	64,8	307	33,5	310	33,8	666	72,7	200	21,8
Rio Grande do Sul	141	41,8	120	35,6	112	33,2	221	65,6	36	10,7
Centro-Oeste	429	39,2	417	38,1	321	29,3	653	59,6	169	15,4
Mato Grosso do Sul	102	34,5	88	29,7	73	24,7	158	53,4	44	14,9
Mato Grosso	43	22,4	48	25,0	63	32,8	113	58,9	36	18,8
Goiás	261	47,5	251	45,6	179	32,5	354	64,4	83	15,1
Distrito Federal	23	40,4	30	52,6	6	10,5	28	49,1	6	10,5

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Por fim, a equipe AB atribuiu uma nota de zero a dez, à contribuição do NASF para a AB nos seguintes aspectos: resolver as necessidades dos usuários, redução do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada, qualificação dos encaminhamentos, lidar com problemas que anteriormente não lidava, melhoria dos indicadores de saúde da população do território, melhoria da saúde dos casos compartilhados e ampliação do acesso dos usuários.

Na figura 4, tem-se um panorama geral em termos nacionais das notas atribuídas. Em todos os sete atributos considerados, a nota 8 foi a de maior frequência, expressando uma avaliação positiva do trabalho do NASF pela equipe AB.

Figura 5. Notas atribuídas pelas equipes AB a atuação do NASF, segundo profissional da AB, Brasil, 2014.



Nas tabelas 45 a 51 são apresentadas por estado as notas atribuídas pela equipe AB a cada um dos atributos mencionados. Na tabela 45 observa-se a contribuição do NASF na resolução das necessidades dos usuários. Embora a maior parte das equipes tenham atribuído notas entre 8 a 10, observa-se que no Acre, Mato Grosso e Amapá houve atribuição da nota zero, respectivamente em 2,4%, 2,6% e 2,9% das equipes.

Tabela 45. Apoio do NASF para resolver as necessidades dos usuários, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Zero		Entre 1 a 4		Entre 5 a 7		Entre 8 a 10	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	97	0,6	416	2,4	5066	29,5	11578	67,5
Norte	8	0,8	30	3,0	330	33,1	629	63,1
Rondônia	1	0,9	8	7,3	49	45,0	51	46,8
Acre	1	2,4	2	4,8	15	35,7	24	57,1
Amazonas	-	-	5	3,0	62	37,8	97	59,1
Roraima	-	-	-	-	9	45,0	11	55,0
Pará	3	0,8	8	2,2	101	27,4	256	69,6
Amapá	3	2,9	5	4,8	52	49,5	45	42,9
Tocantins	-	-	2	1,1	42	22,2	145	76,7
Nordeste	45	0,6	148	2,0	1910	25,7	5317	71,7
Maranhão	5	1,5	7	2,0	53	15,5	277	81,0
Piauí	3	0,4	7	1,0	130	18,7	556	79,9
Ceará	8	0,6	23	1,7	329	25,0	955	72,6
Rio Grande do Norte	-	-	6	1,0	124	20,1	486	78,9
Paraíba	16	1,6	27	2,8	294	30,0	642	65,6
Pernambuco	6	0,5	26	2,0	349	26,4	941	71,2
Alagoas	3	0,6	15	3,2	142	30,3	309	65,9
Sergipe	1	0,7	6	4,1	41	27,7	100	67,6
Bahia	3	0,2	31	2,0	448	29,2	1051	68,6
Sudeste	14	0,3	137	2,5	1852	33,2	3572	64,1
Minas Gerais	5	0,2	49	1,9	757	29,6	1747	68,3
Espírito Santo	-	-	3	5,2	22	37,9	33	56,9
Rio de Janeiro	1	0,1	20	1,9	341	32,6	685	65,4
São Paulo	8	0,4	65	3,4	732	38,3	1107	57,9
Sul	15	0,7	57	2,8	616	29,8	1382	66,8
Paraná	4	0,5	34	4,2	245	30,0	534	65,4
Santa Catarina	5	0,5	15	1,6	268	29,3	628	68,6
Rio Grande do Sul	6	1,8	8	2,4	103	30,6	220	65,3
Centro-Oeste	15	1,4	44	4,0	358	32,7	678	61,9
Mato Grosso do Sul	3	1,0	10	3,4	96	32,4	187	63,2
Mato Grosso	5	2,6	9	4,7	75	39,1	103	53,6
Goiás	7	1,3	21	3,8	160	29,1	362	65,8
Distrito Federal	-	-	4	7,0	27	47,4	26	45,6

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Na tabela 46 observa-se a contribuição do NASF em reduzir o número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada. Embora a maior parte das equipes AB tenham atribuído notas entre 8 a 10, observa-se que em Rondônia e no Distrito Federal a nota atribuída foi entre 5 a 7 em 47,7% e

49,1% das equipes, respectivamente. Destaca-se que em 10,5% das equipes no Mato Grosso do Sul e em 9,2% das equipes em Rondônia, foi atribuída nota zero a este atributo.

Tabela 46. Apoio do NASF para reduzir o número de encaminhamento realizado de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada, segundo Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Zero		Entre 1 a 4		Entre 5 a 7		Entre 8 a 10	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	421	2,5	775	4,5	5338	31,1	10623	61,9
Norte	28	2,8	47	4,7	364	36,5	558	56,0
Rondônia	10	9,2	11	10,1	52	47,7	36	33,0
Acre	1	2,4	1	2,4	13	31,0	27	64,3
Amazonas	-	-	12	7,3	67	40,9	85	51,8
Roraima	1	5,0	1	5,0	9	45,0	9	45,0
Pará	7	1,9	8	2,2	138	37,5	215	58,4
Amapá	6	5,7	10	9,5	37	35,2	52	49,5
Tocantins	3	1,6	4	2,1	48	25,4	134	70,9
Nordeste	169	2,3	257	3,5	2088	28,1	4906	66,1
Maranhão	8	2,3	10	2,9	81	23,7	243	71,1
Piauí	18	2,6	8	1,1	140	20,1	530	76,1
Ceará	15	1,1	44	3,3	356	27,1	900	68,4
Rio Grande do Norte	14	2,3	15	2,4	145	23,5	442	71,8
Paraíba	37	3,8	42	4,3	287	29,3	613	62,6
Pernambuco	32	2,4	48	3,6	380	28,7	862	65,2
Alagoas	17	3,6	21	4,5	155	33,0	276	58,8
Sergipe	2	1,4	12	8,1	40	27,0	94	63,5
Bahia	26	1,7	57	3,7	504	32,9	946	61,7
Sudeste	99	1,8	287	5,1	1789	32,1	3400	61,0
Minas Gerais	32	1,3	140	5,5	780	30,5	1606	62,8
Espírito Santo	1	1,7	2	3,4	27	46,6	28	48,3
Rio de Janeiro	19	1,8	31	3,0	304	29,0	693	66,2
São Paulo	47	2,5	114	6,0	678	35,5	1073	56,1
Sul	65	3,1	103	5,0	710	34,3	1192	57,6
Paraná	35	4,3	53	6,5	281	34,4	448	54,8
Santa Catarina	16	1,7	36	3,9	329	35,9	535	58,4
Rio Grande do Sul	14	4,2	14	4,2	100	29,7	209	62,0
Centro-Oeste	60	5,5	81	7,4	387	35,3	567	51,8
Mato Grosso do Sul	31	10,5	16	5,4	112	37,8	137	46,3
Mato Grosso	11	5,7	21	10,9	68	35,4	92	47,9
Goiás	17	3,1	37	6,7	179	32,5	317	57,6
Distrito Federal	1	1,8	7	12,3	28	49,1	21	36,8

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Na tabela 47 observa-se a contribuição do NASF para qualificar os encaminhamentos. Embora a maior parte das equipes AB tenham atribuído notas entre 8 a 10, observa-se que a nota entre 5 a 7 também apresenta frequência relevante nos estados do Espírito Santo, Distrito Federal e Rondônia com 44,8%, 40,4% e 38,5% respectivamente. No Mato Grosso do Sul, 8,1% das equipes atribuíram a nota zero a este atributo.

Tabela 47. Apoio do NASF para qualificar os encaminhamentos necessários, segundo Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Zero		Entre 1 a 4		Entre 5 a 7		Entre 8 a 10	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	309	1,8	511	3,0	4535	26,4	11802	68,8
Norte	18	1,8	34	3,4	283	28,4	662	66,4
Rondônia	7	6,4	9	8,3	42	38,5	51	46,8
Acre	1	2,4	1	2,4	11	26,2	29	69,0
Amazonas	-	-	9	5,5	46	28,0	109	66,5
Roraima	1	5,0	-	-	6	30,0	13	65,0
Pará	4	1,1	9	2,4	101	27,4	254	69,0
Amapá	4	3,8	4	3,8	38	36,2	59	56,2
Tocantins	1	0,5	2	1,1	39	20,6	147	77,8
Nordeste	115	1,5	184	2,5	1736	23,4	5385	72,6
Maranhão	4	1,2	5	1,5	63	18,4	270	78,9
Piauí	7	1,0	9	1,3	99	14,2	581	83,5
Ceará	12	0,9	26	2,0	295	22,4	982	74,7
Rio Grande do Norte	10	1,6	13	2,1	125	20,3	468	76,0
Paraíba	33	3,4	35	3,6	235	24,0	676	69,1
Pernambuco	24	1,8	36	2,7	325	24,6	937	70,9
Alagoas	8	1,7	17	3,6	136	29,0	308	65,7
Sergipe	2	1,4	6	4,1	37	25,0	103	69,6
Bahia	15	1,0	37	2,4	421	27,5	1060	69,1
Sudeste	83	1,5	179	3,2	1553	27,9	3760	67,4
Minas Gerais	23	0,9	82	3,2	681	26,6	1772	69,3
Espírito Santo	2	3,4	1	1,7	26	44,8	29	50,0
Rio de Janeiro	18	1,7	26	2,5	269	25,7	734	70,1
São Paulo	40	2,1	70	3,7	577	30,2	1225	64,1
Sul	51	2,5	55	2,7	619	29,9	1345	65,0
Paraná	23	2,8	31	3,8	251	30,7	512	62,7
Santa Catarina	19	2,1	14	1,5	277	30,2	606	66,2
Rio Grande do Sul	9	2,7	10	3,0	91	27,0	227	67,4
Centro-Oeste	42	3,8	59	5,4	344	31,4	650	59,4
Mato Grosso do Sul	24	8,1	14	4,7	101	34,1	157	53,0
Mato Grosso	8	4,2	16	8,3	71	37,0	97	50,5
Goiás	10	1,8	24	4,4	149	27,1	367	66,7
Distrito Federal	-	-	5	8,8	23	40,4	29	50,9

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Na tabela 48 observa-se a contribuição do NASF para lidar com problemas com os quais a equipe AB não lidava ou tinha dificuldade. Observa-se que 72,9% das equipes AB atribuíram nota entre 8 a 10. Dentre todos os estados, destaca-se Roraima com 45,0% das equipes atribuindo nota entre 5 a 7. Destaca-se a nota zero foi atribuída em 4,7% das equipes no Mato Grosso do Sul e em 5,2% no Mato Grosso.

