UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ALEXANDRE RAMIRO PINTO

Desempenho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social, São Paulo, Brasil.

São Paulo

2016

ALEXANDRE RAMIRO PINTO

Desempenho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social, São Paulo, Brasil.

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra – se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pinto, Alexandre Ramiro

Desempenho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social, São Paulo, Brasil / Alexandre Ramiro Pinto. São Paulo, 2016.

148 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Organização (administração). 3. Planejamento em saúde. 4. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Alexandre Ramiro Pinto

Título: Desempenho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social, São Paulo, Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade do Estado de São Paulo para Obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientadora: Prof^a Dr^a Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

Instituição – EEUSP – SP

Assinatura: _____

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Instituição: Fiocruz de Mato Grosso do Sul

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Fábio Urbini

Instituição: UNIP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Lislaine Aparecida Fracolli

Instituição: EEUSP - SP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus, criador e soberano, dedico este trabalho como ações de graças.

À minha esposa Elana, meu verdadeiro e único amor dedico mais esta conquista.

Aos meus pais Benedicto e Malvina, por sempre investirem o melhor de vocês em mim.

Aos meus filhos Kamila, Keylla, Mateus e Eloise, bênçãos de Deus na minha vida, instrumentos de transformação do meu caráter.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, oportunidades e sabedoria.

À minha esposa, amiga e companheira, pelos conselhos, apoio no cuidado dos nossos filhos na minha ausência, pelo seu amor e dedicação. Também pela paciência de revisar minha dissertação.

Agradeço imensamente a professora Dr^a Lúcia Izumi, pela oportunidade de concretizar um sonho. Sua competência, exemplo, respeito e paciência me ajudaram neste processo, desde o acolhimento da ideia inicial até a sua finalização.

À Escola de Enfermagem na figura das professoras Maria Amélia, Emiko e Rita que me acolheram com tanta dedicação e paciência.

Ao professor Dr. Alcindo Ferla, professoras Dr^a Débora Dupas e Dr^a Lislaine Fracoli, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos meus amigos e amigas dos NASF Paulo VI, que acompanharam minha trajetória e sempre me incentivaram nesta jornada.

A banca examinadora, por aceitarem participar desse momento importante e pelas contribuições.

EPÍGRAFE

“Renda-se a instrução com disciplina; e abra os ouvidos à voz da experiência.
A sabedoria faz a força do homem; e o conhecimento lhe dá poder.
Bons conselhos é a chave para a vitória.”

(Bíblia de Estudo: A Mensagem - Provérbios 23.12; 24.5-6b)

Pinto, Alexandre Ramiro. Desempenho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social, São Paulo, Brasil.[Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: Em 1994 como parte das Diretrizes do Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família foi implantada no Brasil para estruturar o sistema e reorganizar o modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. Na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta a maior parte dos problemas de saúde da população neste nível de atenção e proporcionar maior abrangência no cuidado, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Essas equipes foram avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade – PMAQ/AB. **Objetivo:** Analisar o desempenho das equipes NASF dos municípios do estado de SP que participaram do 2º ciclo do PMAQ/AB. **Método:** Estudo transversal, descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, baseado no banco de dados PMAQ/AB (2013/2014). Participaram desta avaliação 151 equipes NASF de 47 municípios, distribuídas em cinco agrupamentos segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) e analisada conforme frequência simples. **Resultados:** O planejamento era realizado por 89,4%; 68,5% monitoravam suas ações; 77,0% realizavam autoavaliação; 97,0% realizavam reunião de matriciamento; 96,0% desenvolveram ações no cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas; 89,0% apoiavam e desenvolveram ações de Reabilitação; 94,0% realizavam ações para saúde da mulher, 91,3% acompanhamento de crianças; 96,0% ações em saúde mental. **Conclusão:** Na dimensão Gestão/Coordenação NASF as equipes dos municípios com piores indicadores sociais (IPRS 5) alcançaram melhores desempenhos, na Organização dos Processos de Trabalho as equipes NASF dos municípios com indicadores sociais intermediários (IPRS 4) obtiveram melhores resultados e na Atenção Integral à Saúde, as equipes NASF que menos desenvolveram atenção voltada para os cuidados às pessoas com doenças crônicas, reabilitação e saúde da criança pertenciam aos municípios agrupados no IPRS 2. Assim como ações na atenção à saúde da mulher no IPRS 3 e nos cuidados voltados para saúde mental IPRS 5.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Organização (administração). 3. Planejamento em saúde. 4. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 5. Enfermagem.

Pinto, Alexandre Ramiro. Performance of the Family Health Support Centers participating in the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care according to the São Paulo Social Responsibility Index, São Paulo, Brazil. [Dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: In 1994, as part of the Single Health System Guidelines, the Family Health Strategy was implemented in Brazil to structure the system and reorganize the assistance model of Primary Health Care. With a view to increasing the response capacity of most Health problems of the population at this level of care and provide greater coverage in care, the Ministry of Health created the Family Health Support Centers - NASF. These teams were evaluated by the National Program for Improvement of Access and Quality - PMAQ / AB.

Objective: To analyze the performance of the Health created the Family Health Support Centers teams of the municipalities of the state of SP that participated in the second cycle of PMAQ / AB. **Method:** A cross-sectional, descriptive, exploratory study with a quantitative approach, based on the PMAQ / AB database (2013/2014). A total of 151 NASF teams from 47 municipalities participated in this evaluation, distributed in five groups according to the Paulista Social Responsibility Index (IPRS) and analyzed according to simple frequency.

Results: Planning was performed by 89.4%; 68.5% monitored their actions; 77.0% carried out self-assessment; 97.0% held a matriculation meeting; 96.0% developed actions to care for people with chronic diseases; 89.0% supported and developed Rehabilitation actions; 94.0% performed actions for women's health, 91.3% followed children; 96.0% actions in mental health. **Conclusion:** In the NASF Management/Coordination dimension, teams from the municipalities with the worst social indicators (IPRS 5) achieved better performance, in the Work Processes Organization, the NASF teams of municipalities with intermediate social indicators (IPRS 4) obtained better results and in Integral Care The NASF teams that least developed care focused on the care of people with chronic diseases, rehabilitation and child health belonged to the municipalities grouped in IPRS 2. As well as actions in the attention to women's health in the IPRS 3 and in the care directed to mental health IPRS 5.

KEY WORDS: 1. Primary Health Care. 2. Organization (administration). 3. Health planning. 4. Quality, Access and Evaluation of Health Care. 5. Nursing.

LISTAS DE FIGURAS

FIGURA 1	Módulo I – Entrevista com profissional de nível superior do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde	40
FIGURA 2	Módulo II – Entrevista profissional de nível superior da atenção básica que recebe apoio do NASF	40
FIGURA 3	Componentes e percentuais considerados para verificação das equipes NASF que participaram do 2º ciclo do PMAQ pela 1ª vez.	41
FIGURA 4	Dimensões que formam o IPRS com a descrição dos seus componentes e percentual de contribuição para o indicador.	48
FIGURA 5	Mapa das Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo	50
FIGURA 6	Mapa de Distribuição das equipes NASF participantes do 2º ciclo do PMAQ divididas por RRAS	52
FIGURA 7	Módulo I – Entrevista com profissional de nível superior do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde	53

LISTA QUADROS

QUADRO 1	Quadro geral das três Dimensões analisadas e suas Subdimensões, quantidade de Padrões de Qualidade, pontuação mínima e máxima de cada subdimensão.	54
QUADRO 2	Quadro geral da primeira Dimensão - Gestão/Coordenação NASF e suas Subdimensões, quantidade de Padrões de Qualidade, pontuação mínima e máxima de cada subdimensão.	56
QUADRO 3	Quadro detalhado da primeira Dimensão - Gestão/Coordenação NASF e suas Subdimensões com percentual, nota e código do padrão de qualidade com sua descrição.	59
QUADRO 4	Quadro geral da segunda dimensão - Organização do Processo de Trabalho e suas Subdimensões, quantidade de Padrões de Qualidade, pontuação mínima e máxima de cada subdimensão.	61
QUADRO 5	Quadro Detalhado da segunda Dimensão – Organização do Processo de Trabalho e suas Subdimensões com percentual, nota e código do padrão de qualidade com sua descrição.	63
QUADRO 6	Quadro Geral da Terceira Dimensão –Atenção Integral à Saúde e suas Subdimensões, quantidade de Padrões de Qualidade, pontuação mínima e máxima de cada subdimensão.	66
QUADRO 7	Quadro Detalhado da terceira Dimensão – Atenção Integral à Saúde e suas Subdimensões com percentual, nota e código do padrão de qualidade com sua descrição.	67

QUADRO 8	Escala de Classificação do Desempenho de acordo com a pontuação alcançada.	69
QUADRO 9	Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) com sua descrição, número de equipes NASF agrupadas de acordo com os municípios.	70
QUADRO 10	Municípios com suas respectivas equipes NASF agrupados de acordo com IPRS 1, RRAS e Região Administrativa.	70
QUADRO 11	Municípios com suas respectivas equipes NASF agrupados de acordo com IPRS 2, RRAS e Região Administrativa.	71
QUADRO 12	Municípios com suas respectivas equipes NASF agrupados de acordo com IPRS 3, RRAS e Região Administrativa.	71
QUADRO 13	Municípios com suas respectivas equipes NASF agrupados de acordo com IPRS 4, RRAS e Região Administrativa.	72
QUADRO 14	Municípios com suas respectivas equipes NASF agrupados de acordo com IPRS 5, RRAS e Região Administrativa.	72

LISTAS DE TABELAS

TABELA 1	Municípios do Estado de São Paulo que participaram do 2º ciclo do PMAQ, equipe(s) NASF cadastradas no programa, classificação do município de acordo com o IPRS, RRAS e Região Administrativa. São Paulo, 2016.	51
TABELA 2	Tabela panorâmica com a distribuição das 149 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS, conforme classificação do desempenho nas dimensões Gestão/Coordenação NASF (GCN), Organização do Processo de Trabalho (OPT) e Atenção Integral à Saúde (AIS). São Paulo, 2016.	75
TABELA 3	Distribuição das 25 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 1(Riqueza alta e Bons Indicadores Sociais), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.	82
TABELA 4	Distribuição das 21 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Riqueza alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.	84
TABELA 5	Distribuição das 16 equipes NASF, agrupadas de acordo com IPRS 3 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Bons), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.	87
TABELA 6	Distribuição das 11 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 4 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Intermediários), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/ Coordenação. São Paulo, 2016.	88
TABELA 7	Distribuição das 4 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 5 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.	90

TABELA 8	Distribuição das 25 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 1 (Riqueza alta e Indicadores Sociais Bons), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.	92
TABELA 9	Distribuição das 21 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Riqueza alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.	93
TABELA 10	Distribuição das 16 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 3 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Bons), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.	95
TABELA 11	Distribuição das 11 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 4 (Riqueza Baixa e Indicadores Sociais Intermediários), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.	96
TABELA 12	Distribuição das 4 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 5 (Baixa Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e na dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.	98
TABELA 13	Distribuição das 25 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 1 (Riqueza alta e Indicadores Sociais Bons), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.	99
TABELA 14	Distribuição das 21 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Riqueza alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.	101
TABELA 15	Distribuição das 16 equipes NASF, agrupadas de acordo com IPRS 3 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Bons), conforme pontuação e	102

classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.

TABELA 16	Distribuição das 11 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 4 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Intermediários), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.	103
TABELA 17	Distribuição das 4 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 5 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.	104
TABELA 18	Distribuição das 72 equipes NASF da capital, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Alta Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.	105
TABELA 19	Distribuição das 72 equipes NASF da capital, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Alta Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.	108
TABELA 20	Distribuição das 72 equipes NASF da capital, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Alta Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.	110

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AE	Avaliação Externa
AIS	Atenção Integral à Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CA	Clínica Ampliada
DAB/MS	Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EP	Educação Permanente
GCN	Gestão/Coordenação NASF
IEP	Instituição de Ensino e Pesquisa
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPT	Organização do Processo de Trabalho
PMAQ/AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SF	Saúde da Família
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SP	São Paulo
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família	23
1.1.1 Gestão/Coordenação do NASF	24
1.1.2 Organização do Processo de Trabalho do NASF	26
1.1.3 Atenção Integral à Saúde	29
1.2 Avaliação na Atenção Básica	30
1.2.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade	32
2 OBJETIVO	44
2.1 Geral	44
2.2 Específicos	44
3 PERCURSO METODOLÓGICO	46
3.1 Referencial Conceitual	46
3.2 Tipo de Estudo	49
3.3 Cenário do estudo	49
3.4 Sujeitos da avaliação PMAQ/AB – NASF	50
3.5 Procedimento para coleta de dados do PMAQ/AB – NASF	52
3.6 Análise dos dados	54
3.6.1 Dimensões de Análise	55
3.6.1.1 Dimensão Gestão/Coordenação NASF	55
3.6.1.2 Dimensão Organização do Processo de Trabalho	61
3.6.1.3 Dimensão Atenção Integral à Saúde	65
3.6.2 Classificação das equipes NASF	69
3.6.3 Agrupamentos das equipes NASF de acordo com o IPRS	69
3.7 Aspectos Éticos	72
4 RESULTADOS	75
4.1 Análise da Dimensão Gestão/Coordenação NASF de acordo com o IPRS – excluindo as equipes da Capital	82
4.1.1 Dimensão Gestão/Coordenação NASF de acordo com os municípios com alta riqueza e bons indicadores sociais (IRPS 1)	82
4.1.2 Dimensão Gestão/Coordenação NASF de acordo com os municípios com alta riqueza e indicadores sociais insatisfatórios (IRPS 2)	84

4.1.3	Dimensão Gestão/Coordenação NASF de acordo com os municípios com baixa riqueza e bons indicadores sociais (IRPS 3)	86
4.1.4	Dimensão Gestão/Coordenação NASF de acordo com os municípios com baixa riqueza e indicadores sociais intermediários (IRPS 4)	88
4.1.5	Dimensão Gestão/Coordenação NASF de acordo com os municípios com baixa riqueza e indicadores insatisfatórios (IRPS 5)	89
4.2	Análise da Dimensão Organização do Processo de Trabalho de acordo com o IPRS – excluindo as equipes da Capital	91
4.2.1	Dimensão Organização do Processo de Trabalho de acordo com os municípios com alta riqueza e bons indicadores sociais (IPRS 1)	91
4.2.2	Dimensão Organização do Processo de Trabalho de acordo com os municípios com alta riqueza e bons indicadores sociais (IPRS 2)	93
4.2.3	Dimensão Organização do Processo de Trabalho de acordo com os municípios com alta riqueza e bons indicadores sociais (IPRS 3)	95
4.2.4	Dimensão Organização do Processo de Trabalho de acordo com os municípios com alta riqueza e bons indicadores sociais (IPRS 4)	96
4.2.5	Dimensão Organização do Processo de Trabalho de acordo com os municípios com alta riqueza e bons indicadores sociais (IPRS 5)	97
4.3	Análise da Dimensão Atenção Integral à Saúde de acordo com o IPRS – excluindo as equipes da Capital	98
4.3.1	Dimensão Atenção Integral à Saúde de acordo com os municípios com riqueza alta e bons indicadores sociais (IPRS 1)	98
4.3.2	Dimensão Atenção Integral à Saúde de acordo com os municípios com riqueza alta e indicadores sociais insatisfatórios (IPRS 2)	100
4.3.3	Dimensão Atenção Integral à Saúde de acordo com os municípios com riqueza baixa e bons indicadores sociais (IPRS 3)	102
4.3.4	Dimensão Atenção Integral à Saúde de acordo com os municípios com riqueza baixa e indicadores sociais intermediários (IPRS 4)	103
4.3.5	Dimensão Atenção Integral à Saúde de acordo com os municípios com riqueza baixa e indicadores sociais insatisfatórios (IPRS 5)	104
4.4	Desempenho das equipes NASF do Município de São Paulo nas Dimensões “Gestão/Coordenação NASF”, “Organização do Processo de Trabalho” e “Atenção Integral à Saúde”.	104

4.4.1	Dimensão Gestão/Coordenação NASF	105
4.4.2	Dimensão Organização do Processo de Trabalho	107
4.4.3	Dimensão Atenção Integral à Saúde	110
5	DISCUSSÃO	114
6	CONCLUSÃO	128
7	REFERÊNCIAS	134
8	ANEXOS	148

APRESENTAÇÃO

O desejo de estudar e atuar na Atenção Primária à Saúde começou a ser despertado em mim desde a graduação. O desejo virou sonho e se concretizou quatro anos depois, quando ingressei no Núcleo de Apoio à Saúde da família. Ao longo do trabalho, envolvido numa equipe multiprofissional, fui compreendendo o quanto estar inserido na Saúde Coletiva poderia ampliar meus conhecimentos e aprofundar minha prática clínica, além de me instrumentalizar para as relações interprofissionais.

Em janeiro de 2009 comecei atuar na equipe NASF Jardim da Conquista II na região Sudeste de São Paulo, referência para 16 equipes Saúde da Família em quatro unidades Básicas de Saúde. A equipe era formada por sete profissionais e uma coordenadora. Junto com esta equipe fui amadurecendo e encontrando satisfação como profissional.

Em novembro de 2010, ingressei também no NASF PRO Paulo VI, região Oeste de São Paulo, referência para 12 equipes da ESF em duas UBS. Nesta equipe, que era formada por 17 profissionais (três fisioterapeutas, duas terapeutas ocupacionais – foco saúde mental, dois psicólogos, nutricionista, educador físico, fonoaudióloga, médico geriatra, psiquiatra, pediatra, ginecologista/obstetra e clínica geral, administrativo e coordenador da equipe) desenvolvi relações que marcaram minha vida e me ajudaram a rever muitos conceitos e paradigmas. Fiquei durante dois anos e meio trabalhando nas duas equipes do NASF.

O processo de trabalho nas duas equipes era muito diferente, o que é natural uma vez que elas eram gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) distintas. No caso da região Oeste, todos os serviços em saúde (UBS, NASF, AMA, AME, CAPS etc) pertenciam à mesma OSS, enquanto na região Sudeste cada serviço era gerenciado por um parceiro diferente. O fato de trabalhar em duas equipes tão diferentes, ao mesmo tempo, me ajudou a desenvolver critérios de avaliação nos processos de trabalho.

Neste período adquiri também conhecimentos sobre Avaliação de Serviços em Saúde, ajudando-me a analisar o trabalho em saúde com uma ótica mais apurada. Realizei avaliações pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) em diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e, também trabalhei no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica como supervisor no 2º ciclo da Avaliação Externa no estado de São Paulo (2013/2014).

Essas experiências me proporcionaram conhecer as diversas realidades de trabalho disponibilizadas para as equipes, relacionadas à estrutura, processos e resultados, ampliando meu olhar como trabalhador e avaliador.

O desafio do trabalho investigativo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família está em compreender que além de ser um programa recente, está em constante mudança por ser totalmente dinâmico e amplo. Esse trabalho envolve habilidades e atitudes para lidar com as necessidades e expectativas das equipes SF, assim como com as dificuldades de acesso, necessidades de saúde de usuários que, na sua maioria, são mais vulneráveis socialmente.

Tenho ampliado minha visão com foco nas vulnerabilidades sociais e necessidades das equipes de Saúde da Família depois que ingressei no Programa de Pós – Graduação em Enfermagem na EEUSP. Esses dois anos impactaram minha vida.

Então, pesquisar o desempenho das equipes NASF do Estado de São Paulo utilizando o banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, separando as equipes de acordo com as condições sociais faz muito sentido neste momento. Para isso, posso utilizar os conhecimentos adquiridos na minha caminhada profissional e acadêmica trazendo resultados que poderão contribuir para melhorar a organização do processo de trabalho das equipes e produzir conhecimentos para aperfeiçoar as diretrizes do NASF.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Como parte das Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no território nacional em 1994, para estruturar o sistema e reorganizar o modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS)¹. O principal objetivo desta estratégia foi promover mudanças da visão vertical da prática clínica, para o cuidado na família e no contexto que a envolve. Deste modo, a ESF tornou-se porta de entrada ao sistema de saúde, o primeiro contato do paciente com a rede de atenção, realizando o cuidado longitudinal, com vistas à integralidade e coordenação da assistência (Brasil, 2009a; Gryscheck et al., 2014).

1.1 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta a maior parte dos problemas de saúde da população na Atenção Básica (AB), proporcionar maior abrangência de cuidado e aumentar as ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) a partir de experiências municipais e debates nacionais criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (Brasil, 2014) e posteriormente revisou as diretrizes para melhorar seus processos de trabalho (Brasil, 2009a).

Para realizar esse trabalho de maneira mais ampla, alcançando municípios menores, outras portarias foram publicadas revisando a carga horária, as categorias profissionais, os parâmetros de vinculação e aprovação da Política Nacional de Atenção Básica através da portaria nº 2.488/2011; revisão do número de equipes Saúde da Família (SF) para o NASF e a criação da modalidade NASF 3 - portaria nº 3.124/2012 (Brasil, 2011a; 2012a).

1. A expressão “Atenção Primária à Saúde” (APS) é utilizada mundialmente para orientar os estudos e pesquisas. No Brasil, o termo APS é utilizado para definir o nível de atenção do sistema de saúde, assim como “Atenção Básica” (AB) é utilizada para classificar este serviço no nível hierárquico. Portanto, optou – se para o presente estudo considerar APS e AB como tendo sentidos equivalentes em relação às propostas que retratam o Sistema Único de Saúde no Brasil (Brasil, 2011a; Castanheira et al., 2015).

Os objetivos do NASF de apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na AB são uma estratégia inovadora. Para alcançá-los é necessário, por parte da equipe NASF, conhecimento técnico; habilidades relacionadas à Saúde da Família; comprometimento; investimento na promoção de mudanças na atuação dos profissionais da SF e equipe NASF; ações intersetoriais e interdisciplinares; promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação da saúde; humanização de serviços; educação permanente; integralidade e articulação com a rede de serviços de saúde (Brasil, 2009a).

O NASF é uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, psicólogo, terapeuta ocupacional, profissional com formação em arte e educação, sanitarista, médico veterinário e médico: acupunturista, ginecologista-obstetra, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra, clínica – médica, do trabalho) escolhidos para apoiar as equipes SF e a população adscrita no território com necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico diferente (Brasil, 2008, 2009a, 2014).

Esse apoio acontece por meio de áreas estratégicas de apoio às equipes SF e à população: saúde da criança, adolescente e jovem; atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação e saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da mulher e assistência farmacêutica (Brasil, 2009a).

Faz-se necessário para compreensão dos objetivos da pesquisa, aprofundar o conhecimento sobre quais são as diretrizes do NASF em relação à sua Gestão/Coordenação, Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde.

1.1.1 GESTÃO/COORDENAÇÃO

O Ministério da Saúde orientou as Secretarias de Saúde dos Estados a identificarem as necessidades de saúde para, se necessário, promoverem articulação entre os municípios e criarem consórcios intermunicipais. A partir da implantação das equipes NASF, as Secretarias Estaduais de Saúde assessoram, acompanham, monitoram e avaliam o desenvolvimento das ações dos NASF de acordo com o planejamento. Devem também credenciar, implantar e expandir os NASF (Brasil, 2008).

Às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) cabem selecionar, contratar e remunerar os profissionais da equipe NASF, assim como disponibilizar estrutura física adequada, garantir recursos para o desenvolvimento das atividades e, assegurar o cumprimento da carga horária. São responsabilidades das SMS: cadastrar a equipe NASF em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do território de atuação das equipes SF; definir o território de atuação; planejar as ações de educação em saúde e atendimento aos casos específicos em conjunto com as equipes SF; avaliar cada NASF e realizar a educação permanente da equipe (Brasil, 2008). O planejamento deve contemplar a programação, monitoramento e avaliação das ações de saúde local, de modo a atender às necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade (Brasil, 2009b).

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo decidiu não estabelecer apoiadores institucionais, mas criou o cargo Gestor/Coordenador NASF, considerando o extenso território do município e a necessidade de gerenciamento e mediação direta do trabalho da equipe NASF com as equipes SF (São Paulo, 2009).

Em 2014 o Ministério da Saúde orientou as Secretarias Municipais de Saúde a estabelecer apoiadores institucionais como mediadores entre o NASF e as equipes SF para realizar a Gestão/Coordenação das equipes NASF (Brasil, 2014). Para facilitar o processo de construção dos projetos de intervenção, o apoiador institucional utiliza os saberes compartilhados pelos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços (Oliveira, 2012).

O Gestor/Coordenador NASF desempenha a função de mediador na organização do trabalho da equipe NASF com as equipes SF, com foco na promoção da transdisciplinaridade e ordenação do processo de trabalho (São Paulo, 2009).

Para organizar o processo de trabalho, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo estabelece as atribuições deste profissional:

- ✓ Apoiar a pactuação da agenda local entre as equipes NASF e equipe SF;
- ✓ Planejar as reuniões entre as equipes;
- ✓ Auxiliar nas discussões e priorização das situações de risco do território e acolhimento dos usuários;
- ✓ Realizar o planejamento do trabalho com a equipe NASF, gerentes das UBS, Supervisão Técnica de Saúde, Instituições Parceiras;
- ✓ Gestão de pessoas da equipe NASF;

- ✓ Promover e acompanhar as ações de Educação Permanente;
- ✓ Monitorar a produção da equipe NASF com discussão contextualizada;
- ✓ Avaliar o desenvolvimento, implementação e os resultados da equipe NASF em conjunto com as equipes SF, Conselhos de Saúde e equipe NASF (São Paulo, 2009).

1.1.2 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Organização no processo de trabalho significa usar o planejamento como ferramenta ou técnica de gestão. Planejar é pensar antecipadamente o processo, para colocá-lo em prática e não ser pego de surpresa pelos fatos, acontecimentos ou circunstâncias. Em saúde, o planejamento busca identificar as situações (problemas ou oportunidades) para orientar melhorias nos serviços (infraestrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços etc). Os problemas estão relacionados ao estado de saúde da população (doenças, agravos, carências, acidentes, vulnerabilidades ou riscos), enquanto as oportunidades estão relacionadas à promoção de saúde e a prevenção de doenças. (Paim, 2006).

Então, é importante identificar os problemas em saúde, a situação política, econômica e social para realizar o planejamento, o monitoramento e avaliação do processo de trabalho (Brasil, 2013a).