Tabela 48. Apoio ofertado pelo NASF para lidar com problemas com os quais não lidava ou tinha dificuldade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Zero		Entre 1 a 4		Entre 5 a 7		Entre 8 a 10	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	189	1,1	454	2,6	4007	23,4	12507	72,9
Norte	11	1,1	30	3,0	260	26,1	696	69,8
Rondônia	2	1,8	7	6,4	37	33,9	63	57,8
Acre	-	-	1	2,4	10	23,8	31	73,8
Amazonas	-	-	7	4,3	47	28,7	110	67,1
Roraima	-	-	-	-	9	45,0	11	55,0
Pará	5	1,4	7	1,9	84	22,8	272	73,9
Amapá	3	2,9	8	7,6	34	32,4	60	57,1
Tocantins	1	0,5	-	-	39	20,6	149	78,8
Nordeste	86	1,2	136	1,8	1583	21,3	5615	75,7
Maranhão	5	1,5	4	1,2	58	17,0	275	80,4
Piauí	7	1,0	3	0,4	97	13,9	589	84,6
Ceará	10	0,8	20	1,5	275	20,9	1010	76,8
Rio Grande do Norte	4	0,6	8	1,3	107	17,4	497	80,7
Paraíba	23	2,3	35	3,6	241	24,6	680	69,5
Pernambuco	17	1,3	23	1,7	267	20,2	1015	76,8
Alagoas	9	1,9	12	2,6	137	29,2	311	66,3
Sergipe	2	1,4	9	6,1	25	16,9	112	75,7
Bahia	9	0,6	22	1,4	376	24,5	1126	73,5
Sudeste	33	0,6	178	3,2	1365	24,5	3999	71,7
Minas Gerais	18	0,7	83	3,2	552	21,6	1905	74,5
Espírito Santo	1	1,7	4	6,9	20	34,5	33	56,9
Rio de Janeiro	5	0,5	23	2,2	231	22,1	788	75,3
São Paulo	9	0,5	68	3,6	562	29,4	1273	66,6
Sul	24	1,2	63	3,0	508	24,5	1475	71,3
Paraná	8	1,0	31	3,8	215	26,3	563	68,9
Santa Catarina	7	0,8	20	2,2	221	24,1	668	72,9
Rio Grande do Sul	9	2,7	12	3,6	72	21,4	244	72,4
Centro-Oeste	35	3,2	47	4,3	291	26,6	722	65,9
Mato Grosso do Sul	14	4,7	13	4,4	81	27,4	188	63,5
Mato Grosso	10	5,2	10	5,2	63	32,8	109	56,8
Goiás	10	1,8	19	3,5	129	23,5	392	71,3
Distrito Federal	1	1,8	5	8,8	18	31,6	33	57,9

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Na tabela 49 observa-se a contribuição do NASF para melhoria dos indicadores de saúde da população do território. Observa-se que a nota entre 8 a 10 foi referida por 64,7% das equipes AB. As piores avaliações com notas entre 1 a 4 foram atribuídas pelas equipes do Distrito Federal (10,5%) e de Rondônia (11,9%). Destaca-se que, mesmo com percentuais pouco elevados (menor que 6,0%), em todos os estados houve atribuição da nota zero, com exceção do Acre e do Distrito Federal.

Tabela 49. Apoio para melhoria dos indicadores de saúde da população do território, segundo Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Zero		Entre 1 a 4		Entre 5 a 7		Entre 8 a 10	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	303	1,8	591	3,4	5168	30,1	11095	64,7
Norte	18	1,8	40	4,0	304	30,5	635	63,7
Rondônia	5	4,6	13	11,9	42	38,5	49	45,0
Acre	-	-	-	-	14	33,3	28	66,7
Amazonas	2	1,2	6	3,7	54	32,9	102	62,2
Roraima	1	5,0	-	-	6	30,0	13	65,0
Pará	5	1,4	8	2,2	98	26,6	257	69,8
Amapá	4	3,8	10	9,5	43	41,0	48	45,7
Tocantins	1	0,5	3	1,6	47	24,9	138	73,0
Nordeste	126	1,7	185	2,5	1940	26,1	5169	69,7
Maranhão	4	1,2	9	2,6	55	16,1	274	80,1
Piauí	6	0,9	6	0,9	119	17,1	565	81,2
Ceará	19	1,4	25	1,9	334	25,4	937	71,3
Rio Grande do Norte	7	1,1	7	1,1	153	24,8	449	72,9
Paraíba	34	3,5	37	3,8	292	29,8	616	62,9
Pernambuco	29	2,2	30	2,3	345	26,1	918	69,4
Alagoas	11	2,3	17	3,6	137	29,2	304	64,8
Sergipe	4	2,7	6	4,1	48	32,4	90	60,8
Bahia	12	0,8	48	3,1	457	29,8	1016	66,3
Sudeste	76	1,4	219	3,9	1866	33,5	3414	61,2
Minas Gerais	26	1,0	85	3,3	742	29,0	1705	66,7
Espírito Santo	1	1,7	2	3,4	23	39,7	32	55,2
Rio de Janeiro	13	1,2	25	2,4	316	30,2	693	66,2
São Paulo	36	1,9	107	5,6	785	41,1	984	51,5
Sul	45	2,2	95	4,6	692	33,4	1238	59,8
Paraná	20	2,4	48	5,9	264	32,3	485	59,4
Santa Catarina	13	1,4	24	2,6	328	35,8	551	60,2
Rio Grande do Sul	12	3,6	23	6,8	100	29,7	202	59,9
Centro-Oeste	38	3,5	52	4,7	366	33,4	639	58,4
Mato Grosso do Sul	13	4,4	13	4,4	113	38,2	157	53,0
Mato Grosso	11	5,7	13	6,8	74	38,5	94	49,0
Goiás	14	2,5	20	3,6	155	28,2	361	65,6
Distrito Federal	-	-	6	10,5	24	42,1	27	47,4

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Na tabela 50 observa-se a contribuição do NASF para melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre equipe AB e o NASF. Observa-se que a nota entre 8 a 10 foi atribuída por 70,9% das equipes AB. Entretanto avaliações não tão positivas são observadas nos estados do Espírito Santo com 39,7% das equipes atribuindo a nota entre 5 a 7 e Rondônia com 9,2% das equipes pontuando entre 1 a 4. Destaque especial para o Mato Grosso do Sul onde 5,4% das equipes deram nota zero a este atributo.

Tabela 50. Ações de melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o NASF, segundo Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Zero		Entre 1 a 4		Entre 5 a 7		Entre 8 a 10	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	245	1,4	471	2,7	4280	24,9	12161	70,9
Norte	13	1,3	42	4,2	276	27,7	666	66,8
Rondônia	1	0,9	10	9,2	41	37,6	57	52,3
Acre	-	-	3	7,1	10	23,8	29	69,0
Amazonas	1	0,6	8	4,9	45	27,4	110	67,1
Roraima	-	-	1	5,0	7	35,0	12	60,0
Pará	5	1,4	7	1,9	99	26,9	257	69,8
Amapá	3	2,9	12	11,4	34	32,4	56	53,3
Tocantins	3	1,6	1	0,5	40	21,2	145	76,7
Nordeste	123	1,7	179	2,4	1694	22,8	5424	73,1
Maranhão	6	1,8	5	1,5	61	17,8	270	78,9
Piauí	11	1,6	7	1,0	108	15,5	570	81,9
Ceará	18	1,4	30	2,3	299	22,7	968	73,6
Rio Grande do Norte	6	1,0	11	1,8	117	19,0	482	78,2
Paraíba	36	3,7	37	3,8	247	25,2	659	67,3
Pernambuco	23	1,7	35	2,6	283	21,4	981	74,2
Alagoas	11	2,3	19	4,1	141	30,1	298	63,5
Sergipe	2	1,4	9	6,1	38	25,7	99	66,9
Bahia	10	0,7	26	1,7	400	26,1	1097	71,6
Sudeste	44	0,8	146	2,6	1447	26,0	3938	70,6
Minas Gerais	19	0,7	62	2,4	607	23,7	1870	73,1
Espírito Santo	1	1,7	2	3,4	23	39,7	32	55,2
Rio de Janeiro	7	0,7	21	2,0	249	23,8	770	73,5
São Paulo	17	0,9	61	3,2	568	29,7	1266	66,2
Sul	31	1,5	60	2,9	551	26,6	1428	69,0
Paraná	14	1,7	33	4,0	232	28,4	538	65,9
Santa Catarina	8	0,9	17	1,9	242	26,4	649	70,9
Rio Grande do Sul	9	2,7	10	3,0	77	22,8	241	71,5
Centro-Oeste	34	3,1	44	4,0	312	28,5	705	64,4
Mato Grosso do Sul	16	5,4	12	4,1	91	30,7	177	59,8
Mato Grosso	8	4,2	12	6,3	58	30,2	114	59,4
Goiás	10	1,8	18	3,3	138	25,1	384	69,8
Distrito Federal	-	-	2	3,5	25	43,9	30	52,6

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Na tabela 51 observa-se a contribuição do NASF por meio da ampliação do escopo de ações ofertadas na AB. Observa-se que a nota entre 8 a 10 foi atribuída no âmbito nacional por 68,3% das equipes AB. Destaca-se com um resultado positivo acima da média nacional o estado do Piauí em que 83,2% das equipes atribuíram nota entre 8 a 10. Embora todos os estados tenham recebido nota zero para este atributo (exceto Roraima), os estados do Mato Grosso, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Acre foram os que tiveram maior número de equipes (em torno de 5%) atribuindo a nota zero para este atributo.