A organização do processo de trabalho da equipe NASF acontece em dois momentos diferentes de cogestão: o primeiro desenvolve-se por meio do planejamento das ações da própria equipe NASF nas reuniões internas (Brasil, 2012a) e o segundo é estruturado nas reuniões junto com as equipes SF, onde é realizado o planejamento das ações voltadas para a população (Brasil, 2014).

Nestes espaços de cogestão com as equipes SF são discutidos os casos, definidos os objetivos, estabelecidos critérios de prioridade, realizado o acompanhamento longitudinal dos casos compartilhados, traçados critérios de avaliação do processo de trabalho, resolvidos os conflitos etc. Por isso é tão necessário que os gestores participem desta corresponsabilização do cuidado realizado por meio do trabalho transdisciplinar (Brasil, 2009a).

Esses momentos permitem o acesso do NASF aos casos identificados como prioritários, pois a equipe NASF não se constitui porta de entrada do sistema. Deste modo, qualifica o encaminhamento - referência e contrareferência para outros equipamentos de

saúde, ampliando o acompanhamento longitudinal na rede de atenção à saúde (Brasil, 2008; Gryscheck et al., 2014).

O cuidado compartilhado entre a equipe NASF e as equipes SF é essencial na lógica do trabalho do NASF dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2009a). Essa organização no processo de trabalho ajuda a superar a lógica hegemônica e fragmentada do cuidado em saúde, fortalece a construção da RAS e colabora para o alcance da integralidade dos usuários do SUS (Brasil, 2008; 2009a).

Algumas ferramentas tecnológicas são utilizadas na organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF como Apoio Matricial (AM), Clínica Ampliada (CA), Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST) (Brasil, 2009a).

As primeiras experiências de apoio matricial foram realizadas no município de Campinas no final da década de 1980. Campos (1999) destaca que o apoio matricial estimula a produção de novos padrões de inter-relação, amplia o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e facilita a comunicação.

O AM acontece na relação entre as equipes envolvidas no cuidado, por meio do matriciamento - troca de saberes entre os diversos profissionais (Campos e Domitti, 2007). Essa troca de conhecimento é baseada no diálogo e serve como base para organizar a relação entre equipes SF e equipe NASF. Desta forma, um profissional “especialista” detentor de determinado núcleo de saber, apoia outros profissionais com outros conhecimentos, melhorando a efetividade da atenção (Cunha e Campos 2011).

A equipe NASF se incumba de oferecer o AM as equipes SF por meio da retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico. Essas dimensões se cruzam em diversos momentos, guiando-se de forma coerente em cada situação ou necessidade da equipe SF (Brasil, 2009). Vale ressaltar que o apoio matricial não é exclusividade do NASF, mas pode ser realizado por outras equipes multiprofissionais, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios especializados e hospitais (Brasil, 2009a).

Três maneiras foram identificadas por Campos e Domitti (2007) pelas quais o Apoio Matricial pode acontecer: troca de conhecimento e de orientações entre equipe SF e equipe de apoio; atendimentos e intervenções compartilhadas entre as equipes; e atendimentos ou intervenções complementares individuais pela equipe de apoio.

Dessa forma, o matriciamento privilegia o exercício interdisciplinar em busca do cuidado integral em saúde, organizando o acesso e o uso de recursos especializados e estimulando uma clínica ampliada sustentada por um pacto de corresponsabilização entre as equipes (Fonseca Sobrinho et al., 2014).

Outra ferramenta tecnológica utilizada pela equipe NASF é a clínica ampliada, que ajuda nortear a ação e o olhar para o usuário de maneira integral, a partir da intervenção da equipe SF ou especialista da equipe de apoio. Ampliar a clínica significa agrupar os sintomas e informações teóricas de cada profissão e ajustar às necessidades dos usuários (Brasil 2009a).

Essa ampliação do cuidado permite analisar o processo saúde – doença, por meio do tensionamento de cada matriz disciplinar, da análise real da situação do trabalho em saúde e ajuda a construir de forma compartilhada o diagnóstico e o tratamento de maneira singular. Para isso, é necessário ampliar o objeto de trabalho através de arranjos e dispositivos que facilitem a comunicação entre os atores fundamentais no apoio matricial (Brasil, 2009a).

O Projeto Terapêutico Singular é um terceiro instrumento utilizado pelas equipes NASF e serve para organizar o cuidado em saúde, construído a partir de um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, como resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar (Brasil, 2014). O PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois demanda uma maior cogestão do cuidado nas reuniões de equipe (Campos, 2003). A construção do PTS acontece em quatro momentos: diagnóstico e análise, definição de ações e metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (Brasil, 2008; 2014).

A última ferramenta tecnológica é o Projeto de Saúde no Território (PST) utilizada como estratégia das equipes SF e NASF. Serve para desenvolver ações para a produção da saúde em um território com foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais. Só é possível quando ancorado ao conceito ampliado da saúde frente à dificuldade de trabalhar com os determinantes sociais da saúde. O grande desafio está em organizar estratégias de gestão que integrem os diferentes planos de cuidado existentes no território - individual, familiar, grupo e comunitário (Brasil, 2009a).

O Projeto de Saúde no Território envolve quatro etapas: preparação, planejamento, implantação, avaliação. Na preparação é necessário identificar a área e/ou população vulnerável ou em risco, justificar a priorização da área e/ou população, compreender o

processo histórico e social do território, definir objetivos e estabelecer ações, identificar atores sociais e/ou instituições importantes para o PST. O planejamento envolve a criação de espaço de gestão participativa, articulação intersetorial e construção do PST. A terceira etapa envolve as estratégias para colocar em prática as ações. Por último, todos os atores avaliam o processo de implantação e os resultados relacionando aos objetivos pactuados (Brasil, 2009a).

Além destas ferramentas tecnológicas, outras estratégias são utilizadas pela equipe NASF para melhorar a resolutividade das equipes SF na APS, como ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação, humanização dos serviços, educação permanente, articulação e suporte com a Rede de Atenção à Saúde, estratégias fundamentais para auxiliar na expansão e resolutividade da Atenção Básica. (Brasil 2008, 2014).

1.1.3 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A Atenção Integral à Saúde envolve a segunda dimensão do apoio matricial realizado pela equipe NASF, chamada clínico-assistencial. A atenção acontece por meio de ações diretas ou indiretas com o usuário (Brasil, 2014). O cuidado integral junto aos usuários e famílias é realizado sempre após as reuniões de matriciamento entre as equipes SF e NASF, onde ocorrem as discussões dos casos e a elaboração do PTS.

A intervenção individual pelo profissional do NASF ocorre em situações necessárias, por meio de atendimentos, visitas domiciliárias, grupos ou atividades coletivas. Neste tipo de atendimento são priorizadas as ações compartilhadas (Brasil, 2009a; 2014).

Ações indiretas podem ser realizadas no território, por meio de trabalhos educativos e de inclusão social, enfrentamento de situações de violência e ruptura social, articulação com equipamentos públicos. Todas essas ações são desenvolvidas junto com as equipes SF e serviços intersetoriais (Brasil, 2009a).

Portanto, o processo de trabalho do NASF é diferente do modelo ambulatorial centrado no agendamento de consultas individuais, mas não se restringe somente ao matriciamento dos profissionais das equipes SF (Brasil, 2014).

A atenção em saúde realizada pelo NASF busca superar a lógica dos modelos convencionais da assistência curativa, fragmentada e individual e vai em direção à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos. (Nascimento e Oliveira, 2010).

O NASF é uma estratégia inovadora que vai além do conhecimento técnico, territorialização e diretrizes estabelecidas, pois busca mudanças constantes no seu processo de trabalho, assim como deve estimular mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF (Nascimento, 2014).

1.2 AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

A qualidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde tornou-se relevante nas últimas décadas, principalmente para garantir o acesso aos cuidados primários de saúde. Esta prática tem sido preconizada em vários países para alcançar maior equidade e satisfação das expectativas dos usuários. Entre os diversos aspectos relacionados ao cumprimento desse desafio no Brasil, o campo da qualidade no contexto da APS tem recebido uma atenção especial por parte do Ministério da Saúde, (Felisberto, 2004).

Felisberto (2004) acrescenta dizendo que a avaliação da situação de saúde, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, depende do acompanhamento, monitoramento e avaliação das informações produzidas no cotidiano da atenção.

A avaliação foi incorporada na Atenção Primária à Saúde no Brasil a partir de 1999/2000, com a proposta de “Avaliação Permanente da Atenção Básica” como uma das linhas estratégicas para o Programa Saúde da Família (Goulart, 2002).

A institucionalização da avaliação da qualidade na AB ocorreu em 2003, por meio da portaria de nº 676/03 com objetivo de melhorar a qualidade dos serviços ofertados (Felisberto et al., 2009). Desde então, a avaliação configurou-se como política de governo, envolvendo estados e municípios no processo de acompanhamento e monitoramento (Felisberto et al., 2010).

Para concretizar essa política de avaliação e monitoramento dos serviços em saúde na Atenção Básica, o Ministério da Saúde lançou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), utilizando instrumentos de análise de desempenho do processo como: 1) o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; 2) o Sistema de Informação da Atenção Básica e, 3) o Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família (Brasil, 2003).

Seguindo o processo histórico, o Ministério da Saúde implantou a “Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família” (AMQ). Essa proposta utiliza a

autoavaliação, articulando elementos de avaliação normativa e melhoria contínua da qualidade – MCQ (Brasil, 2005a). A AMQ integrava um conjunto de ações do componente do PROESF – avaliação e monitoramento (Sarti et al., 2012).

Alguns estudos que avaliaram a AMQ concluíram que o instrumento foi uma ferramenta importante no processo de avaliação dos serviços (Venâncio et al., 2008, Fonseca, 2009), proporcionando melhoria no processo de trabalho das equipes SF (Lima e Mendes, 2009) e na organização das equipes (Fonseca e Chaves, 2009; Bodstein, 2009).

No entanto, Sarti et al. (2011) criticaram a AMQ, pois faltava estabelecer critérios para análise dos dados, tornando o processo menos subjetivo, dando autonomia para que as equipes produzissem um melhor juízo de valor para desenvolver ações de melhoria dos processos de trabalho.

A AMQ foi um modelo de autoavaliação importante de adesão voluntária e sem incentivo financeiro, dependendo única e exclusivamente do interesse do gestor municipal de saúde e compromisso das equipes de saúde da família na continuidade de seu processo (Andrade, 2013).

Conforme planejado pelo Ministério da Saúde, a AMQ não foi instituída em todo território nacional, devido pouca adesão pelos municípios, mesmo fazendo parte da proposta de consolidação de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de saúde (Sarti et al., 2011).

Em 2007, no município de São Paulo foi desenvolvido e validado outro instrumento de autoavaliação de serviços de AB, o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica – QualiAB, utilizado em qualquer serviço de saúde da AB (Unidade de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde Tradicional), sendo desta forma mais abrangente (Castanheira et al., 2009; 2011; 2014).

Todos os modelos de avaliação anteriores contribuíram para que o Ministério da Saúde implantasse o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB), por meio da portaria nº 1.645 GM/MS, de 19 de julho de 2011 (Brasil, 2011 b).

O PMAQ/AB integra o Programa de Avaliação para Qualificação do SUS do qual fazem parte um conjunto de iniciativas denominado “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade”. Nele estão inseridos outros programas como a Política Nacional de Saúde Bucal,

Melhor em Casa, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Programa Telessaúde Brasil Redes, Programa Saúde na Escola e outros (Brasil, 2011 b).

As diretrizes atuais do Ministério da Saúde estão focadas na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados com o propósito de garantir o acesso e qualidade dos serviços em saúde. Os esforços empreendidos para alcançar essas metas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem sido diversos (Brasil, 2014).

1.2.1 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ – AB)

Com a implantação do PMAQ a avaliação é colocada como ferramenta permanente para a tomada de decisão e produzir melhoria das ações em saúde na AB. O programa reforça que a Organização Prestadora de Serviços em Saúde na APS deve possuir os atributos como acessibilidade, integralidade, longitudinalidade, participação social, assim como envolver todos os atores neste processo avaliativo (Castanheira et al., 2015). O Ministério da Saúde declara que o PMAQ/AB é hoje a principal estratégia para promover mudanças no funcionamento da AB (BRASIL, 2011b).

O objetivo geral do programa é induzir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade na AB com garantia de um padrão de qualidade que permita comparar os padrões de qualidade em âmbito nacional, regional e local de forma transparente e efetiva. (BRASIL, 2013b).

Os objetivos específicos do PMAQ/AB de acordo com a Portaria 1.654 são:

I – **construir parâmetro de comparação** entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II – **estimular processo contínuo e progressivo de melhoria** dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III – **transparência em todas as etapas**, permitindo o contínuo acompanhamento das ações e resultados pela sociedade;

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

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

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

VII – a **adesão** tanto **pelas equipes** de saúde da atenção básica quanto pelos **gestores** municipais é voluntária, a partir do pressuposto de que o seu **êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos** (BRASIL, 2011b, grifo do autor).

Para alcançar esses objetivos Pinto et al. (2012) destacam que o MS vinculou a participação no programa a grande parte do repasse de recursos financeiros. O repasse está atrelado à implantação e alcance de melhores padrões de qualidade pelas equipes AB, a melhoria das condições de trabalho e investimento do desenvolvimento dos trabalhadores. Essa mudança na lógica de repasse dos recursos anuncia mudanças semelhantes no financiamento do SUS e a capacidade de mobilizar os atores locais. Com isso os municípios podem até dobrar o Piso de Atenção Básica variável, caso alcancem o resultado “ótimo” nos padrões solicitados no PMAQ/AB (Brasil, 2013b).

Os desafios conhecidos pelo Ministério da Saúde são:

I – **Precariedade da infraestrutura**, parte expressiva de UBS em situação inadequada;

II – **Ambiência pouco acolhedora das UBS**, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;

III – **Inadequadas condições de trabalho para os profissionais**, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;

IV – **Necessidade de qualificação dos processos de trabalho** das equipes de AB, **caracterizados de maneira geral**, pela sua **baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos** de saúde; pela **insuficiente integração dos membros das equipes**; falta de orientação do trabalho em função de **prioridades, metas e resultados**, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade;

V – Instabilidade das equipes e **elevada rotatividade dos profissionais**, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe;

VI – **Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade**;

VII – **Sobrecarga das equipes** com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações;

VIII – **Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio** diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

IX – **Baixa integralidade e resolutividade das práticas**, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado;

X – **Financiamento insuficiente e inadequado da AB**, vinculado ao credenciamento de equipes independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade (Brasil, 2013b, grifo pelo autor).

Para superar os nós críticos e alcançar os objetivos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, o Ministério da Saúde buscou coletar dados, gerar informações e criar indicadores que mostram a situação da RAS. Para tanto, a institucionalização do PMAQ/AB propõe avaliar o desempenho dos serviços de saúde, ao incorporar na agenda dos sujeitos que atuam no SUS (gestores e equipes), para propor mudanças na cultura de gestão e qualidade da atenção básica (Brasil, 2013b).

Lembrando de que qualidade é resultado da construção social produzida pelos sujeitos envolvidos, influenciada diretamente pelo contexto histórico, político, econômico, tecnológico, cultural a partir dos conhecimentos acumulados sobre o tema (Brasil, 2011b; 2012a). A qualidade é definida como o cumprimento a padrões de qualidade, estabelecidos pelos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (Brasil, 2011c).

A incorporação do chamado “padrão de qualidade” ao serviço de saúde é uma declaração da qualidade esperada e expressa pelo Ministério da Saúde, o qual contém os princípios do SUS. Esses padrões são alcançados por meio de um processo dinâmico dos atores envolvidos, com potencial para mudar o cenário que envolve o sistema de saúde (Brasil, 2011c).

Diante da exposição dos objetivos e desafios identificados pelo Ministério da Saúde, o sucesso do PMAQ/AB depende também da criação de espaços de diálogo, problematização, negociação e gestão das mudanças entre as equipes, gestores e usuários envolvidos no processo avaliativo (Pinto et al., 2012).

Pinto et al. (2012) destaca ainda que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica está articulado a outros três projetos maiores do Ministério da Saúde como instrumento avaliativo:

- i) Valorização e definição do papel da AB dentro da SUS, como porta de entrada e coordenadora do acesso - decreto 7.508/11 (Brasil, 2011d);
- ii) Revisão do financiamento do SUS - incentivo ao cumprimento das metas à melhoria das ações e serviços de saúde (Brasil, 2011d);
- iii) Programa de Avaliação para Qualificação do SUS – modelo de avaliação do sistema nos três níveis de governo (Brasil, 2011e).

O Programa está organizado em quatro fases que se complementam, por meio de um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica:

- I) Adesão e Contratualização
- II) Desenvolvimento das ações
- III) Avaliação Externa
- IV) Recontratualização (Brasil, 2012b).

D) ADESÃO E CONTRATUALIZAÇÃO

Essa é a etapa formal de adesão dos municípios ao programa mediante a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre o gestor municipal, as equipes AB, o município e o Ministério da Saúde (Brasil, 2012b). Essa adesão ao programa tem caráter voluntário, baseada na ideia de que a qualificação dos serviços e mudanças no processo envolve a motivação e participação dos sujeitos participantes (Pinto et al., 2012).

Nessa etapa, o gestor municipal, o gestor local e as equipes assinam um documento, comprometendo-se a seguir as diretrizes de organização do processo de trabalho; observar as regras do PMAQ/AB; implantar dispositivos de acesso, cogestão, autoavaliação,

planejamento e avaliação das fases posteriores; realizar o monitoramento e passar por um processo de avaliação que inclui a autoavaliação e a avaliação externa. Esta etapa tenta corresponsabilizar as equipes e os gestores sobre a importância de utilizar os dispositivos que envolvem a ampliação do acesso e melhoria da qualidade no cotidiano do serviço (Pinto et al., 2012).

Os gestores municipais após assinarem o “Termo de Compromisso”, assumem o compromisso de aplicar os recursos dos Componentes de Qualidade do PAB variável; realizar melhoria nas condições de trabalho das equipes; instituir ferramentas de gestão para garantir a execução de todas as fases do programa (Brasil, 2012b).

O município, após aderir ao programa, recebe imediatamente 20% de repasse do valor integral do incentivo financeiro relativo ao componente de qualidade do PAB, por equipe NASF participante (Brasil, 2013c).

II) DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES

Esta etapa é realizada pelas equipes SF e gestão municipal, com o apoio da gestão estadual e Ministério da Saúde. É constituída por quatro ações:

1. Autoavaliação

A autoavaliação é o início da fase de desenvolvimento, uma vez que o MS identifica e reconhece os pontos positivos e negativos no seu trabalho, produzindo sentidos e significados que poderão facilitar e mobilizar as mudanças (BRASIL, 2013b). O Ministério da Saúde espera que o instrumento de autoavaliação provoque questionamentos no modo de realizar a assistência, para com isso ampliar a capacidade de cogestão da equipe por meio do planejamento das ações (Pinto et al., 2012, Brasil, 2013d).

A AMAQ – NASF é o instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a autorreflexão da equipe, seu uso pode ser combinado ou não com outras ferramentas de avaliação, tendo os gestores municipais o poder de escolha (Brasil, 2011c). É uma ferramenta que aborda múltiplas dimensões, provoca uma autoanálise ampla, partindo das prioridades

elegíveis pela equipe com foco na gestão estratégica (Pinto et al., 2012), por meio da matriz de intervenção.

O instrumento de autoavaliação para o NASF foi desenvolvido em 2013, seguindo a lógica da AMAQ-AB e AMAQ-NASF/SC (Brasil, 2013d). Este instrumento analisa duas unidades: Gestão e Equipe NASF, sendo compostas por três dimensões, seis subdimensões e 79 questões que apresentam os padrões de qualidade esperado. As respostas se baseiam numa escala de *Likert*, com variação numérica de 0 a 10, que correspondem ao grau de adequação ao padrão esperado, sendo: 0 (descumprimento total do padrão) e 10 (cumprimento total do padrão).

2. Monitoramento

O monitoramento é um instrumento de gestão que desafia as equipes NASF, visto que não havia disponível, até o momento, um sistema de informação nacional que contemplasse as ações dessas equipes. Não houve monitoramento de indicadores de desempenho para o NASF no 2º ciclo do PMAQ, apenas monitoramento de cinco indicadores de ações para os municípios que já estão utilizando o e-SUS AB (Brasil, s/d).

Os cinco indicadores foram: (1) proporção de atendimentos realizados pelo NASF; (2) proporção de atendimentos realizados pelo NASF compartilhado com as equipes SF; (3) proporção de atendimentos em domicílio realizados pelo NASF compartilhado com as equipes SF; (4) média de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados pelo NASF; (5) proporção de reuniões para discussão de casos clínicos (Brasil, s/d). Pinto et al. (2012) destaca que a autoavaliação e o monitoramento são ferramentas para melhorar o processo de trabalho e os resultados.

3. Educação Permanente

A fase de desenvolvimento elaborada pelo MS sugere que as ações em Educação Permanente sejam vistas pelos gestores como uma importante ferramenta de gestão. Essa ferramenta ajuda a qualificar os serviços de saúde e os profissionais, com isso surgem novas formas de implantar mudanças do modelo de atenção e no processo de trabalho, contribuindo,

desta maneira, para o estabelecimento de práticas transformadoras (Pinto et al., 2012; Brasil, 2013b).

4. Apoio institucional

A última ação desta fase está relacionada com o apoio institucional. O Ministério da Saúde estimulou os municípios a investirem na adoção de apoiadores institucionais, como tecnologia de gestão, educação permanente e articulação de mudanças. O programa induz os municípios a criarem equipes de apoiadores institucionais (AI), com dimensionamento de equipes por apoiador, estratégias para desenvolver vínculo e agendas regulares de encontro (Pinto et al., 2012).

O objetivo desses profissionais é estimular mudanças nas organizações, construir pactos e ações, articular a avaliação, planejamento, educação permanente, gestão do trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento de resultados numa excelente oportunidade de superar modos de ação que fragmentados perdem grande parte de sua potência (Pinto et al., 2012).

III) AVALIAÇÃO EXTERNA (AE)

A Avaliação Externa é a etapa onde ocorre o levantamento de informações sobre as condições de acesso e de qualidade das equipes AB para reconhecimento e valorização dos “esforços e resultados” do trabalho desenvolvido (Brasil, 2012c).

O processo de Avaliação Externa possibilita:

- ✓ Reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada ao cidadão;
- ✓ Fortalecer ações e estratégias da gestão do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, quanto dos próprios trabalhadores;
- ✓ Subsidiar a reconstrução das equipes de forma singularizada, respeitando suas potencialidades e dificuldades;
- ✓ Considerar a avaliação dos profissionais que recebem apoio do NASF e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS;

- ✓ Conhecer em escala e profundidade, inédita, as realidades e singularidades da atenção básica no Brasil, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis;
- ✓ Elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal (Brasil, 2013e).

A avaliação externa foi apoiada por Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) parceiras do Ministério da Saúde para organizar e desenvolver os trabalhos de campo incluindo a seleção, capacitação das equipes de avaliadores da qualidade e aplicação do instrumento de avaliação que visitaram os NASF conforme itinerário planejado pelas IEP após contato com a gestão municipal. A coleta dos dados foi realizada utilizando tablets (Brasil, 2013e).

Esse processo avaliativo do qual as equipes NASF participaram gerou uma nota que conforme as regras da portaria nº 1.654/11 (Brasil, 2011b) e portaria nº 866/12 (Brasil, 2012d), resultou numa certificação e no percentual repasse financeiro por meio da portaria 836/15 (Brasil, 2015a). A nota da avaliação externa foi composta por três componentes: a) Componente comum do NASF; b) Componente singular do NASF; c) Desempenho do NASF a partir da avaliação das equipes apoiadas (Brasil, 2015b).

O Percentual por componente no desempenho da avaliação externa do NASF variou dependendo da opção que a equipe NASF escolheu no momento avaliativo. Se a equipe NASF optou somente pelo componente comum, 90% da sua nota na avaliação externa foi referente a este componente, os outros 10% foi referente à satisfação das equipes apoiadas pelo NASF. Já se a opção do NASF foi pelo componente singular junto com o componente comum, a sua nota da avaliação externa foi composta por 80% do componente comum, 10% pelo componente singular e 10% pela satisfação das equipes apoiadas pelo NASF (Brasil, 2015b).

O instrumento da Avaliação Externa NASF está organizado em três módulos (Brasil, 2015b):

- ✓ Módulo I - Entrevista com Profissional do NASF para verificação dos documentos na Unidade de Saúde onde a equipes NASF foi cadastrada. Esta entrevista objetiva obter informações sobre processo de trabalho do NASF e a organização do serviço e do cuidado para os usuários (Brasil, 2013e). Os documentos estão relacionados à infraestrutura, Gestão/Coordenação NASF, Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, conforme Figura 1;

- ✓ Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica que recebeu o apoio do NASF, conforme Figura 2;
- ✓ Módulo eletrônico - respondido pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB) no site do Programa. Esse módulo é composto por um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III (Brasil, 2013e).

Figura 1 – Módulo I - Entrevista com profissional de nível superior do NASF e verificação de documentos da equipe na Unidade de Saúde.

Módulo	Subdimensão	Número de Padrões de qualidade
Módulo I	NII.1 - Identificação Geral	-
	NII.2 - Identificação da Unidade de Saúde	-
	NII.3 Termos de Compromisso e Ata de Reunião	2
	NII.4 Estrutura Física	4
	NII.5 Organização da Gestão e Coordenação do NASF	3
	NII.6 Educação Permanente	6
	NII.7 Planejamento das ações do NASF	11
	NII.8 Organização da agenda	4
	NII.9 Organização do apoio matricial às EAB	6
	NII.10 Gestão da demanda e da atenção compartilhada	2
	NII.11 Registro de atividades	3
	ÁREAS ESPECÍFICAS - COMPONENTE COMUM	—
	NII.12 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	6
	NII.13 Reabilitação	4
	NII.14 Atenção à Saúde Materno-Infantil	8
	NII.15 Atenção à Saúde Mental	4
	NII.16 ÁREAS ESPECÍFICAS - COMPONENTE SINGULAR	1
	NII.17 Práticas Integrativas e Complementares	5

Fonte: Brasil, 2013e.

Figura 2 – Módulo II - Entrevista com profissional de nível superior da Atenção Básica que recebe o apoio do NASF.

Módulo	Subdimensão	Número de Padrões de qualidade
	NII.18 Assistência Farmacêutica	6
	NII.19 Atenção Nutricional	8
	NII.20 Saúde do Trabalhador	4
	NII.21 Apoio à Organização do Processo de Trabalho das Equipes	4

Fonte: Brasil, 2013e.