Tabela 51. Ampliação do acesso da população por meio da ampliação do escopo de ações ofertadas na UBS, segundo Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157)

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Zero		Entre 1 a 4		Entre 5 a 7		Entre 8 a 10	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	261	1,5	508	3,0	4665	27,2	11723	68,3
Norte	20	2,0	38	3,8	290	29,1	649	65,1
Rondônia	4	3,7	14	12,8	39	35,8	52	47,7
Acre	2	4,8	1	2,4	12	28,6	27	64,3
Amazonas	3	1,8	6	3,7	47	28,7	108	65,9
Roraima	-	-	1	5,0	8	40,0	11	55,0
Pará	5	1,4	8	2,2	101	27,4	254	69,0
Amapá	2	1,9	8	7,6	35	33,3	60	57,1
Tocantins	4	2,1	-	-	48	25,4	137	72,5
Nordeste	110	1,5	196	2,6	1765	23,8	5349	72,1
Maranhão	8	2,3	4	1,2	70	20,5	260	76,0
Piauí	6	0,9	11	1,6	100	14,4	579	83,2
Ceará	15	1,1	32	2,4	302	23,0	966	73,5
Rio Grande do Norte	2	0,3	14	2,3	128	20,8	472	76,6
Paraíba	34	3,5	35	3,6	255	26,0	655	66,9
Pernambuco	20	1,5	33	2,5	310	23,4	959	72,5
Alagoas	12	2,6	23	4,9	126	26,9	308	65,7
Sergipe	2	1,4	6	4,1	39	26,4	101	68,2
Bahia	11	0,7	38	2,5	435	28,4	1049	68,4
Sudeste	53	1,0	167	3,0	1654	29,7	3701	66,4
Minas Gerais	16	0,6	58	2,3	666	26,0	1818	71,1
Espírito Santo	1	1,7	4	6,9	27	46,6	26	44,8
Rio de Janeiro	7	0,7	27	2,6	294	28,1	719	68,7
São Paulo	29	1,5	78	4,1	667	34,9	1138	59,5
Sul	38	1,8	62	3,0	616	29,8	1354	65,4
Paraná	15	1,8	35	4,3	237	29,0	530	64,9
Santa Catarina	9	1,0	15	1,6	291	31,8	601	65,6
Rio Grande do Sul	14	4,2	12	3,6	88	26,1	223	66,2
Centro-Oeste	40	3,7	45	4,1	340	31,1	670	61,2
Mato Grosso do Sul	15	5,1	17	5,7	83	28,0	181	61,1
Mato Grosso	8	4,2	8	4,2	63	32,8	113	58,9
Goiás	16	2,9	14	2,5	169	30,7	351	63,8
Distrito Federal	1	1,8	6	10,5	25	43,9	25	43,9

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Na Tabela 52 observa-se uma avaliação global que a equipe AB atribui ao apoio que recebe do NASF, sem discriminar o tipo de apoio. Em âmbito nacional, a nota entre 8 a 10 foi atribuída por 74,1% das equipes AB, sendo que os estados do Piauí e Rio Grande do Norte, apresentaram os maiores percentuais, 84,5% e 82,6%, respectivamente. Apenas 6 estados não receberam nota zero (Rondônia, Acre, Roraima, Tocantins, Espírito Santo e Distrito Federal) em todos os demais os percentuais de equipes atribuindo nota zero foram inferiores a 2%.

Tabela 52. Nota atribuída ao NASF pela equipe AB, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, 2014 (N=17.157).

Grandes Regiões e as Unidades da Federação	Zero		Entre 1 a 4		Entre 5 a 7		Entre 8 a 10	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	106	0,6	496	2,9	3832	22,3	12718	74,1
Norte	6	0,6	44	4,4	258	25,9	689	69,1
Rondônia	-	-	11	10,1	37	33,9	61	56,0
Acre	-	-	3	7,1	9	21,4	30	71,4
Amazonas	2	1,2	6	3,7	47	28,7	109	66,5
Roraima	-	-	1	5,0	6	30,0	13	65,0
Pará	2	0,5	10	2,7	79	21,5	277	75,3
Amapá	2	1,9	10	9,5	39	37,1	54	51,4
Tocantins	-	-	3	1,6	41	21,7	145	76,7
Nordeste	52	0,7	189	2,5	1489	20,1	5690	76,7
Maranhão	6	1,8	6	1,8	62	18,1	268	78,4
Piauí	3	0,4	8	1,1	97	13,9	588	84,5
Ceará	9	0,7	39	3,0	269	20,5	998	75,9
Rio Grande do Norte	1	0,2	13	2,1	93	15,1	509	82,6
Paraíba	16	1,6	28	2,9	219	22,4	716	73,1
Pernambuco	9	0,7	32	2,4	268	20,3	1013	76,6
Alagoas	4	0,9	24	5,1	124	26,4	317	67,6
Sergipe	2	1,4	6	4,1	29	19,6	111	75,0
Bahia	2	0,1	33	2,2	328	21,4	1170	76,3
Sudeste	16	0,3	143	2,6	1329	23,9	4083	73,3
Minas Gerais	5	0,2	53	2,1	531	20,8	1965	76,9
Espírito Santo	-	-	5	8,6	21	36,2	32	55,2
Rio de Janeiro	3	0,3	25	2,4	244	23,3	775	74,0
São Paulo	8	0,4	60	3,1	533	27,9	1311	68,6
Sul	15	0,7	69	3,3	485	23,4	1500	72,5
Paraná	8	1,0	32	3,9	214	26,2	563	68,9
Santa Catarina	4	0,4	21	2,3	193	21,1	697	76,2
Rio Grande do Sul	3	0,9	16	4,7	78	23,1	240	71,2
Centro-Oeste	17	1,6	51	4,7	271	24,7	756	69,0
Mato Grosso do Sul	6	2,0	14	4,7	82	27,7	194	65,5
Mato Grosso	2	1,0	12	6,3	54	28,1	124	64,6
Goiás	9	1,6	23	4,2	113	20,5	405	73,6
Distrito Federal	-	-	2	3,5	22	38,6	33	57,9

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2º ciclo, 2013-2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Em síntese, a nota entre 8 a 10 foi a que teve maior frequência entre todos os atributos avaliados, em torno de 70,0%. Contudo, a nota zero esteve presente nas avaliações realizadas. Destaca-se que a redução de encaminhamentos para a atenção especializada foi a que apresentou o menor percentual (61,9%) para a nota entre 8 a 10 e o maior percentual para a nota zero (2,5%) indicando ser esta a ação mais problemática na percepção da AB.

5 DISCUSSÃO

A implantação de equipes NASF vem se expandindo por todo o país desde a sua criação em 2008. O MS de forma consistente tem investido na AB e introduzido incentivos para que os municípios adiram a sua política. Tanto a implantação do NASF quanto a adesão ao PMAQ implicam em repasses financeiros para os municípios. Atualmente, os valores de custeio mensal do NASF variam de oito a vinte mil reais, conforme a modalidade da equipe implantada no município e os recursos do PMAQ variam de dois a oito mil e quinhentos conforme a certificação obtida e a equipe contratualizada. Esse incremento financeiro é de grande interesse da gestão municipal.

As regiões Sudeste e Nordeste destacam-se pelo maior número dessas equipes, enquanto as regiões Norte e Centro Oeste apresentam menor quantidade de equipes. A diferenciação regional encontrada nesse estudo assemelha-se a outras pesquisas que referem as regiões Norte e Nordeste como as menos desenvolvidas, enquanto que as regiões Sul e Sudeste apresentam melhores resultados. A região Sudeste é conhecida pelo alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços em saúde, já a região Norte apresenta menor desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços. Além do mais, essa região é conhecida pela dificuldade em fixar profissionais devido à geografia do lugar, conforme apontado por Garnelo et al (2013). As diferenças regionais encontradas de implantação tanto de equipes NASF quanto de equipes AB podem ser correlacionadas com a heterogeneidade existente no território brasileiro, que devido ao processo de descentralização de saúde e ao federalismo fiscal provocam iniquidades na oferta e acesso aos serviços de saúde (VIANA; MACHADO, 2008). Corroborando Patrocínio (2012) que encontrou diferenças na implementação do NASF nos dois municípios estudados, nestes ocorrendo conforme as condições locais e os atores políticos presentes no momento da implementação dessa política.

Ainda em relação à implantação das equipes NASF, conforme o preconizado pelas diretrizes deve ser considerado as necessidades do território, as condições socioeconômicas e o perfil epidemiológico. Tendo em vista que os profissionais da AB tem maior conhecimento das necessidades da população a ser atendida e vínculo com a comunidade, é sugerida sua participação ao NASF ser implementado. Contudo, o resultado observado quanto a existência de diálogo entre a gestão e a equipe AB sobre quais categorias devem compor o NASF, indicam a necessidade de incrementar diálogo entre esses atores.

Outros estudos também apresentam dissonância das diretrizes no que diz respeito à implementação do NASF, tais como a falta de territorialização, não participação das equipes

AB, reaproveitamento de profissionais que já compunham a equipe de saúde e orientação política para definição das categorias profissionais que comporiam o NASF (OLIVEIRA et al., 2012; PATROCÍNIO, 2012; SILVA, 2014; SOUZA, 2015).

Ainda em relação à territorialização, Silva (2014) aponta o desconhecimento do território onde a equipe NASF irá atuar como um fator limitante na articulação do processo de trabalho entre as equipes NASF e AB. Além do mais, Teixeira et al (2014) apontam que o processo de territorialização se restringe a confecção de mapas geográficos, sem considerar aspectos socioeconômico e culturais sob responsabilidade das equipes.

Diante da dificuldade na implantação do NASF e sua entrada na AB, uma estratégia apontada por Silva et al. (2012) como exitosa no município de São Paulo foi a realização de oficinas para discutir e apresentar a proposta do NASF para as equipes de AB a fim de que essas tomassem conhecimento de como implanta-lo.

Em relação à composição multiprofissional das equipes para o trabalho em saúde, o NASF contribuiu significativamente para a inserção de novas categorias profissionais, ampliando o mercado de trabalho para vários profissionais. Na primeira portaria em 2008, eram treze categorias profissionais que poderiam compor o NASF. Em 2011, com a Portaria 2.488 houve a inclusão de novas categorias profissionais nas equipes NASF, passando para dezenove.

Conforme Anjos et al (2013), a inclusão de novas categorias profissionais amplia a capacidade da AB responder a novos e antigos desafios relacionados ao aumento da expectativa de vida da população, suas comorbidades e mudança de perfil epidemiológico, além das doenças mentais e relacionadas à nutrição.