A avaliação externa mediu o desempenho das equipes, baseada em padrões de qualidade, cuja mudança encontrava-se na governabilidade do gestor municipal, do gestor/coordenador e da própria equipe (Pinto et al., 2012).

Vale destacar que em todos os módulos da avaliação externa, foram levantadas informações para diagnóstico. Essas informações devem contribuir para o planejamento e elaboração de estratégias para melhorar o acesso e qualidade dos serviços em saúde, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2012a).

A composição da nota final para certificação foi estruturada em três eixos:

- I) Implementação de processos autoavaliativos
- II) Avaliação do uso do sistema de informação
- III) Informações da avaliação externa

As equipes NASF que participaram do programa tiveram sua nota final calculada em comparação com a média de desempenho das equipes do estrato a que o município pertencia (Brasil, 2015b), conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Componentes e percentuais considerados para certificação das equipes NASF que participaram do 2º ciclo do PMAQ pela primeira vez.

Fonte: Brasil, 2015b.

Os estratos foram formados por grupos de municípios com características sociais, econômicas e demográficas semelhantes, com objetivo de assegurar maior equidade no momento da certificação das equipes NASF participantes do PMAQ. Para tanto, foram utilizados os seguintes indicadores: (1) produto interno bruto per capita, (2) percentual da população com plano de saúde, (3) percentual da população com bolsa família, (4) percentual da população em extrema pobreza e (5) densidade demográfica (Brasil, 2015b).

IV) RECONTRATUALIZAÇÃO

De todas as fases, a quarta é a menos descrita. É uma fase ainda em construção (Pinto et al., 2012), principalmente pelo fato das equipes NASF terem participado pela primeira vez do PMAQ. O PMAQ/AB teve seu primeiro ciclo realizado 2011/2012 no qual as equipes Saúde da Família, Saúde Bucal e Centro Especializado de Odontologia – CEO foram

avaliadas. O segundo ciclo ocorreu em 2013/2014 sendo incorporada a avaliação das equipes NASF.

Essa fase se constitui pela repactuação das equipes, gestores locais e gestores municipais para alcançar novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados (Pinto et al., 2012).

Pinto et al. (2012) realçam que o entrelaçamento das quatro fases é fundamental, tornando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica dinâmico e singular, envolvendo constantes mudanças.

Diante do processo de avaliação ao qual as equipes NASF foram submetidas, manter a análise dos dados podem produzir informações importantes. Portanto, compreender as características, as ações e o modelo de atenção oferecida pelas equipes NASF pode possibilitar organizar de forma mais planejada o processo de trabalho, proporcionando melhor apoio às equipes SF, cuidado e acesso mais resolutivo à população (Bezerra, 2013).

A realização deste trabalho justifica-se pelo fato da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família ser uma política recente no âmbito do SUS e não possuir processo de trabalho plenamente definido e sistematizado (Lancman et al., 2013). Da mesma forma não existe uma análise sistematizada e amplamente divulgada do desempenho das equipes NASF baseada no PMAQ.

Considerando que a Estratégia de Saúde da Família foi implantada nas regiões de maior vulnerabilidade social e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2005b), o presente estudo buscou responder a pergunta: como foi o desempenho das equipes NASF do Estado de São Paulo que participaram do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2013/2014) considerando o Índice Paulista de Responsabilidade Social?

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o desempenho das equipes NASF dos municípios do Estado de SP que participaram da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ - AB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 DIMENSÃO GESTÃO/COORDENAÇÃO NASF

- Diferenciar o tipo de coordenação das equipes (direta ou indireta);
- Identificar o uso de ferramentas de gestão como planejamento, monitoramento e avaliação;

2.2.2 DIMENSÃO ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

- Verificar ações de cogestão na organização da própria equipe NASF;
- Identificar o uso das ferramentas tecnológicas de cogestão (apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular);

2.2.3 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

- Verificar a existência de ações de apoio compartilhado ou individual no cuidado às pessoas com doenças crônicas, reabilitação, saúde materno-infantil e saúde mental.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Referencial Conceitual

Para desenvolver a pesquisa é importante destacar alguns conceitos sobre gestão e organização do processo de trabalho. Para isso, a visão de mundo no qual a pesquisa toma por referência está fundamentada no marco teórico conceitual da Saúde Coletiva.

Pesquisadora de destaque nesta vertente, Maria Cecília Ferro Donnangelo (1975, 1976), construiu análises consistentes sobre saúde, sociedade, profissão médica e práticas sociais e concluiu que o cuidado em saúde não pode acontecer desvinculado da vida social.

Baseado em sua teoria, alguns estudos foram desenvolvidos na conceituação sobre o trabalho e o processo de trabalho em saúde como Schraiber (1996) e Mendes Gonçalves (1979 1992). Ambos afirmam que no processo de trabalho, o homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos para a produção dos produtos para um determinado fim. Segundo Casfellaños et al (1989) os três elementos componentes do processo de trabalho são: o próprio trabalho, a matéria na qual se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho.

O trabalho em saúde, como prática social, articula com as demais práticas da sociedade, concretizado em todos os momentos da vida individual e coletiva e é determinada pela própria organização social num momento histórico específico. O objeto de transformação do trabalho em saúde são as necessidades humanas de saúde, na qual o trabalhador age. Esse objeto de trabalho não é um objeto natural, mas está recortado por um ‘olhar’ que contém um projeto de transformação, uma intencionalidade do processo de trabalho (Peduzzi e Schraiber, s.d).

Peduzzi (2002) define trabalho em saúde como:

“Um processo de transformação no qual o agente, através de suas ações, faz a *finalidade social* do próprio trabalho realizar-se. As ações são realizadas com base em um saber operante e em um dado modelo tecnológico, traduzindo projetos coletivos e individuais, pois o sujeito do trabalho, para além de portador de projetos e valores coletivos e/ou institucionais, tem projetos próprios que lhe permitem construir estratégias de adesão ou recusa aos primeiros”.

Os elementos constituintes no trabalho em saúde em equipes e destacam por ser um trabalho coletivo per se. De acordo com Schraiber e Peduzzi (1993), o primeiro elemento envolvido é a comunicação como dimensão intrínseca do trabalho em equipe para elaboração do projeto assistencial comum, construído por meio de uma interpelação entre os profissionais. O segundo elemento é o profissional, que na divisão técnica do trabalho fraciona o processo como especialista integrante da equipe, mas por outro lado, introduz aspectos de complementaridade e de interdependência a uma mesma área de produção. Há que se considerarem também as dimensões técnica e social da divisão do trabalho, uma vez que toda divisão técnica reproduz em seu interior as relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos (Peduzzi, 2001).

Outro elemento, destacado por Donnangelo que não pode ser desvinculado do cuidado em saúde é a vida social. No caso da Estratégia da Saúde da Família e equipes NASF isto é evidente, dado que estão implantadas em regiões de maior vulnerabilidade social (Brasil, 2005c).

Vulnerabilidade está relacionada à possibilidade de adoecimento por questões individuais e/ou coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte, assim como as condições e recursos para o seu enfrentamento. Os aspectos coletivos de vulnerabilidade podem ser baseados em três dimensões: individual, programática e social (Bertolozzi et al, 2009).

Bertolozzi et al (2009) pontuam que na dimensão individual é considerado o conhecimento sobre o problema de saúde do indivíduo, os comportamentos – ações voluntárias – que agravam a sua situação e a capacidade de transformação destes comportamentos (condições cognitivas, comportamentais e sociais). A dimensão programática envolve o acesso aos serviços de saúde, a organização, o vínculo dos usuários com esses serviços/equipes/profissionais, as ações preconizadas para a prevenção e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde. A dimensão social considera o acesso à informação, gastos com serviços sociais e de saúde, ciclo de vida, morbidade e identidade social, entre outros aspectos.

Considerando as situações de vulnerabilidade que a população do Estado de São Paulo está exposta a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – Seade e o Instituto do Legislativo Paulista – ILP criaram o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS, com

o objetivo de avaliar a evolução da qualidade de vida nos municípios paulistas e fornecer subsídios aos formuladores de políticas públicas (São Paulo, 2014).

O IPRS busca mostrar as mudanças em curto período de tempo relacionadas a três indicadores sintéticos – riqueza municipal, escolaridade e longevidade – facilitando a identificação dos seus principais problemas econômicos e sociais compatível com a realidade dos 645 municípios, apresentando um quadro complexo e detalhado da diversidade paulista, conforme figura 7 (São Paulo, 2014).

Figura 4 – Dimensões que formam o IPRS com a descrição dos seus componentes e o percentual de contribuição para o indicador.

Dimensões	Componentes	Contribuição para o indicador sintético
Riqueza municipal	Consumo residencial de energia elétrica, por ligação	25%
	Consumo de energia elétrica na agricultura, no comércio e nos serviços, por ligação	25%
	Remuneração média dos empregados com carteira assinada e do setor público	25%
	Valor adicionado fiscal <i>per capita</i>	25%
Longevidade	Taxa de mortalidade perinatal	30%
	Taxa de mortalidade infantil	30%
	Taxa de mortalidade de pessoas de 15 a 39 anos	20%
	Taxa de mortalidade de pessoas de 60 a 69 anos	20%
Escolaridade	Taxa de atendimento escolar na faixa de 4 a 5 anos	19%
	Média da proporção de alunos do 5º ano do ensino fundamental da rede pública que atingiram pelo menos o nível adequado nas provas de português e matemática	31%
	Média da proporção de alunos do 9º ano do ensino fundamental da rede pública que atingiram pelo menos o nível adequado nas provas de português e matemática	31%
	Taxa de distorção idade-série no ensino médio	19%

FONTE: Fundação Seade – Índice Paulista de Responsabilidade Social.

O indicador de riqueza municipal é composto por quatro variáveis: consumo anual de energia elétrica por ligação residencial; consumo de energia elétrica na agricultura, no comércio e nos serviços por ligação; valor adicionado fiscal *per capita*; e remuneração média dos empregados com carteira assinada e do setor público. O objetivo de este indicador ser formado por esses componentes foi de captar a riqueza municipal e a renda per capita, visto que a renda familiar é resultado do investimento do município (São Paulo, 2014).

O indicador de longevidade é composto pela combinação de quatro taxa de mortalidade específica a determinadas faixas etárias: perinatal (fetos e crianças de zero a seis dias); infantil (de zero a um ano); de pessoas de 15 a 39 anos; e de pessoas de 60 a 69 anos. Buscou – se por meio das quatro taxas de mortalidade decompor a esperança de vida, visto

que a taxa de mortalidade perinatal está relacionada à assistência à saúde materno – infantil, saneamento, escolaridade das mães e renda familiar. (São Paulo, 2014).

O indicador escolaridade também é formado pela combinação de quatro indicadores: taxa de atendimento escolar na faixa de 4 a 5 anos, que reflete o esforço municipal em busca do acesso universal à educação infantil; média da proporção de alunos do 5º e do 9º ano do ensino fundamental da rede pública que atingiram o nível adequado nas provas de português e matemática; taxa de distorção idade-série, que dimensiona o atraso escolar relativo ao fluxo tanto no ensino médio quanto no fundamental (São Paulo, 2014).

Cada indicador (renda municipal, longevidade e escolaridade) é resultado da combinação das variáveis relacionadas, sendo que o peso de cada uma destas variáveis foi obtido por meio de modelo estatístico de análise fatorial, com a respectiva transformação do indicador em uma escala que varia de 0 a 100, conforme apresentado na figura 7 (São Paulo, 2014).

As dimensões longevidade e escolaridade formaram uma dimensão denominada indicadores sociais. A combinação das duas dimensões – riqueza e indicadores sociais foi utilizada para classificar os 645 municípios do Estado de São Paulo em cinco grupos (São Paulo, 2014).

A partir do referencial conceitual apresentado o presente estudo buscou analisar o desempenho das equipes NASF dos municípios do Estado de São Paulo que participaram do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2013/2014), considerando o Índice Paulista de Responsabilidade Social dos municípios destas equipes.

3.2. Tipo de Estudo

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo transversal, exploratório e analítico, de natureza descritiva com abordagem quantitativa, tendo por base os dados secundários resultantes do 2º ciclo da terceira fase da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – NASF.

3.3. Cenário do Estudo

O Estado de São Paulo tem 645 municípios, uma área territorial de 248.209,3 km², o que representa 2,91% do território brasileiro. Em 2015, a população estimada, segundo a

fundação SEADE era de 43.046.555 milhões de habitantes. É o estado mais populoso do Brasil e representa em torno de 21,7% da população total. Apesar deste número, a população cresceu num ritmo bem menos acelerado que em outras épocas.

O Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Saúde, desde agosto de 2011, dividiu o estado em 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), conforme apresentado na Figura 4.

Figura 5 – Mapa das Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo.

Fonte: Governo do Estado de São Paulo, 2011.

A RRAS foi o modo encontrando pelos técnicos e assessores do Ministério da Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite para organizar os serviços em saúde, visto que já existiam as regiões de saúde desde 2002 (Ibanhes et al., 2013).

3.4 Sujeitos da Avaliação PMAQ/AB - NASF

O universo deste estudo foi formado pelas equipes NASF do Estado de São Paulo dos 47 municípios que aderiram ao PMAQ. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2015b), participaram 151 equipes NASF na terceira fase do segundo ciclo da avaliação externa do PMAQ – AB realizada em 2013/2014 (Tabela 1). Cada equipe participante escolheu um representante para responder as perguntas do Módulo IV de entrevista do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade.

Tabela 1 – Municípios do estado de São Paulo que participaram do 2º ciclo do PMAQ, equipe(s) NASF cadastradas no programa, classificação do município de acordo com o IPRS, RRAS e Região Administrativa.

(Continua)

MUNICÍPIO	NASF	IPRS	RRAS	REGIÃO ADMINISTRATIVA
Altinópolis	1	3	13	RA Ribeirão Preto
Amparo	2	1	15	RA Campinas
Andradina	1	3	12	RA Araçatuba
Araçatuba	4	1	12	RA Araçatuba
Araraquara	1	1	13	RA Central
Birigui	2	3	12	RA Araçatuba
Botucatu	1	2	9	RA Sorocaba
Bragança Paulista	2	4	16	RA Campinas
Caçapava	1	2	17	RM São Paulo
Cachoeira Paulista	1	4	17	RM São Paulo
Cafelândia	1	5	9	RA Bauru
Capão Bonito	1	4	8	RA Itapeva
Cordeirópolis	1	1	14	RA Campinas
Cubatão	1	2	7	RA Baixada Santista
Descalvado	1	2	13	RA Central
Embu das Artes	1	2	4	RM São Paulo
Guaira	1	2	13	RA Barretos
Guapiaçu	1	3	12	RA São José do Rio Preto
Guarulhos	6	2	2	RM São Paulo
Itapetininga	1	3	8	RA Sorocaba
Itapeva	1	4	8	RA Itapeva
Itatiba	2	1	16	RA Campinas
Ituverava	1	4	13	RA Franca
Jacareí	1	1	17	RM Vale do Paraíba e Lit. Norte
Jales	1	3	12	RA São José do Rio Preto
Junqueirópolis	1	4	11	RA Presidente Prudente
Marília	3	3	10	RA Marília
Mauá	7	2	1	RM São Paulo
Monte Mor	1	1	15	RA Campinas
Osvaldo Cruz	1	3	10	RA Presidente Prudente
Penápolis	1	5	12	RA Araçatuba
Peruíbe	1	5	7	RA Baixada Santista
Piraju	1	3	9	RA Itapeva
Praia Grande	2	2	7	RA Baixada Santista
Presidente Prudente	1	4	11	RA Presidente Prudente
Registro	1	5	7	RA Registro
Santa Fé do Sul	1	3	12	RA São José do Rio Preto
São Bernardo do Campo	10	1	1	SM São Paulo
São Caetano do Sul	2	1	1	SM São Paulo

Tabela 1 – Municípios do estado de São Paulo que participaram do 2º ciclo do PMAQ, equipe(s) NASF cadastradas no programa, classificação do município de acordo com o IPRS, RRAS e Região Administrativa.

(Continuação)

MUNICÍPIO	NASF	IPRS	RRAS	REGIÃO ADMINISTRATIVA
São Carlos	1	1	13	RA Central
São João da Boa Vista	1	3	15	RA Campinas
São Paulo	74	2	6	RM São Paulo
Sud Mennucci	1	3	12	RA Araçatuba
Tupã	1	4	10	RA Marília
Tupi Paulista	1	4	11	RA Presidente Prudente
Urânia	1	4	12	RA São José do Rio Preto
Votuporanga	1	3	12	RA São José do Rio Preto

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

(Conclusão).

A Figura 5 apresenta as equipes NASF do estado de São Paulo organizadas de acordo com a Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS):

FIGURA 6 – Mapa de Distribuição das Equipes NASF participantes do 2º ciclo do PMAQ divididas por RRAS

Fonte: Adaptado pelo autor.

3.5 Procedimento para Coleta de Dados do PMAQ/AB - NASF

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), responsável pelo PMAQ/AB, convidou Instituições de Ensino e Pesquisa, a participarem do processo de operacionalização da fase de avaliação externa para organizar a logística de campo e a aplicação dos instrumentos de avaliação. Dentre as Universidades participantes está a Federal do Rio Grande do Sul que estabeleceu parceria com outras onze instituições de ensino no estado de São Paulo, UNESP Botucatu, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

(EEUSP), EEUSP de Ribeirão Preto, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, UNIFESP Baixada Santista, UFSCAR, FAMEMA, FMABC, USP Ribeirão Preto, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP), Universidade Nove de Julho – UNINOVE.

A coleta de dados desta investigação ocorreu no período de janeiro a junho de 2014 em fonte primária produzida por entrevista estruturada aplicada por equipe de avaliação externa do PMAQ/AB no Estado de São Paulo. As entrevistas foram realizadas utilizando como instrumento os questionários estruturados em seis módulos de acordo com suas características:

Módulo I – Censo de Infraestrutura da Unidade de Saúde

Módulo II - Entrevista com profissional de saúde de nível superior sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos da UBS

Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde

Módulo IV- Entrevista com profissional de nível superior sobre processo de trabalho da equipe de NASF

Módulo V– Entrevista com profissional de saúde de nível superior sobre processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos de SB

Módulo VI - Censo de Infraestrutura da Saúde Bucal

O presente estudo tomou para análise os dados do PMAQ/AB – NASF do Estado de São Paulo, referente ao Módulo IV utilizado na Avaliação Externa para entrevistar o representante da equipe NASF, denominado pelo MS como Módulo I (Figura 6). O instrumento é formado por um questionário estruturado composto pelos princípios e diretrizes da Atenção Básica, assim como as diretrizes específicas descritas nos Caderno de Atenção Básica nº 27 e 39 contendo as diretrizes NASF. As subdimensões deste questionário foram as áreas pesquisadas e os padrões de qualidade estão relacionados ao número de questões objetivas que compõe estas subdimensões.

Figura 7 - Módulo I – Entrevista com profissional de nível superior do NASF e verificação de documentos da equipe na Unidade Básica de Saúde

Módulo	Subdimensão	Número de Padrões de qualidade
Módulo I	NII.1 - Identificação Geral	-
	NII.2 - Identificação da Unidade de Saúde	-
	NII.3 Termos de Compromisso e Ata de Reunião	2
	NII.4 Estrutura Física	4
	NII.5 Organização da Gestão e Coordenação do NASF	3
	NII.6 Educação Permanente	6
	NII.7 Planejamento das ações do NASF	11
	NII.8 Organização da agenda	4
	NII.9 Organização do apoio matricial às EAB	6
	NII.10 Gestão da demanda e da atenção compartilhada	2
	NII.11 Registro de atividades	3
	ÁREAS ESPECÍFICAS - COMPONENTE COMUM	—
	NII.12 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	6
	NII.13 Reabilitação	4
	NII.14 Atenção à Saúde Materno-Infantil	8
	NII.15 Atenção à Saúde Mental	4

Fonte: Brasil, 2012.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram disponibilizados pelo DAB/MS no formato de planilha Excel (Microsoft Corp., Estados Unidos). Procedeu-se análise e interpretação dos dados no período de janeiro a junho de 2016 por frequência simples, na busca da compreensão das informações obtidas relacionando-as às indagações que suscitaram a investigação.

Para realizar o estudo o banco de dados foi organizado em três dimensões, quinze subdimensões e 261 questões/padrões de qualidade, sendo: (1) Gestão/Coordenação NASF – composta por seis subdimensões e setenta e dois padrões de qualidade; (2) Organização do Processo de Trabalho - composta por cinco subdimensões e oitenta e quatro padrões de qualidade; (3) Atenção Integral à Saúde - composta por quatro subdimensões e cento e cinco padrões de qualidade (Quadro 1). Não foi analisada a dimensão Gestão Municipal porque os dados não foram disponibilizados para consulta.

Quadro 1: Quadro geral das três Dimensões analisadas e suas Subdimensões, quantidade de Padrões de Qualidade, pontuação mínima e máxima de cada subdimensão.

(Continua)

DIMENSÃO		SUBDIMENSÕES		PADRÕES DE QUALIDADE	Pontuação	
					Mín	Máx
1ª	Gestão e Coordenação NASF	1	Estrutura Física	72	0	15
		2	Organização Gestão e Coordenação NASF		0	30
		3	Educação Permanente		0	10

Quadro 1: Quadro geral das três Dimensões analisadas e suas Subdimensões, quantidade de Padrões de Qualidade, pontuação mínima e máxima de cada subdimensão.

(Continuação)

DIMENSÃO		SUBDIMENSÕES		PADRÕES DE QUALIDADE	Pontuação	
					Mín	Máx
1ª	Gestão e Coordenação NASF	4	Planejamento das Ações	72	0	15
		5	Organização do Apoio Matricial às Equipes		0	10
		6	Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada		0	20
2ª	Organização do Processo de Trabalho / Co-Gestão	7	Planejamento das Ações	84	0	30
		8	Organização da Agenda		0	20
		9	Organização do Apoio Matricial às Equipes		0	20
		10	Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada		0	20
		11	Registro das Atividades		0	10
3ª	Atenção Integral à Saúde	12	Atenção às pessoas com doenças crônicas	105	0	25
		13	Reabilitação		0	25
		14	Saúde Materno – Infantil		0	25
		15	Saúde Mental		0	25

Fonte: Adaptado pelo autor.

(Conclusão)

O principal objetivo da organização dos dados em dimensões foi sintetizar valores da mesma natureza e produzir dados que serão transformados em informações na forma de tabelas e gráficos (Barbetta, 2006).

Cada questão/padrão de qualidade recebeu uma nota de acordo com o grau de importância para a subdimensão analisada, tomando como base o conhecimento técnico e experiência do pesquisador, além do referencial teórico. Para cada dimensão foi estabelecida uma pontuação total entre 0 a 100.

3.6.1 Dimensões de análise

3.6.1.1 Dimensão Gestão/Coordenação NASF

A Dimensão Gestão/Coordenação das equipes NASF foi composta por 6 Subdimensões, 72 questões/padrões de qualidade (Quadro 2).

Quadro2 – Quadro geral da primeira Dimensão - Gestão/Coordenação NASF e suas Subdimensões, quantidade de Padrões de Qualidade, pontuação mínima e máxima de cada subdimensão.

DIMENSÃO		SUBDIMENSÕES		PADRÃO DE QUALIDADE	Pontuação	
					Mín	Máx
1ª	Gestão e Coordenação NASF	1	Estrutura Física	72	0	15
		2	Organização Gestão e Coordenação NASF		0	30
		3	Educação Permanente		0	10
		4	Planejamento das Ações		0	15
		5	Organização do Apoio Matricial às Equipes		0	10
		6	Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada		0	20

Fonte: Adaptado pelo autor.

Esta dimensão está relacionada a gestão da equipe NASF que, de acordo com o PMAQ, pode estar em uma destas instâncias: coordenação da atenção básica do município; coordenação específica; coordenação da região ou distrito; coordenação da Unidade Básica de Saúde (UBS), entre outros.

1) Estrutura Física/Infraestrutura – Subdimensão composta por quatorze questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total entre 0 – 15 pontos. Para fins de análise, doze questões/padrões receberam um ponto e duas questões/padrões receberam 1,5 pontos por fornecerem evidências dos padrões (I.V.3.1/1, I.V.3.2/1).

O Ministério da Saúde aponta diretrizes relacionadas à estrutura física necessária para o trabalho desenvolvido pelo NASF. Estas diretrizes levam em consideração que a equipe NASF não possui espaço físico independente, por isso, compartilha o espaço da UBS e o território (Brasil, 2014).

As orientações do Ministério da Saúde são: (1) deve haver sala que comporte todos os integrantes da equipe da AB e NASF para realizar as reuniões de matriciamento; (2) os prontuários devem ser de uso comum; (3) a UBS deve possuir recursos audiovisuais e outros materiais necessários para a discussão de temas; (4) é recomendado que a equipe NASF possua ata nas reuniões ou outra forma de registro das pactuações; (5) devem ser utilizados dados epidemiológicos; (6) a equipe NASF deve apropriar-se do fluxo da rede de atenção à saúde; (7) seja organizadas as atribuições e critérios para atendimento por categoria profissional; (8) deve ser disponibilizado para as equipes infraestrutura mínima de equipamentos e insumos; (9) haja acesso a carro para deslocamento aos locais mais distantes da UBS; (10) as equipes solicitem ou façam o levantamento da lista de usuários acamados ou

restritos ao domicílio; (11) haja acesso a rotinas, protocolos e fluxos estabelecidos no município ou em outras esferas de gestão (Brasil, 2014).

2) Organização da Gestão e Coordenação –Subdimensão composta por três questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total entre 0 – 30 pontos. Cada pergunta recebeu dez pontos. Esse alto peso para os padrões que formam essa subcategoria se justifica dada a importância do papel do Gestor/Coordenador da equipe NASF.

As atribuições deste profissional são descritas no documento norteador da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo que orienta: (1) discutir o plano de trabalho com equipe NASF, gerentes das UBS, supervisão técnica de saúde, instituições parceiras; (2) realizar o cuidado técnico e terapêutico à própria equipe;(3) construir um trabalho transdisciplinar; (4) direcionar e integrar o trabalho da equipe em consonância com as equipes; (5) organizar as reuniões da equipe NASF; (6) facilitar a comunicação e a troca de informações; (7) auxiliar na pactuação da agenda; (8) discutir e priorizar as situações de risco do território, acolhimento dos usuários; (9) realizar a gestão de pessoas; (10) promover e acompanhar a educação permanente; (11) avaliar em conjunto com as equipes SF e os conselhos de saúde, o desenvolvimento e a implantação das ações e a medida do seu impacto sobre a situação de saúde (São Paulo, 2009); (12) avaliar e monitorar as ações desenvolvidas com discussão contextualizada (São Paulo, 2009; Brasil, 2014).