Neste estudo as profissões mais referidas nas equipes NASF foram: fisioterapeutas, educadores físicos e veterinários. A alta prevalência de médicos veterinários e a baixa prevalência de psicólogos nas respostas dadas pelas equipes AB é um fato bastante curioso e diverge de outros estudos e do CNES, que apontam para os profissionais psicólogos e nutricionistas como as profissões mais frequentes nas equipes NASF. Destaca-se inclusive a Portaria 2.843/2010, que recomenda a inclusão de pelo menos um psicólogo na equipe devido às demandas em saúde mental. Contraditoriamente a este estudo Patrocínio (2012) encontrou um número de psicólogos superior ao perfil nacional e a profissão mais frequente na composição dos NASF no estado do Rio de Janeiro. Igualmente, Oliveira et al. (2017) apontam os psicólogos como a categoria com maior número e profissionais nas equipes de saúde mental, ao passo que os psiquiatras e terapeutas ocupacionais são as categorias menos representativas.

Outros estudos evidenciam que profissionais da AB e usuários têm dificuldade para informar quantos e quais categorias profissionais compõem o NASF, em especial os profissionais não médicos e também não sabem sequer o significado da sigla NASF (Araújo, 2014; Silva et al., 2012; Ribeiro et al., 2014).

Castro e Machado (2010) pontuam que a inserção de novas categorias profissionais da AB ocorreu devido à reivindicação das classes profissionais. Um exemplo foi a inserção do médico veterinário na equipe que ocorreu após intensa negociação e reivindicação por parte da Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária do Conselho Federal de Medicina Veterinária (CNSPV/CFMV) e da Associação Brasileira de Saúde Pública Veterinária (ABSPV). Esse profissional pode atuar em ações de vigilância e educação em saúde, programas de proteção e promoção à saúde humana, avaliação de risco de transmissão e controle de zoonoses, doenças transmitidas por contato direto ou indireto com animais, principalmente os animais de companhia. Alguns estados citados por Barbosa (2014) como pioneiros na inserção desses profissionais são Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Sul (BARBOSA, 2014; BEGALI, 2016). Tal fato em parte explica o elevado número de veterinários nas equipes NASF segundo as equipes AB. Neste estudo, nos estados de Roraima, Amapá e Alagoas, mais de 90% das equipes AB indicam haver médico veterinário na equipe NASF.

Quanto às especialidades médicas encontradas, as mais frequentes foram a ginecologia e a pediatria. Essas especialidades estão historicamente presentes nas equipes de saúde da AB e correspondem às áreas que recebiam maior incentivo de organismos internacionais. Corroboram com esse achado estudo efetuado por Patrocínio (2012) que também encontrou as categorias médicas de ginecologia e obstetrícia como as mais frequentes na composição do NASF no estado do Rio de Janeiro. Almeida et al. (2011) citam a presença de ginecologistas, clínicos e pediatras nas equipes como aspecto de melhoria na resolutividade e atendimento das necessidades da população.

Ainda relacionado a composição das equipes NASF, cabe ressaltar que o perfil de profissionais da equipe NASF apresentado, foi delineado a partir da informação prestada pela equipe AB. À equipe NASF não é solicitado informar, quais profissionais integram a equipe, o que talvez merecesse ser incorporado ao instrumento de coleta de informações utilizado na avaliação externa do PMAQ.

Em relação à oferta de formação específica e educação permanente, os resultados encontrados indicam a necessidade do MS e Secretarias investirem mais na qualificação e

formação dos profissionais (considerando a formação inicial no ingresso e a educação continuada).

Considerando que as ações educativas se constituem como meios de proporcionar mudanças no modelo assistencial e atuam como uma importante ferramenta de gestão, o investimento nessas ações é imprescindível para as equipes. Reconhecendo a importância de investimento na qualificação dos profissionais, o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente, a fim de implantar nos serviços de saúde o ensino e a aprendizagem a partir do cotidiano das equipes e suas dificuldades. São nos encontros de educação permanente que ocorrem a problematização de questões cotidianas, se reconhecem dificuldades, abrem-se espaços para reflexão, capazes de promover mudanças nos serviços e proporcionar uma aprendizagem participativa aos envolvidos. Soma-se a isso que apoiar e ofertar atividades de educação permanente aos trabalhadores em saúde é uma forma de qualificar os profissionais e mantê-los atualizados sobre novos métodos e técnicas que facilitem o trabalho em saúde (PINTO et al., 2014).

Além disso, tais ações estariam contribuindo para sanar ou minimizar o desconhecimento sobre o SUS dos recém-formados absorvidos na AB. Ademais, o apoio matricial preconizado pelo MS como forma de atuação das equipes NASF junto a AB, precisa ser abordado no ingresso e na educação permanente das equipes; a inexistência dessa formação pode levar a uma atuação das equipes que reforce a manutenção da lógica ambulatorial e de atendimentos especializados. Estudo realizado por Nakamura e Leite (2016) apontou que profissionais que fizeram Residência Multiprofissional em Saúde da Família apresentavam maior facilidade em desenvolver atividades junto com a equipe AB e os usuários.

Outros estudos realizados corroboram com estes achados em relação à deficiência na formação, falta de apoio para capacitação e qualificação dos profissionais e dificuldades enfrentadas por estes para lidar com as demandas do cotidiano e necessidade de educação permanente (ANDRADE et al, 2012; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; PATROCÍNIO, 2012; SILVA et al, 2012; SILVA, 2014).

Considerando que as ações de educação permanente embasam-se nos problemas cotidianos e no protagonismo dos profissionais, investir nessas ações, pode contribuir para o fortalecimento e comprometimento dos profissionais, assim como motivá-los e mantê-los nos serviços de saúde (CORREIA et al., 2017; RIZZOTO et al., 2014; SEIDL et al., 2014).

Apesar de nem todos os profissionais terem sido contemplados com os cursos de formação específica e educação permanente, a avaliação foi relativamente boa. Em

contraposição a este achado, Oliveira et al. (2017) encontrou insatisfação dos profissionais pesquisados em relação a oferta de formação recebida.

Especificamente em relação à infraestrutura, materiais, insumos e veículo para deslocamento disponível para o NASF realizar suas atividades, o MS recomenda o compartilhamento de espaços utilizados entre AB e NASF e que a gestão municipal assegure a infraestrutura necessária ao bom desenvolvimento do trabalho.

Observa-se que em relação à disponibilidade de recursos materiais e equipamentos os resultados são satisfatórios e congruentes com outros estudos. Também em conformidade com as diretrizes ministeriais observa-se haver compartilhamento de espaços nas UBS e no território entre as 2 equipes. Porém, o baixo percentual de consultórios exclusivos disponibilizados para o NASF pode ser uma expressão da carência e precariedade de espaços nas UBS. Fausto et al. (2017) reconheceu que as condições estruturais não determinam qualidade da assistência, porém sua existência permite adequadas condições para a AB desenvolver seu trabalho. Entretanto, no Rio Grande do Norte, Oliveira et al. (2017) encontrou equipes NASF com estabelecimentos próprios, caracterizando uma forma de atuar fragmentada, ora ambulatorial, ora de apoio à AB.

Estudo realizado por Giovanella et al (2015) encontrou resultados insatisfatórios quanto à estrutura das UBS e oferta de insumos, principalmente nos estados do Norte e Nordeste, caracterizados por baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços. Em contrapartida as regiões Sul e Sudeste, com melhor desenvolvimento socioeconômico e maior oferta de serviços, apresentaram resultados mais satisfatórios quanto à infraestrutura nas UBS.

Outros autores corroboram com Giovanella, apontando alguns aspectos que causam insatisfação quanto à estrutura, materiais, transporte e lugar para o NASF desenvolver suas atividades, conseqüentemente dificultando a realização do trabalho. Acrescente-se ainda número de profissionais insuficiente para atender a demanda e dificuldade em agendar visitas domiciliares conjuntas (OLIVEIRA et al., 2012; RIBEIRO et al., 2014; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012).

Cabe salientar que o censo realizado pelo primeiro ciclo do PMAQ detectou a precariedade em que se encontravam as UBS pelo país. A partir de então o MS criou o Programa de Requalificação das UBS, para melhorar a estrutura física através de construções e reformas, promover condições adequadas para o trabalho em saúde e colaborar com a mudança das práticas em saúde (BRASIL, 2011).

Tendo em vista que o NASF desenvolve seu trabalho apoiando mais de uma equipe AB e que nem sempre elas se concentram no mesmo local, observa-se que o deslocamento dos profissionais é garantido e satisfatório. Sabe-se que o transporte na área da saúde, seja para condução de pacientes ou profissionais, é fonte de grandes gastos com manutenção e conservação dos veículos, evidenciando-se como um ponto de grande complexidade para os municípios. Entretanto, Ribeiro et al (2014) apontou a falta de veículo como uma barreira à realização das visitas domiciliares, dificultando a atenção prestada.

Quanto à coordenação do NASF, observou-se que embora seja predominantemente específica, existe uma parcela exercida pela AB. A existência de uma coordenação para AB e outra para o NASF, se por um lado possa incentivar a integração dos profissionais intra e entre equipes NASF, por outro, pode ser um elemento a favorecer a fragmentação entre equipes NASF e AB. Uma única coordenação das equipes AB e NASF poderia estimular a integração. Uma vez que a coordenação auxilia na gestão e desenvolvimento do trabalho do próprio NASF e deste com as equipes AB apoiadas. Cabe ainda assinalar que a normatização não prevê uma coordenação específica para o NASF.

Corroboram com esta proposição Oliveira et al (2012) que verificaram a aproximação do NASF com a coordenação das UBS como facilitadora de atividades educativas e auxílio na mudança do modelo de atenção. Outro fator que contribuiria para a integração entre a equipe seria que a coordenação tivesse experiência em gestão e APS (SILVA et al., 2012).

Apesar de o e-SUS/SISAB ser o sistema de informação vigente e disponibilizado pelo MS para informatizar e agrupar informações da população atendida nas UBS, as equipes indicam pouca utilização ou uso concomitante com outro sistema de informação. Marcolino e Scochi (2010) identificaram igualmente a subutilização do SIAB por profissionais do Paraná. Talvez, a baixa utilização do e-SUS pelas equipes NASF possa ser explicada pela dificuldade de implantação do sistema devido a pouca infraestrutura das UBS, despreparo dos profissionais e a vasta extensão territorial brasileira (ALVES et al., 2017).

Vale também lembrar que o PMAQ permite a indicação pelo gestor de qual sistema de informação está em uso, se SIAB, e-SUS ou sistema próprio. Se por um lado, essa flexibilidade atende às especificidades de cada local por outra pode acarretar dificuldade do monitoramento e análise das informações.