3) Educação Permanente – Subdimensão composta por vinte e uma questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total entre 0 – 10 pontos. Dezoito questões receberam 0,25 pontos e estão relacionadas à formação oferecida no ingresso da equipe no território (cursos, oficinas, reuniões, temáticas abordadas). Uma questão recebeu 1,5 pontos (I.V.6.4) e questiona sobre a oferta na formação específica para a equipe. Duas perguntas (I.V.6.3 e I.V.6.5) receberam 2 pontos e avaliam a educação permanente recebida.

O acompanhamento e promoção da educação permanente é uma das diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (São Paulo, 2009). De acordo com o MS, a Educação Permanente possibilita uma análise coletiva do processo de trabalho para efetivar as ações educativas (Brasil, 2009b).

4) Planejamento das Ações –Subdimensão composta por vinte e três questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total entre 0 – 15 pontos. Doze questões/padrões receberam 0,25 pontos e abordam a disponibilidade de informações de

saúde pela gestão. O MS orienta os gestores a disponibilizarem informações qualificadas em tempo oportuno (Brasil, 2014). Quatro questões/padrões receberam 0,5 pontos e solicitam evidências sobre a autoavaliação. Cinco perguntas receberam 1 ponto, por questionarem sobre o planejamento e programação das ações da equipe. Duas questões receberam nota 2,5 e indagam sobre a existência de cronograma/agenda dos profissionais.

Todos os padrões de qualidade inseridos nesta subdimensão foram agrupados por fazerem parte das competências do gestor/coordenador. O MS sugere que o planejamento das ações deve ocorrer em todos os ciclos de vida dos usuários. As discussões dos casos que ocorrem em reunião ESF/NASF devem servir para fazer o diagnóstico das necessidades e demandas, elaboração de propostas, monitoramento das ações, devolutivas das intervenções e educação permanente para as equipes (Brasil, 2008; 2009a; 2014). As análises das informações de saúde servem para a tomada de decisões, planejamento e avaliação das metas programadas (Brasil, 2009c).

5) Organização do Apoio Matricial às Equipes – Subdimensão composta por três questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total entre 0 – 10 pontos. Dois padrões receberam 3,0 pontos, envolvem o monitoramento/avaliação dos resultados da atenção compartilhada e o monitoramento do PTS. Uma questão recebeu 4,0 pontos e solicita evidências destas ações. Essa subcategoria é de extrema importância, pois envolve o monitoramento de todas as ações realizadas na subdimensão de planejamento. O documento norteador do NASF orienta que seja garantido espaços para encontros permanente e periódicos com as equipes vinculadas (Brasil, 2014).

6) Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada – Subdimensão composta por oito questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total entre 0 – 20 pontos. Todos os padrões receberam 2,5 pontos e questionavam se a equipe NASF analisa as solicitações feitas pela equipe SF, indicadores de saúde da população, situação de saúde dos casos compartilhados, seu impacto diante das suas ações e também solicitavam evidências destas análises. O MS orienta a equipe NASF realizar análise das situações de saúde da população para que essas informações sirvam como norteadores das ações (Brasil, 2009a; 2014).

O Quadro 3 mostra as seis subdimensões que compõe a dimensão Gestão/Coordenação NASF. As subdimensões com sua pontuação geral são: 1) Estrutura Física/Infraestrutura – 15 pontos; 2) Organização da Gestão e Coordenação NASF (30 pontos); 3) Educação Permanente – 10 pontos; 4) Planejamento das Ações – 15 pontos; 5)

Organização do Apoio Matricial às Equipes – 10 pontos; 6) Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada – 20 pontos. Estas seis subdimensões são compostas por 74 questões/padrões de qualidade.

Quadro 3 – Quadro detalhado da primeira Dimensão – Gestão/Coordenação NASF e suas subdimensões com percentual, nota e código do padrão de qualidade com sua descrição.

(Continua)

Nº	SUBDIMENSÃO	VALOR PADRÃO	CÓDIGO	PADRÃO DE QUALIDADE
1	Estrutura Física (15%)	1	O - IV.3.1	O NASF possui ata de reunião assinada pela gestão municipal e pelos profissionais do NASF que comprove a adesão voluntária ao programa?
		1,5	O - IV.3.1/1	Existe documento que comprove?
		1	O - IV.3.2	O NASF possui o termo de compromisso de adesão ao PMAQ assinado pelo responsável pelo NASF?
		1,5	O - IV.3.2/1	Existe documento que comprove?
		1	G - IV.4.1	Existem cronogramas ou escalas de utilização das salas das unidades que contemplem as ações programadas para os profissionais do NASF?
		1	G - IV.4.1/1	Existe documento que comprove?
			IV.4.2	Quais espaços são disponibilizados para o NASF realizar suas atividades?
		1	IV.4.2.1	Consultório(s) de uso exclusivo da equipe NASF no espaço da UBS
		1	IV.4.2.2	Consultório(s) compartilhado(s) com os profissionais da UBS
		1	IV.4.2.3	Sala de reuniões na unidade
		1	IV.4.2.4	Espaços no território (exemplo: parques, escolas ou praças)
		1	IV.4.2.5	Outros(s)
		1	IV.4.3	Existe veículo disponível para o NASF quando necessário?
		1	IV.4.4	Essa disponibilidade atende às necessidades do NASF?
		1	IV.4.5	A gestão disponibiliza os insumos necessários para o NASF realizar suas atividades?
2	Organização da Gestão e Coordenação do NASF (30%)	10	G - IV.5.1	Existe responsável, referência ou coordenação do NASF no âmbito da gestão do município?
		10	IV.5.2	Quem ou qual instância realiza essa função?
		10	G - IV.5.3	Com que periodicidade acontecem espaços de reunião entre o NASF e sua coordenação?
3	Educação Permanente (10%)	0,25	ET - IV.6.1	Foi oferecida alguma formação específica para o NASF quando este iniciou o trabalho?
		0,25	G - IV.6.2.1	Curso "introdutório"
		0,25	G - IV.6.2.2	Oficina de capacitação
		0,25	G - IV.6.2.3	Reunião informativa
		0,25	G - IV.6.2.4	Outro(s)
		2	IV.6.3	Em relação à formação oferecida, você considera que foi:
		1,5	IV.6.4	É oferecida educação permanente para os profissionais do NASF?
		2	IV.6.5	Com relação a Educação Permanente, você considera que foi:
			IV.6.6	Quais os temas das atividades de educação permanente?
		0,25	IV.6.6.1	Princípios e diretrizes da Atenção Básica
		0,25	IV.6.6.2	Organização do processo de trabalho da Atenção Básica
		0,25	IV.6.6.3	Organização do processo de trabalho do NASF
		0,25	IV.6.6.4	Discussão de casos complexos e/ou Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)
		0,25	IV.6.6.5	Metodologias de trabalho com grupos
		0,25	IV.6.6.6	Ações de vigilância no território
		0,25	IV.6.6.7	Condições/Doenças crônicas
		0,25	IV.6.6.8	Saúde mental
		0,25	IV.6.6.9	Saúde da mulher
		0,25	IV.6.6.10	Saúde da criança
		0,25	IV.6.6.11	Reabilitação/ Saúde da Pessoa com Deficiência
		0,25	IV.6.6.12	Situações de conflitos sociais (violência, uso de álcool e outras drogas, etc)
		0,25	IV.6.6.13	Outro(s)

Quadro 3 – Quadro detalhado da primeira Dimensão – Gestão/Coordenação NASF e suas subdimensões com percentual, nota e código do padrão de qualidade com sua descrição.

(Continuação)

Nº	SUBDIMENSÃO	VALOR PADRÃO	CÓDIGO	PADRÃO DE QUALIDADE
4	Planejamento das Ações (15%)		IV.7.3	Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento?
		0,25	IV.7.3.1	Dados epidemiológicos do município
		0,25	IV.7.3.2	Principais problemas de saúde do território
		0,25	IV.7.3.3	Principais demandas das EAB
		0,25	IV.7.3.4	Perfil da demanda atendida pelo NASF
		0,25	IV.7.3.5	Desafios apontados na autoavaliação
		0,25	IV.7.3.6	Outras prioridades definidas pela gestão municipal
		0,25	IV.7.3.7	A gestão não disponibiliza informações
		1	G - IV.7.4	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?
		1	G - IV.7.4.1	Existe documento que comprove?
			IV.7.5	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?
			IV.7.5/1	Existe documento que comprove?
		1	ET - IV.7.7	O planejamento do NASF foi realizado de forma conjunta ou integrada ao planejamento das equipes AB?
		1	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?
		1	ET - IV.7.9	O NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho?
		0,5	ET - IV.7.9/1	Existe documento que comprove?
		0,5	IV.7.10	O NASF realizou algum processo de autoavaliação nos últimos doze meses?
		0,5	IV.7.10/1	Existe documento que comprove?
			IV.7.11	Qual instrumento foi utilizado?
		0,25	IV.7.11.1	AMAQ – NASF
		0,25	IV.7.11.2	Instrumento desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde
		0,25	IV.7.11.3	Instrumento desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde
		0,25	IV.7.11.4	Instrumento desenvolvido pela própria equipe NASF
		0,25	IV.7.11.5	A equipe realizou processo autoavaliativo informal, sem instrumento específico
		0,5	IV.7.11/1	Existe documento que comprove?
		2,5	G - IV.8.1	O cronograma/agenda de atividades dos profissionais do NASF foi pactuado com as equipes apoiadas?
		2,5	G - IV.8.2	O NASF disponibiliza seu cronograma/agenda de atividades para as equipes apoiadas?
5	Organização do Apoio Matricial às Equipes (10%)	3	IV.9.4.12	Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada
		3	ET - IV.9.5	O NASF participa do monitoramento dos Projetos Terapêuticos Singulares construídos em conjunto com as EAB?
		4	ET - IV.9.5/1	Existe documento que comprove?
6	Gestão da demanda e da atenção compartilhada (20%)	2,5	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?
		2,5	ET - IV.10.1/1	Tem documento que comprove?
		2,5	G - IV.10.2.1	Análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada
		2,5	G - IV.10.2.2	Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF
		2,5	G - IV.10.2.3	Análise dos indicadores de saúde da população do território
		2,5	G - IV.10.2.4	Análise das situações de saúde dos casos compartilhados
		2,5	G - IV.10.2.5	Outros
		2,5	G - IV.10.2.6	Não avalia o impacto/resultados de suas ações nas equipes apoiadas.

Fonte: Adaptado pelo autor.

(Conclusão)

3.6.1.2 Dimensão Organização do Processo de Trabalho

A Organização do Processo de Trabalho das equipes NASF do Estado de São Paulo foi composta por cinco subdimensões e oitenta e quatro questões/padrões de Qualidade (Quadro 4).

Quadro 4 - Quadro geral da segunda dimensão - Organização do Processo de Trabalho e suas Subdimensões, quantidade de Padrões de Qualidade, pontuação mínima e máxima de cada subdimensão.

Nº	DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES		PADRÕES DE QUALIDADE	Pontuação	
					Mín.	Máx.
2ª	ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	7	PLANEJAMENTO AÇÕES	84	0	30
		8	ORGANIZAÇÃO DA AGENDA		0	20
		9	ORGANIZAÇÃO DO AM ÀS EQUIPES		0	20
		10	GESTÃO DA DEMANDA E DA ATENÇÃO COMPARTILHADA		0	20
		11	REGISTRO DAS ATIVIDADES		0	10

Fonte: Adaptado pelo autor.

Esta dimensão está relacionada com a organização do próprio processo de trabalho da equipe NASF, portanto, cabe a cada profissional e a equipe desenvolver ações de cogestão. Além disso, deve ser realizada a cogestão do cuidado oferecido à população com as equipes SF baseada nas dimensões técnico–pedagógica e clínico–assistencial.

7) Planejamento das Ações – Subdimensão composta por vinte e três questões/padrões de qualidade, variando a pontuação entre 0 – 30 pontos. Doze questões/padrões que questionavam a equipe se a gestão disponibiliza informações de saúde receberam 0,25 pontos. O MS orienta os gestores a disponibilizarem informações qualificadas em tempo oportuno (Brasil, 2014). Quatro questões/padrões que solicitavam evidências documentais da autoavaliação receberam 0,5 pontos. Cinco perguntas que questionavam sobre o planejamento e programação das ações da equipe receberam 1 ponto. Duas questões receberam 2,5 pontos e indagavam sobre a existência de cronograma/agenda dos profissionais.

Todos os padrões de qualidade são sugeridos as equipes NASF pelo MS e descritos como: (1) planejamento das ações em todos os ciclos de vida; (2) discussão de casos em reunião ESF/NASF para fazer o diagnóstico das necessidades e demandas, elaboração de propostas, monitoramento das ações, devolutivas das ações e intervenções, educação permanente para as equipes (Brasil, 2008; 2009a; 2014).