Tangente ao registro de informações, sua análise e monitoramento integram o planejamento e constituem-se como um componente estratégico para o processo de trabalho. Entretanto, ainda são observados muitos desafios nessa área, como por exemplo, a integração das informações e a pouca utilização dos sistemas nacionais de registro de informações

(ANDRADE et al., 2012; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; SANTOS et al., 2017; VÉRAS et al., 2007).

O monitoramento e análise de indicadores são estratégias que devem estar inseridas no cotidiano das equipes. São mecanismos que auxiliam na verificação da conformidade das práticas estabelecidas. Indicando em que medida as práticas corresponde à realidade ou precisam ser revistas para o alcance da efetividade das ações de saúde.

Destaca-se ainda que mais de 1/3 das equipes NASF não realizam o monitoramento de projeto terapêutico singular (PTS) e dos resultados da atenção compartilhada.

Em relação à gestão da demanda da atenção compartilhada, por exemplo, observou-se que pouco mais da metade das equipes NASF realizam o monitoramento das solicitações de apoio e das demandas mais frequentes. Quanto aos indicadores propostos para o monitoramento das ações, exceto “Análise das situações de saúde dos casos compartilhados”, menos da metade dos respondentes afirmaram utilizar tais indicadores.

Esses resultados indicam fragilidade e necessidade de incrementar o monitoramento do PTS e da atenção compartilhada. Apontando para a necessidade de maior atenção por parte das equipes NASF e gestão em relação à capacidade de resposta da AB.

O PTS é uma variação de discussão de caso clínico, com abordagem interdisciplinar, caracterizado como uma intervenção realizada pela equipe (NASF/AB) em conjunto com o usuário ou comunidade. Ao considerar o contexto social, familiar econômico e cultural do indivíduo, o PTS busca compreender as várias necessidades, individuais e coletivas, e construir condutas terapêuticas articuladas que promovam a integralidade do cuidado. Utilizado em casos mais complexos, requer a atuação conjunta e compartilhada de diferentes especialidades e dos sujeitos, a fim de transformar as práticas de cuidado (SILVA et al., 2013).

Apesar de todo seu potencial em modificar a prática em saúde, estudos apontam obstáculos para o seu desenvolvimento, quais sejam: dificuldade da equipe em identificar a base teórica de sua prática; sobrecarga de responsabilidade assistencial ocasionada pela alta demanda; falta de qualificação da equipe; a dinâmica proposta para as reuniões; dificuldade em seguir as diretrizes de diagnóstico e análise, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (SILVA et al., 2013; SOUZA, 2015).

Outro dispositivo útil que fornece subsídios para o aperfeiçoamento do cuidado e planejamento das ações é a autoavaliação. Inserir processos avaliativos na rotina dos serviços de saúde, envolvendo a participação de diferentes atores, tem sido uma maneira de promover mudança institucional, assim como revigorar as ações de saúde na AB (FELISBERTO, 2010).

A autoavaliação proporciona para as equipes e a gestão um momento de reorganização dos serviços, autorreflexão sobre os processos, identificação de problemas, a partir do qual formula estratégias para a melhoria na qualidade dos serviços seja alcançada (BRASIL, 2015a; CRUZ et al., 2014).

O AMAQ (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade) foi disponibilizado pelo MS para a realização da autoavaliação, sua utilização não era obrigatória, podendo ser utilizado outros instrumentos. Entretanto, a alta prevalência de seu uso neste estudo evidencia que as iniciativas do MS tem demonstrado grande aceitação por parte dos gestores e equipes de saúde. Caracterizado como um instrumento extenso, que aborda várias dimensões, instiga o diálogo e promove a discussão pelas equipes dos principais problemas encontrados na atenção (PINTO, SOUSA E FLORÊNCIO, 2012).

Ao contrário deste estudo, os mesmos autores encontraram um percentual de 25,0% de não utilização do AMAQ como instrumento de autoavaliação.

Apesar de ser obrigatória pelo PMAQ a realização da autoavaliação, os resultados encontrados evidenciam que um percentual considerável das equipes, não a realiza. Este achado aponta para a necessidade de investigação mais detalhada sobre as razões que possam explicar esse resultado.

Ademais, o planejamento e a autoavaliação devem fazer sentido para as equipes de saúde e seu uso contribuirão efetivamente para a organização do processo de trabalho, desvinculando-se de ser apenas uma ferramenta burocrática (CRUZ et al., 2014).

Os resultados encontrados neste estudo apontam para considerável conformidade da atuação do NASF com as diretrizes do MS, favorecendo a integração da equipe NASF com as equipes AB. As equipes constroem as agendas e pactuam as atividades de forma conjunta, há flexibilidade de adequação das agendas e são realizados encontros periódicos entre as equipes. Atendimentos domiciliares, atividades de educação em saúde, consultas compartilhadas também fazem parte da rotina das equipes NASF. Considerando que o trabalho em saúde é vivo, dinâmico e suas demandas são imprevisíveis, Nakamura e Leite (2016) compreendem que o atendimento pelo NASF em situações imprevistas e a reorganização do processo de trabalho podem ser consideradas como exitosas pelas equipes.

Estudo realizado por Silva (2014) apontou a organização da agenda do NASF como uma potencialidade que favorece a articulação entre as equipes. Acrescenta ainda que a disponibilidade da agenda em murais, computadores e repassadas durante as reuniões favorece a articulação e o processo de trabalho.

Neste sentido, a integração entre as equipes é um fator imprescindível para que o apoio matricial aconteça de modo exitoso e constitua-se efetivamente como uma estratégia que amplie a capacidade de cuidado das equipes. O trabalho desenvolvido pelo NASF junto às equipes AB tem sua essência no apoio matricial, que propõe mudança da clínica assistencial e especializada, para ações compartilhadas entre as equipes de referência e apoio. O apoio matricial insere uma nova forma de realizar o cuidado, de modo colaborativo e horizontal entre as equipes e o usuário, visa ampliar a clínica e considerar todo o contexto em que o indivíduo se encontra, para isso utiliza discussões de casos e pactuações entre as equipes.

De acordo com as diretrizes do NASF (Brasil, 2014) as ações de apoio matricial que podem ser desenvolvidas pelo NASF e abrangem a dimensão clínica e pedagógica são: discussões de caso, atendimentos conjuntos e individuais, construção de projetos terapêuticos singulares (PTS), educação permanente, intervenções no território, visitas domiciliares, ações intersetoriais, discussão do processo de trabalho e ações de prevenção e promoção à saúde. Por sua vez, Panizzi et al. (2017) classifica as ações em assistenciais (atendimentos individuais e coletivos e visita domiciliar) e ações pedagógicas (discussão de caso, reuniões de matriciamento, projetos terapêuticos, atendimentos compartilhados, atividades coletivas e educativas, qualificação de encaminhamentos, articulações intersetoriais e com as redes de atenção).

Esperava-se conseguir nesse estudo classificar as ações, aproximando-se da proposta de Panizzi, mas observou-se que várias ações podem ser simultaneamente categorizadas como de caráter assistencial e técnico pedagógico.

Os resultados deste estudo apresentam consonância com os estudos de Patrocínio (2012), Silva (2014) e Moura e Luzio (2014) que relatam como atividades de apoio matricial: visitas domiciliares, intervenções conjuntas NASF e SF/AB no território, ações clínicas compartilhadas, discussão de casos, consultas clínicas individuais, ações no território e ações específicas dos profissionais do NASF, discussão do processo de trabalho.

Outro aspecto ressaltado pelas equipes NASF no apoio matricial foi a discussão de casos para encaminhamentos a outros pontos de atenção. Considerando que a qualificação desses encaminhamentos representa uma função de “filtro” da AB para a atenção especializada, considerada um dos gargalos da AB, a atuação do NASF demonstra sua potencialidade, mas também limitações. Esse resultado aproxima-se da proposição de Cunha e Campos (2011) em que o apoio matricial altera a lógica dos encaminhamentos desnecessários para a atenção especializada ao fornecer através do apoio matricial retaguarda especializada para as equipes AB, funcionando como uma “microrregulação” dentro da AB.

Outra contribuição para a redução dos encaminhamentos é a corresponsabilização dos usuários e o fortalecimento de vínculo com a equipe de referência. Desse modo, o trabalho articulado do NASF com AB se caracteriza como um potencializador das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma vez que ao qualificar o encaminhamento para a atenção especializada auxilia na redução de filas e nos encaminhamentos desnecessários (ANDRADE et al., 2012; BRASIL, 2014; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012).

No entanto, estabelecer fluxos e papéis dos serviços de saúde na rede não está na competência direta dos profissionais de saúde e sim dos profissionais da gestão do sistema. Sem esta definição, por mais resolutiva que seja a AB na sua função de filtro, o momento de encaminhamento para a atenção especializada dependerá da existência e disponibilidade dos serviços.

Estudo efetuado por Nascimento (2014) identificou diferenças de atuação das equipes no desenvolvimento do apoio matricial, classificando-as em: NASF matricial, NASF semimatricial e NASF assistencial. No primeiro foi identificado o uso das ferramentas tecnológicas ofertadas pelo MS para o desenvolvimento das ações do NASF. No segundo, o apoio matricial era realizado ocasionalmente e havia confusão em relação às atividades que deveriam ser desenvolvidas pela equipe. No terceiro, as ações do NASF consistiam de atendimentos individuais e assistencialistas, sem articulação com a equipe apoiada.

Já Patrocínio (2012) encontrou pouca clareza quanto à natureza de atuação do NASF, ora atuando no apoio matricial e ora no atendimento direto.

Convém ressaltar que o atendimento individual pelo profissional do NASF pode ser realizado desde que previamente discutido e pactuado com a equipe AB, não se caracterizando como porta de entrada ou atendimento especializado. Bezerra et al (2010) e Silva et al (2012) apontam para a preocupação das equipes ao ofertar atendimentos individuais e realizarem o papel devido à atenção secundária. A esse respeito, Oliveira et al (2012) aponta para o desconforto que diversas categorias profissionais do NASF enfrentam junto à demanda reprimida que necessita de atendimento. Para Cunha e Campos (2011) outra explicação para a ênfase assistencial é a insuficiência de serviços especializados, o que leva ao profissional do NASF suprir essa carência assistencial. Acrescente-se ainda que, a nova PNAB reforça o atendimento direto aos usuários pelo NASF.

Cabe dizer que o apoio matricial introduziu uma nova lógica de cuidado e de atuação dos profissionais, ao oferecer retaguarda especializada- assistencial e técnico-pedagógica – ampliando as possibilidades de atuação da AB, o qual é considerado uma inovação para qualificar as ações da AB (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Para Dimenstein, o apoio matricial promove ações que se complementam, tornando o projeto terapêutico mais rico devido à contribuição de diferentes saberes e colaborando para o funcionamento da rede. Além disso, estudo efetuado por Fonseca Sobrinho (2014) apontou para regiões mais bem estruturadas (Sudeste e Sul) como as que melhor estabelecem as atividades do apoio matricial.

Apesar de todo benefício proporcionado pelo matriciamento, visando mudar a prática assistencialista para uma prática mais integral, abrangente e horizontal, alguns estudos apontam para a dificuldade que algumas equipes e profissionais têm em colocá-lo em prática.

Algumas das dificuldades apontadas referem-se à resistência por parte de profissionais e o grande número de equipes AB para o NASF apoiar; incertezas e expectativas de profissionais referentes à implantação do apoio matricial; falta de formação acerca do apoio matricial, dificuldade de criação de vínculo entre equipe e usuário e redução de projetos terapêuticos direcionados ainda ao profissional médico, de caráter individual e biológico, que permite a permanência de práticas hegemônicas e continuidade ao modelo assistencialista (DIMENSTEIN et al., 2009; FONSECA SOBRINHO, 2014; SAMPAIO et al., 2012; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012).

Isso não foi verificado neste estudo, devido à limitação imposta pelo instrumento de avaliação externa do qual proveram os dados. Mas pelas atividades informadas como realizadas, tanto pelas equipes NASF quanto as equipes AB, pode-se dizer o matriciamento ocorre em consonância com as diretrizes do NASF.

A atuação das equipes NASF nas áreas estratégicas e obrigatórias (atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica) foram outro aspecto em conformidade com as diretrizes do MS, sendo classificadas como ações prioritárias.

Para Anjos et al. (2013) o aumento da capacidade de resposta da AB no que concernem as doenças mentais, alterações nutricionais, doenças crônicas e comorbidades deve-se a inclusão de novas categorias profissionais.

Os melhores resultados são encontrados nas ações que envolvem as doenças crônicas, reabilitação, saúde da mulher e da criança e saúde mental. Esse achado é congruente com a expressiva presença de fisioterapeutas e educadores físicos nas equipes NASF.

Quanto às ações nas áreas de saúde da mulher e da criança, essas são áreas tradicionais de ações fomentadas por organismos internacionais e de combate a mortalidade materna

infantil. Outro fator que corrobora com a realização de ações nessas áreas é a presença de médicos ginecologistas e pediatras na composição das equipes.

O desenvolvimento de ações voltadas para as doenças crônicas na AB está consonante com a transição demográfica acelerada que o Brasil vem passando, caracterizada por tripla carga de doenças (infecciosas, crônicas e causas externas) (MENDES, 2010). Esta situação epidemiológica, explica o elevado percentual de ações em doenças crônicas, em reabilitação, e na área nutricional. Uma vez que, o desenvolvimento de ações de promoção de alimentação saudável e de vigilância alimentar auxilia na condução de outras comorbidades associadas, como o sobrepeso, a obesidade e a alimentação inadequada.

Em relação à atuação em saúde mental, esta ganhou relevância nos últimos anos, principalmente após a reforma psiquiátrica. Cabe lembrar, que a origem do matriciamento deu-se entre as equipes de saúde mental e somente depois se expandiu para as outras áreas. A inclusão do psicólogo e do psiquiatra no NASF caracteriza-se como uma potencialidade para as equipes AB para lidar com questões relacionadas à saúde mental. O estudo evidenciou que ações em saúde mental são realizadas pela grande maioria das equipes NASF, em consonância com as diretrizes do MS.

Já as ações do componente singular – PICs, assistência farmacêutica, saúde do trabalhador e apoio à organização do processo de trabalho – os resultados encontrados são insatisfatórios. A exceção desse componente é a atenção nutricional, que foi a mais citada pelas equipes. Esse achado, talvez possa ser explicado pela expressiva presença de nutricionistas nas equipes, ao passo que a presença de farmacêuticos e médicos homeopatas e acupunturistas seja pouco expressiva. Entretanto, Cervato-Mancuso et al. (2012) cita que a inserção de nutricionista no município de São Paulo ainda é insuficiente quando comparado a recomendação do Conselho Federal de Nutricionistas.

A respeito da inserção do nutricionista nas equipes NASF, Rech (2015) aponta para a transição nutricional que o Brasil vem passando e a coexistência de desnutrição e deficiência de nutrientes concomitante ao excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. Assim como o resultado encontrado neste estudo, o autor encontrou na região Nordeste o maior número de nutricionistas inseridos nas equipes NASF. A maior vulnerabilidade social e familiar e maior insegurança alimentar, explicaria a maior inserção desses profissionais nessa região. Além do mais, a inserção do nutricionista na AB foi incentivada pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com vistas a promover alimentação adequada à população e garantir a segurança alimentar e nutricional.

Sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), desde 2006 a Política de PICs integra ações no SUS. O que se pode dizer é que alguns lugares, por tradição, já desenvolviam essas ações antes mesmo da política, mas ainda é muito incipiente a inserção das PICs no SUS. Em 2004 o MS realizou um diagnóstico nacional sobre o uso das PICs no SUS, considerando satisfatórios os resultados obtidos e citando os estados de São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina como os promissores no uso destas técnicas (BRASIL, 2015b). Ao contrário desse estudo, que encontrou maiores ações de PICs nos estados de São Paulo, Distrito Federal e Sergipe.

Referente às ações de assistência farmacêutica, observa-se que essas ações foram fortalecidas através da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A presença do farmacêutico na equipe multiprofissional do NASF tem importante papel de colaborar para o uso racional de medicamentos e auxiliar a redução da medicalização, podendo ainda desenvolver atividades no território, atendimento domiciliar, orientação sobre o uso de medicamentos e ações intersetoriais (MENDES et al., 2014; SILVA et al., 2012). Este estudo apontou para as ações de adesão ao tratamento farmacoterapêutico como uma das ações mais realizadas pelas equipes NASF. Considerando que a presença do farmacêutico nas equipes NASF ainda é incipiente, pois está presente em apenas 40,0% das equipes, Nakamura e Leite (2016) apontam para a existência de um dilema relativo ao processo de trabalho desses profissionais ao integrarem o NASF. Ponderam os autores que os farmacêuticos atuam ora como apoiador, ora exercendo funções técnicas gerenciais, devido à ausência de objetivos claros, metas e responsabilidades desses profissionais. Estudo realizado por Mendes et al (2014) utilizando dados do primeiro ciclo encontraram o apoio matricial fornecido pelo farmacêutico em apenas 20,1% das equipes.

Ao se comparar as respostas das equipes AB e NASF os resultados indicam haver bastante congruência nas respostas sugerindo haver integração entre elas, apesar de terem sido observadas dissonâncias, como a realização de algumas atividades, tais como as visitas domiciliares e as consultas individuais do NASF, o monitoramento e a avaliação dos resultados da atenção compartilhada e a gestão de encaminhamentos de listas de espera para especialistas.

Quanto a percepção das equipes AB sobre o trabalho de apoio que o NASF oferta, de modo geral, as avaliações foram bastante positivas em relação à resolubilidade das ações, a contribuição do NASF em resolver as necessidades dos usuários e ampliar o acesso da população via ampliação do escopo das ações ofertadas. Além desses, as equipes AB apontam para a melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre as equipes e a

contribuição do NASF para lidar com problemas com os quais não lidava ou tinha dificuldade.

Corroborando com este estudo, outros autores relatam a satisfação dos profissionais da AB em relação ao apoio ofertado pelo NASF, o aumento das ações ofertadas, a ampliação de usuários atendidos, o aumento da resolubilidade da AB, a diminuição de encaminhamentos, inclusão de novos grupos terapêuticos, impacto positivo em ações destinadas aos usuários com doenças crônicas e melhoria da qualidade de vida da população, a atuação do NASF como um dispositivo para potencializar a integralidade do cuidado, aumento da resolutividade da AB (NÓBREGA, 2013; PANIZZI et al., 2017; SILVA et al., 2012; VOLPONI et al., 2015).

Ao contrário deste estudo, alguns autores relatam insatisfação da equipe AB com a equipe NASF e desvalorização das equipes NASF pela equipe AB devido à falta de comunicação e integração entre as equipes. Além disso, referem a insuficiência de profissionais para atender todas as demandas da população, o que causa frustração dos profissionais devido à incapacidade de atender a demanda local (RIBEIRO et al. 2014; SOUZA, 2015).

Em relação ao acesso das equipes AB ao NASF, este estudo aponta resultados satisfatórios, pois ao priorizar o compartilhamento de casos através de discussões e realiza-los presencialmente em dias programados e com periodicidade definida, as equipes demonstram estar em consonância com a proposta de matriciamento. Esses encontros proporcionam uma comunicação mais fluente e criação de vínculo entre as equipes, também são definidas e pactuadas as ações conjuntamente e elaborados propostas de intervenção.

Tal como esperado pelo MS, o NASF parece alcançar seu objetivo de aumentar o escopo das ações da AB e contribuir para qualificar o cuidado, pois ao introduzir novas categorias profissionais, estimula o diálogo e a troca de saberes, tornando-se um facilitador e contribuinte para a formação pedagógica das equipes ao mesmo passo que facilita o suporte assistencial.

De maneira geral este estudo apresentou resultados bastante satisfatórios em relação às equipes NASF, porém há alguns estados que merecem atenção diferenciada, pois apresentaram resultados inferiores à média nacional em vários aspectos.

Um desses estados é o Espírito Santo, que apresentou resultados insatisfatórios quanto à disponibilidade de veículo, formação específica e educação permanente, periodicidade definida para reuniões entre equipes AB e NASF, ações de atenção nutricional, PICs, saúde do trabalhador, articulação intersetorial, processo de implementação do NASF com discussão

com o gestor a respeito de quais profissionais comporiam as equipes e quanto à carga horária do profissional ser adequada. Considerando que neste estado apenas 25,0% das equipes NASF participaram do PMAQ, este estudo aponta para a baixa participação dessas equipes, consequentemente revelando dificuldade na organização do trabalho da AB. Estudo efetuado por Galavote et al. (2014) corrobora com este estudo ao apontar o baixo número de equipes NASF existentes no estado como um dificultador para aumentar a capacidade das equipes AB. Acrescenta ainda a carência de profissionais para atuar nos serviços, indicando baixa resolutividade da AB.

Lima et al. (2013) apresentaram em seu estudo um panorama da AB no estado do Espírito Santo, que confirma o exposto acima. Relatam os autores o que foi encontrado na avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ: fragmentação na organização da AB, caracterizada por ações assistencialistas e direcionadas a grupos específicos; profissionais com conhecimento superficial sobre a organização da AB; atendimento centralizado no enfermeiro; não cumprimento da carga horária por alguns profissionais; processo de regionalização em saúde deficiente; ausência do profissional farmacêutico; ações de vigilância sanitária e saúde do trabalhador insuficientes; gestão centralizada e vertical.

Outro estado que apresentou resultados insatisfatórios foi Rondônia, nos seguintes aspectos: formação específica e educação permanente, registro de informações, monitoramento e análise de indicadores, realização de autoavaliação, pactuação entre equipes AB e NASF, periodicidade dos encontros, monitoramento de PTS, monitoramento e avaliação dos resultados, registro de informações, ações em saúde da mulher, criança e saúde mental, PICs, apoio à organização do processo de trabalho, farmacovigilância, tratamento de doenças ocupacionais e a discussão entre gestor e equipes sobre quais categorias iriam compor o NASF.

Estudo realizado por Almeida, Camargo e Castro (2009) aponta a dificuldade encontrada em vários municípios do estado de Rondônia devido ao isolamento social e geográfico que dificultam o acesso e vínculo com os serviços de saúde, além das condições de miséria e educação formal que a população apresenta. Outra dificuldade apontada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil, 2011) são as altas taxas de internação hospitalares sensíveis à APS, principalmente em relação a consultas de pré-natal, o que indica sua baixa resolutividade. Acrescente-se ainda a dificuldade em fixar profissionais em toda a região Norte.

Conforme Pinto, Sousa e Florêncio (2012) a baixa adesão ao PMAQ no primeiro ciclo pelo estado de Rondônia (torna de 35,0% equipes AB), está correlacionada às condições

socioeconômicas dos municípios e a dificuldade em fixar os profissionais na AB, especialmente médicos, e que ficariam mais evidentes se mais equipes participassem do programa.

No Distrito Federal também foram encontrados resultados insatisfatórios quanto a: insumos disponíveis, análise de monitoramento e indicadores, avaliação de resultados, ações nas áreas doenças crônicas, assistência farmacêutica, saúde mental, articulação intersetorial e discussão com o gestor de quais profissionais comporiam o NASF. Destaca-se ainda que de seis equipes NASF implantadas, apenas duas equipes responderam o PMAQ, talvez isso também tenha contribuído para os baixos resultados.

Segundo Göttems et al. (2009) o sistema de saúde no Distrito Federal historicamente obteve recursos financeiros e políticos para a construção de hospitais, com baixos investimentos na APS. Esta se caracteriza por ações desarticuladas de outros níveis de atenção e baixo investimento em capacitação de recursos humanos. Fato este confirmado por documento de referência destinado ao fortalecimento da AB no DF (Brasília, 2016) que aponta a baixa cobertura pela ESF (30,7%) na maioria das regiões do DF, baixa resolutividade e condições de trabalho precárias quanto à infraestrutura, equipamentos e recursos diagnósticos. Acrescentam-se ainda problemas na composição das equipes, excessivos encaminhamentos para a atenção especializada e carência quanto à retaguarda especializada.

Isso reflete inclusive na baixa adesão ao PMAQ nos dois ciclos, 25,0% e 45,4% no primeiro e segundo, respectivamente. Diante desse quadro de carência da AB no DF, o governo criou, recentemente, uma proposta de intervenção - O Brasília Saudável- que se constitui num conjunto de estratégias para fortalecer a APS. Essa proposta talvez possa diminuir as desigualdades e iniquidades presentes neste território e aumentar a resolutividade da AB.

É importante registrar que este estudo é proveniente dos dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ e apresenta um panorama nacional do trabalho realizado pelas equipes NASF em todo o território brasileiro. Foram apresentados aspectos relacionados à infraestrutura disponível, integração entre as equipes, apoio matricial e percepção das equipes AB sobre o apoio recebido. De maneira geral, os resultados são consoantes com as diretrizes propostas pelo MS e corroboram com achados de outros estudos que apontam algumas fragilidades ainda presentes na AB.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou as equipes NASF através dos dados provenientes da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ fornecendo um diagnóstico nacional de como essas equipes estão desenvolvendo as ações em saúde. Foram descritas como essas equipes se estruturam, como operam o apoio matricial e sua contribuição para a resolutividade das equipes AB. Considerando os objetivos propostos e o resultado encontrado constata-se que a maioria das equipes NASF no Brasil está em consonância com as diretrizes do MS.

Referente à estrutura física e logística do trabalho do NASF e quanto ao planejamento, construção de agendas, periodicidade de encontros, os resultados são bastante satisfatórios e apontam igualmente para conformidade com as diretrizes ministeriais.

Sobre as atividades de apoio matricial desenvolvidas pelas equipes, os achados apontaram para a consonância com as diretrizes, sendo as atividades de discussões de caso, atendimentos compartilhados e qualificação dos encaminhamentos as mais realizadas. Esperava-se conseguir classificar as ações de apoio matricial em suas dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial, mas isto não foi possível, uma vez que algumas das ações se entrelaçam caracterizando-se ao mesmo tempo como técnico-pedagógico e clínico-assistencial. Contudo, considerando as definições contidas nas diretrizes para a atuação do NASF, ambas as ações aparecem com alta positividade nas respostas das equipes NASF e AB.

Em relação à integração das equipes NASF com as equipes AB, os resultados indicam que há compartilhamento das ações conforme o previsto nas diretrizes. O resultado é positivo, destacando-se as atividades de planejamento conjunto, compartilhamento da agenda e ações conjuntas como algumas formas da integração existente entre as equipes. Ademais, as ações do componente comum e singular demonstram haver integração entre as equipes. Além de serem apontadas por ambas as equipes são semelhantes e abordam as principais áreas priorizadas pelo MS.

Embora os resultados demonstrem integração entre as equipes, destacam-se resultados insatisfatórios quanto ao monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada. Tal achado reflete dificuldade das equipes NASF e indica a necessidade de acompanhamento das ações realizadas, a fim de produzir mudanças no processo de trabalho, melhorar os indicadores e qualificar a atenção.

Foi ainda possível verificar a percepção das equipes AB sobre o apoio ofertado pela equipe NASF e o trabalho desenvolvido. A avaliação é muito positiva com predomínio de

notas elevadas no que se refere ao auxílio prestado para lidar com problemas que antes não lidava ou tinha dificuldade, a ampliação do escopo de ações ofertadas e qualificação dos encaminhamentos para a atenção especializada.

Entretanto, algumas fragilidades ainda permanecem e carecem de maior atenção por parte da gestão, como: o monitoramento e a análise de indicadores; a oferta de formação das equipes e educação permanente e a realização e monitoramento de PTS.

Destaca-se ainda as divergências encontradas quanto à composição das equipes, necessidade de diferentes profissionais e territorialização, apontadas pela equipe AB. Isso representa uma fragilidade muito evidente sobre o modo de implantação das equipes NASF no país, uma vez que os trabalhadores da AB desconhecem os profissionais que apoiam suas equipes, apontam a necessidade de outras categorias profissionais na AB e a importância do reconhecimento do território para melhor atuação em saúde. Neste sentido, indica a necessidade de formação dos trabalhadores para o SUS, a mudança da academia e a carência de conhecimento da implantação de políticas públicas por parte dos gestores.

Ressalta-se que este estudo foi proveniente do banco de dados do PMAQ e que o instrumento utilizado nas entrevistas realizadas com os profissionais da AB e NASF encontram limitações no conjunto de variáveis disponíveis, reduzindo a análise, e restringindo as respostas às questões da pesquisa. O instrumento não abarca a totalidade de ações preconizadas pelo MS para o NASF.

Por ser atrelado a recursos financeiros, o PMAQ pode gerar dados mais positivos que os realmente existentes, pois uma melhor pontuação provê maior porcentagem de repasse e isso é interesse tanto da gestão como das equipes.

Ademais, a coleta de dados realizada pela avaliação externa foi efetuada por distintas instituições de ensino superior, e mesmo com treinamento prévio das equipes de campo, fica difícil controlar a aplicação, o que pode comprometer as respostas encontradas.

Cabe dizer, ainda, que o PMAQ proporciona uma avaliação normativa da AB, refletindo a PNAB. Tem abrangência nacional, fornecendo um rico banco de dados para os municípios, gestores e pesquisadores. Através disso foi possível conhecer o trabalho do NASF e apontar consonância existente com as diretrizes e os pontos de fragilidades que ainda persistem.

Reconhece-se que o NASF está implantado no país, segue as diretrizes do MS e representa um dispositivo importante para aumentar a resolutividade na AB, uma vez que fornece profissionais para apoiarem as ações em saúde. Apesar do pouco tempo de atuação no

SUS, vários estudos têm demonstrado sua contribuição no apoio às equipes de AB e a necessidade de ampliar as equipes nos territórios que ainda não possuem esse dispositivo.

Acredita-se que este estudo contribuiu para delinear um panorama nacional das equipes NASF e sua interface com a AB. Estudos mais detalhados poderão explicar melhor a forma de trabalho desenvolvido pelo NASF em conjunto com a AB. Pondera-se, ainda, que com os dados do próximo ciclo outras pesquisas poderão ser realizadas comparativamente beneficiando ainda mais o reconhecimento e a potencialidade de trabalho dessas equipes de apoio em direção à melhoria da AB e fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO; ENSP; CEBES. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**Abrasco, 27 jul. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>>. Acesso em: 13/10/2017.
- ALBUQUERQUE, M. DO S. V. DE et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 38, n. Especial, 2014.
- ALMEIDA, E. R. DE. **A Gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Tese de Doutorado—Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2016.
- ALMEIDA, L. C. S. DE; CASTRO, R. F. M. DE; CAMARGO, L. M. A. Inadequação do Sistema Único de Saúde na atenção à saúde de populações isoladas geograficamente: o exemplo de um morador ribeirinho da Amazônia Ocidental. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 1, p. 61–67, 2009.
- ALMEIDA, P. F. DE et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286–298, fev. 2010.
- ALMEIDA, P. F. DE et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde debate**, v. 37, p. 400–15, 2013.
- ALMEIDA, P. F. DE; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, p. 84–95, 2011.
- ALMEIDA, P. F. DE; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727–1742, ago. 2008a.
- ALMEIDA, P. F. DE; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727–1742, ago. 2008b.
- ALMEIDA, P. F. DE; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 375–391, set. 2012.
- ALVES, K. C. G.; NEVES, T. C. DE C. L.; PORTO, F. E. B. Tocantins - Avaliação externa do PMAQ no Tocantins: os nexos entre o novo Estado e a construção da Atenção Básica. In: FAUSTO, M.; SEIDL, H. (Eds.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013. p. 236–261.
- ALVES, M. G. DE M. et al. Fatores condicionantes do acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 38, n. Especial, 2014.
- ANDRADE, L. M. B. DE et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 2, p. 18–31, 2012.

ANDRADE, L. O. M. DE; BARRETO, I. C. DE H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. DE S. et al. (Eds.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2006. p. 783–863.

ARAÚJO, R. E. **Análise Exploratória dos Indicadores de Resultado dos Núcleos de Apoio à saúde da Família (NASF): a Experiência de Belo Horizonte**. Dissertação de Mestrado—Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. DE. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2627–2638, ago. 2010.

BARBOSA, D. S. A inserção do Médico Veterinário nos Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF): novos caminhos de atuação na saúde pública. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 1, p. 1–3, 2014.

BEGALI, J. H. **Subsídios para implantação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com inserção do médico veterinário**. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias—Jaboticabal: Unesp, 2016.

BEZERRA, R. S. DA S. et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do Nasf em Camaragibe/PE. **Divulg. saúde debate**, v. 46, p. 51–59, 2010.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1336–1338, out. 2009.

BONALDI. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em 4 localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS DE BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Eds.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 28 mar.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2843_20_09_2010.html>. Acesso em: 28.mar.2016.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 28 mar. 2016

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria N° 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF , 2011b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3124 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/portaria3124_28_12_2012.html. Acesso em: 28.mar/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Salud más próxima de usted: acceso y calidad: programa nacional de mejora del acceso y la calidad de la atención primaria (PMAQ): manual instructivo. **A. Normas y Manuales Técnicos**, p. 62–62, out. 2012c.

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

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Pnass : Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Manual de Prática Integrativas e Complementares-PICS** Brasília, DF:Ministério da Saúde,2015b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=onde_tem_pics>. Acesso em: 12 set. 2017

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 27 abr. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF , 2017b.

BRASÍLIA. **Brasília Saudável- Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal**. Brasília, jun. 2016.

CAMPOS, G. W. DE S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2013.

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

CASOTTI, E. et al. Atenção em saúde bucal no Brasil: reflexões a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

- CASTRO, ANA L. B. DE; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 693–705, abril 2010.
- CERVATO-MANCUSO, A. MA. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3289–3300, 2012.
- CONILL, E. M. A historical and conceptual model for Primary Health Care: challenges for the organization of primary care and the Family Health Strategy in large Brazilian cities. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s7–s16, 2008.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705–711, set. 2006.
- CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 345–359, mar. 2017.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. DE S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961–970, dez. 2011.
- CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. DE S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.
- DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63–74, mar. 2009.
- DOS ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 672–680, 2013.
- ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2–3, mar. 2007.
- FARIAS, S. F. et al. Alagoas - Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: as singularidades do estado de Alagoas. In: FAUSTO, M.; SEIDL, H. (Eds.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013. p. 164–187.
- FAUSTO, M.; ALMEIDA; GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M.; FONSECA, H. M. SEIDL (Eds.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013.
- FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014a.
- FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe, p. 13–33, out. 2014b.
- FAUSTO, M. C. R. et al. Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users: Accessible, Continuous, and Acceptable? **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 40, p. S60–S70, 2017.
- FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1079–1095, jun. 2010.

- 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**, v. 38, n. 2, p. 129–138, 30 jun. 2014.
- FILHO, A. P.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. DE (Eds.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro, RJ: MedBook Editora Científica Ltda, 2014. p. 305–326.
- FONSECA, A. L. N. et al. Paraná - Avaliação externa do PMAQ: (com)partilhando singularidades do Estado do Paraná. In: FAUSTO, M.; SEIDL, H. (Eds.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013. p. 114–141.
- GALAVOTE, H. S. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.
- GARNELO, L. et al. Amazonas - Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiências e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: FAUSTO, M.; SEIDL, H. (Eds.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013. p. 58–87.
- GARNELO, L. et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.
- GÉRVAS, J. **Como Fortalecer os Acertos e Corrigir as Fragilidades da Estratégia de Saúde da Família**, 2007.
- GÉRVAS, J. Atención Primaria, de la teoría a la práctica. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. Sup 1, p. S7–S27, 2008.
- GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. Sup 1, p. S7–S27, 2008.
- GIOVANELLA, L. et al. **Novos Caminhos-Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras**. [s.l.] Região e Redes, 2015. v. 5
- GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. DE. Atenção primária à saúde e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. sup 2, 2017.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.
- GÖTTEMS, L. B. D. et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1409–1419, jun. 2009.
- HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a “system without walls”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S331–S336, 2004.
- HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. (Ed.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481–502.
- KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC health services research**, v. 10, n. 1, p. 1, 2010.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, ago. 2010.

LIMA, J. G. **Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Dissertação de Mestrado—Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2016.

LIMA, R. DE C. D. et al. Espírito Santo - De rota em rota a Atenção Básica no Espírito Santo vai se (des)construindo. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. SEIDL (Eds.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora, 2013. p. 208–235.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 40, p. S4–S11, 2017.

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

MARCOLINO, J. DE S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 314–320, jun. 2010.

MATA, J. A.; RUIZ, M. L. Definición y características de la atención primaria de salud. In: **Situación actual y futuro de la atención primaria de salud**. Sanidad Publica. n. 7 ed. Madrid: Ed. FADSP, 1993. p. 11–25.

MATTOS, R. A. DE. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411–1416, set-out 2004.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulg. saúde debate**, v. 21, n. especial, p. 15–28, 2000.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciencia Saude Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S. M. F. (Ed.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo, SP: Lemos Editorial, 1997. p. 125–142.

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

- NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1565–1572, maio 2016.
- NASCIMENTO, C. M. B. DO. **Núcleo de apoio à Saúde da Família: uma análise da atenção à saúde em municípios da Região Metropolitana do Recife**. Recife: - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães Fiocruz, 2014.
- NÓBREGA, J. S. DE M. **Avaliação das Ações do Núcleo de apoio à saúde da Família (NASF) em Macaíba/RN**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Set 2013.
- OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão-UNASUS, 2016.
- OLIVEIRA, I. F. DE et al. A Atuação do Psicólogo nos NASF: Desafios e Perspectivas na Atenção Básica. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 291–304, 2017.
- OLIVEIRA, P. R. S. DE et al. Novos olhares, novos desafios: vivências dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Fortaleza – CE. **Cadernos ESP**, v. 6, n. 1, p. 54–64, 2012.
- OMS. **Cuidados de Saúde Primários Agora Mais do que Nunca**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde**. Washington, D. C: OPAS / OMS, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária nas Américas. Documento de posicionamento**. Washington: Panamerican Health Organization, PAHO/WHO, 2005. Panamerican Health Organization, PAHO/WHO, , 2005.
- PANIZZI, M. **Avaliação da Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF**. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.
- PANIZZI, M. et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 155–170, mar. 2017.
- PASQUIM, H. M.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Revisão Narrativa sobre o Apoio Matricial Na Atenção Básica. **Corpus et Scientia**, v. 9, n. 2, p. 34–44, 2014.
- PATROCÍNIO, S. S. DA S. M. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública- Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz, 2012.
- PINTO, H. A. et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulg. saúde debate**, v. 51, p. 145–160, out 2014.
- PINTO, H. A. **Entrevista de Hêider ao Viomundo sobre a “nova” PNAB no dia 8/8/17, ago 2017**. Disponível em: <<https://heiderpinto.blog/2017/07/26/nova-politica-de-atencao-basica/>>. Acesso em: 13 out.2017.

- PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica. **Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012.
- PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. DE; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.
- PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. DE; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**, v. 6, n. 2 supl, ago 2012.
- PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe, p. 209–220, out. 2014.
- RECH, T. Á. **Atuação do Nutricionista no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): Experiências e Desafios**. Trabalho de Conclusão de Curso- Residência Multiprofissional em Saúde da Família—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.
- RIBEIRO, M. D. A. et al. Avaliação da atuação do núcleo de apoio à saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 224–231, 2014.
- RIZZOTTO, M. L. F.; SILVA; SILA. Força do trabalho e gestão do trabalho em saúde:revelações da Avaliação Externa do PMAQ no Paraná.**Saúde em Debate**, v. 38, n. n,especial, p. 237–251, out 2014.
- ROCHA BARBOSA, M. **Análise do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica (PMAQ_AB) em um município de médio porte**. Dissertação de Mestrado Acadêmico—Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.
- SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (EDS.). **Primary care in the driver's seat?: organizational reform in European primary care**. Maidenhead, England ; New York: Open University Press, 2006.
- SAMPAIO, J. et al. O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317–324, 30 out. 2012.
- SAMPAIO, L. FERNANDO R. Desafios para a Organização de Serviços Básicos e da Estratégia Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. S19=S21, 2008.
- SANTOS, A. DE F. DOS et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017.
- SCHÄFER, W. L. et al. QUALICOP, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. **BMC Family Practice**, 2011.
- SILVA, A. T. C. DA et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076–2084, 2012.
- SILVA, P. H. G. DA. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ: Análise dos Indicadores do 2 ciclo da avaliação Externa**. Monografia de Especialização—Brasília: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

SILVA, J. P. E. **A inserção do nutricionista no Núcleo de apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SOBRINHO, D. DA F. et al. Compreendendo o Apoio Matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

SOUZA, M. F. DE et al. Care coordination in PMAQ-AB: an Item Response Theory-based analysis. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 1 jan. 2017.

SOUZA, T. S. DE. **NASF: Fragmentação ou Integração do Trabalho na APS?** Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva—Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2015.

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

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

VANNUCCHI, A. M. C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 963–982, 2012.

VANNUCCHI, A. M. C.; JUNIOR, N. C. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do sistema único de saúde, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 963–982, 2012.

VÉRAS, M. M. S. et al. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família - SINAI. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 165–171, abr. 2007.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711–724, set. 2004.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, p. 225–264, 2005.

VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P.; IBÁÑEZ, N. (Eds.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 150-67. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. p. 150–167.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 645–684, 2008.

VOLPONI, P. R. R.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 221–231, 1 dez. 2015.

VUORI, ANNU. Health for all, primary health care and general practitioners. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 36, p. 398–402, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. **Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978**. Geneva: WHO, 1991.

ZAMPROGNO, A. C. **Olhar(es) sobre a atenção básica: a experiência de uma entrevistadora de campo na coleta de dados do PMAQ no estado do Espírito Santo**.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva—Vitória:
Universidade Federal do Espírito Santo, 2013.