8) Organização da Agenda – Subdimensão composta por doze questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total entre 0 – 20 pontos. Duas questões que indagavam a equipe NASF sobre a pactuação compartilhada da agenda/cronograma das atividades dos profissionais com as equipes SF e a disponibilidade deste acordo receberam 3 pontos. Nove padrões recebem 1,5 pontos e questionavam sobre as ações não programadas realizadas pela equipe diante de situações imprevistas. Uma recebeu 0,5 pontos e perguntava sobre ações não especificadas no questionário.

A pactuação da agenda é uma recomendação do MS para enriquecer as competências de todos os profissionais da equipe NASF (Brasil, 2014). O planejamento e/ou previsão da agenda compartilhada entre o NASF e as equipes SF deve incluir ações individuais e coletivas de assistência, assim como ações de apoio pedagógico (Brasil, 2009a).

9) Organização do Apoio Matricial às Equipes (20 pontos) – Subdimensão composta por vinte e três questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total entre 0 – 20 pontos. Três questões receberam 2 pontos e estavam relacionadas a agenda da reunião NASF e da reunião entre o NASF e as equipes de SF. Quatro questões que envolveram o horário de trabalho da equipe com as reuniões de apoio/matriciamento, monitoramento do PTS e comprovação documental receberam 1 ponto. Doze receberam 0,75 pontos e questionavam sobre quais atividades eram realizadas nos encontros entre NASF e equipes SF. Uma recebeu 0,5 pontos e abordava o agendamento direto com a equipe NASF. Duas receberam 0,2 pontos e questionava se o apoio se dá quando solicitado por contato telefônico ou encaminhamento por escrito. Uma recebeu 0,1 ponto por se tratar de outras formas de apoio não especificadas no questionário.

O NASF configura-se como uma das estratégias de cogestão para superar e auxiliar na mudança do modelo fragmentado e descontínuo de atenção integrada na AB (Campos, 1999).

10) Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada (20 pontos) – Subdimensão composta por oito questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total entre 0 – 20 pontos. Todos os padrões receberam 2,5 pontos e questionavam se a equipe NASF analisava as solicitações feitas pela equipe SF, os indicadores de saúde da população, a situação de saúde dos casos compartilhados, o impacto diante das suas ações e também solicitava evidências destas análises.

O MS orienta a equipe NASF realizar análise das situações de saúde da população para que essas informações sirvam como norteadores das suas ações (Brasil, 2009a; 2014). Gestão envolve planejamento, monitoramento e análise que devem servir para a tomada de decisões de ações da equipe NASF e ações compartilhadas junto às equipes SF.

11) Registro das Atividades (10 pontos)– Subdimensão composta por dez questões/padrões de qualidade, variando a pontuação entre 0 – 10 pontos. Todas as questões receberam 1 ponto e questionavam sobre o registro de todas as ações desenvolvidas pela equipe NASF.

O MS orienta que todos os envolvidos (gestão municipal, equipes da AB, NASF), elaborem estratégias para a ampliação da cultura informacional, a fim de criar significado sobre a importância do registro adequado e o estímulo para o uso das informações disponíveis. Essas informações auxiliaram no reconhecimento das demandas do território, no apoio clínico, na definição de ações prioritárias, no desenvolvimento de educação permanente de acordo com as necessidades etc. A ampliação da cultura informacional contribui para a superação da ideia de que o registro das informações é um trabalho meramente formal, burocrático e pouco útil para os trabalhadores (Brasil, 2014).

O Quadro 5 mostra detalhadamente as cinco subdimensões que compõe a dimensão Organização do Processo de Trabalho das equipes NASF. As Subdimensões com seu peso na pontuação geral são: 7) planejamento das ações – 30 pontos; 8) organização da agenda – 20 pontos; 9) organização do apoio matricial às equipes – 20 pontos; 10) gestão da demanda e da atenção compartilhada – 20 pontos; 11) registro das atividades – 10 pontos. Estas cinco subdimensões são compostas por 84 questões/padrões de qualidade.

Quadro 5 - Quadro detalhado da Segunda Dimensão - Organização do Processo de Trabalho e suas Subdimensões com percentual, nota e código do padrão de qualidade com sua descrição.

(Continua)

Nº	SUBDIMENSÃO	VALOR PADRÃO	CÓDIGO	PADRÃO DE QUALIDADE
7	Planejamento das Ações (30%)	3	IV.7.1	O NASF utiliza algum mecanismo de registro de informação das suas ações?
			ET - IV.7.2	Qual mecanismo é utilizado?
		1 ou	IV.7.2.1	e-SUS atenção básica
		1 ou	IV.7.2.2	SIAB
		1 ou	IV.7.2.3	SIA
		1 ou	IV.7.2.4	Sistema próprio do município/equipe
		1 ou	IV.7.2.5	Fichas, planilhas ou relatórios construídos pela própria equipe NASF
		1 ou	IV.7.2.6	Outro(s)
			G - IV.7.3	Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento?

Quadro 5 - Quadro detalhado da Segunda Dimensão - Organização do Processo de Trabalho e suas Subdimensões com percentual, nota e código do padrão de qualidade com sua descrição.

(Continuação)

Nº	SUBDIMENSÃO	VALOR PADRÃO	CÓDIGO	PADRÃO DE QUALIDADE
7	Planejamento das Ações (30%)	1,5	IV.7.3.1	Dados epidemiológicos do município
		1,5	IV.7.3.2	Principais problemas de saúde do território
		1,5	IV.7.3.3	Principais demandas das EAB
		1,5	IV.7.3.4	Perfil da demanda atendida pelo NASF
		1,5	IV.7.3.5	Desafios apontados na autoavaliação
		1,5	IV.7.3.6	Outras prioridades definidas pela gestão municipal
		1	IV.7.3.7	A gestão não disponibiliza informações
		1	G - IV.7.4	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?
		1	G - IV.7.4.1	Existe documento que comprove?
		1	IV.7.5	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?
		1	IV.7.5/1	Existe documento que comprove?
		1	ET - IV.7.7	O planejamento do NASF foi realizado de forma conjunta ou integrada ao planejamento das equipes AB?
		1	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?
		1	ET - IV.7.9	O NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho?
		1	ET - IV.7.9/1	Existe documento que comprove?
		3	IV.7.10	O NASF realizou algum processo de autoavaliação nos últimos doze meses?
		3	IV.7.10/1	Existe documento que comprove?
		1 ou	IV.7.11	Qual instrumento utilizado?
		1 ou	IV. 7.11.1	AMAQ – NASF
		1 ou	IV.7.11.2	Instrumento Desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde
8	Organização da Agenda (20%)	1 ou	IV.7.11.3	Instrumento desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde
		1 ou	IV.7.11.4	Instrumento desenvolvido pela própria equipe NASF
		1 ou	IV.7.11.5	A equipe realizou processo autoavaliativo informal, sem instrumento específico
		1	IV.7.11/1	Existe documento que comprove?
		3	G - IV.8.1	O cronograma/agenda de atividades dos profissionais do NASF foi pactuado com as equipes apoiadas?
		3	G - IV.8.2	O NASF disponibiliza seu cronograma/agenda de atividades para as equipes apoiadas?
		1,5	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:
		1,5	IV.8.4.1	Consultas individuais do profissional do NASF
		1,5	IV.8.4.2	Consultas compartilhadas com outros profissionais da equipe de AB e do NASF
		1,5	IV.8.4.3	Atendimentos domiciliares
		1,5	IV.8.4.4	Grupos terapêuticos
9	Organização do Apoio Matricial às Equipes SF (20%)	1,5	IV.8.4.5	Atividades de educação em saúde
		1,5	IV.8.4.6	Atividades comunitárias
		1,5	IV.8.4.7	Ações de educação permanente
		1,5	IV.8.4.8	Discussão de casos
		0,5	IV.8.4.9	Outro (a)
		2	IV.9.1	Os profissionais do NASF dedicam um período semanal ou quinzenal para reunião interna da equipe NASF?
		1	IV.9.2	O NASF atua em horário coincidente com o horário das equipes de AB/SF?
		1	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?
		0,75	IV.9.4.1	Consultas individuais do profissional do NASF
		0,75	IV.9.4.2	Consultas compartilhadas com os profissionais da Equipe de Atenção Básica
		0,75	IV.9.4.3	Discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores
		0,75	IV.9.4.4	Discussão de casos que poderão gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção
		0,75	IV.9.4.5	Construção conjunta com os profissionais da Equipe de Atenção Básica de projetos terapêuticos
		0,75	IV.9.4.6	Articulação, junto às equipes de Atenção Básica, de ações com outros pontos da rede de saúde e intersetorial

Quadro 5 - Quadro detalhado da Segunda Dimensão - Organização do Processo de Trabalho e suas Subdimensões com percentual, nota e código do padrão de qualidade com sua descrição.

(Continuação)

Nº	SUBDIMENSÃO	VALOR PADRÃO	CÓDIGO	PADRÃO DE QUALIDADE
9	Organização do Apoio Matricial às Equipes SF (20%)	0,75	IV.9.4.7	Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da Equipe de Atenção Básica
		0,75	IV.9.4.8	Discussões sobre o processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica e também do próprio apoio do NASF à equipe
		0,75	IV.9.4.9	Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe
		0,75	IV.9.4.10	Realizam visitas com os profissionais da sua equipe
		0,75	IV.9.4.11	Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional
		0,75	IV.9.4.12	Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada
		1	ET - IV.9.5	O NASF participa do monitoramento dos Projetos Terapêuticos Singulares construídos em conjunto com as EAB?
		1	ET - IV.9.5/1	Existe documento que comprove?
			IV.9.6	Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da equipe AB compartilhar o caso com o NASF?
		0,2	IV.9.6.1	Encaminhamentos por escrito
		2	IV.9.6.2	Discussão de casos
		2	IV.9.6.3	Consultas compartilhadas
		0,5	IV.9.6.4	Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF
		0,2	IV.9.6.5	Contato telefônico
		0,1	IV.9.6.6	Outros
10	Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada (20%)	2,5	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?
		2,5	ET - IV.10.1/1	Tem documento que comprove?
			G - IV.10.2	O NASF avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/ sinalizadores?
		2,5	G - IV.10.2.1	Análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada
10	Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada (20%)	2,5	G - IV.10.2.2	Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF
		2,5	G - IV.10.2.3	Análise dos indicadores de saúde da população do território
		2,5	G - IV.10.2.4	Análise das situações de saúde dos casos compartilhados
		2,5	G - IV.10.2.5	Outros
		2,5	G - IV.10.2.6	Não avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas.
11	Registro das Atividades (10%)	1	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?
		1	G - IV.11.2.1	Consultas individuais do profissional do NASF
		1	G - IV.11.2.2	Consultas compartilhadas
		1	G - IV.11.2.3	Atendimentos domiciliares
		1	G - IV.11.2.4	Grupos terapêuticos
		1	G - IV.11.2.5	Encaminhamentos e condutas definidas a partir de discussão de casos
			IV.11.3	Quais dessas atividades contam com alguma outra forma de registro?
		1	IV.11.3.1	Reuniões para educação permanente
		1	IV.11.3.2	Reuniões com as equipes de AB
		1	IV.11.3.3	Grupos de educação em saúde
		1	IV.11.3.4	Outro(s)

Fonte: Adaptada pelo autor.

(Conclusão)

3.6.1.3 Dimensão Atenção Integral à Saúde

A Atenção Integral à Saúde (AIS) conforme mostra o quadro 6 mostra como acontece à cogestão do cuidado das equipes SF e a assistência para a população. Essa dimensão foi

composta por quatro subdimensões: 12) Atenção às pessoas com doenças crônicas (25%); 13) Reabilitação (25%); 14) Saúde Materno – Infantil (25%); 15) Saúde Mental (25%) e 105 padrões de qualidade.

Quadro 6 - Quadro Geral da terceira Dimensão – Atenção Integral à Saúde e suas Subdimensões, quantidade de Padrões de Qualidade, pontuação mínima e máxima de cada subdimensão.

Nº	DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES		PADRÕES DE QUALIDADE	PONTUAÇÃO	
					Mín.	Máx.
3ª	ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	12	ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS	105	0	25
		13	REABILITAÇÃO		0	25
		14	SAÚDE MATERNO – INFANTIL		0	25
		15	SAÚDE MENTAL		0	25

FONTE: Adaptado pelo autor.

O valor atribuído a cada questão/padrão de qualidade foi alcançado dividindo o número de questões pelo valor total da subcategoria.

12) Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas – Subdimensão formada por 24 questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total de 0 – 25 pontos. Todos os padrões receberam 1,042 pontos.

13) Reabilitação – Subdimensão formada por 29 questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total de 0 – 25 pontos. Todos os padrões receberam 0,862 pontos. Esse valor foi alcançado dividindo o número de questões pelo valor total da subcategoria.

14) Saúde Materno – Infantil - Subdimensão formada por 34 questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total de 0 – 25 pontos. Todos os padrões receberam 0,735 pontos. Esse valor foi alcançado dividindo o número de questões pelo valor total da subcategoria.

15) Saúde Mental - Subdimensão formada por 18 questões/padrões de qualidade, variando a pontuação total de 0 – 25 pontos. Todos os padrões receberam 1,389 pontos.

O Quadro 7 mostra detalhadamente as quatro subdimensões e as questões/padrões de qualidade que formaram cada uma com sua respectiva pontuação.

Quadro 7 - Quadro Detalhado da terceira Dimensão – Atenção Integral à Saúde e suas Subdimensões com percentual, nota e código do padrão de qualidade com sua descrição.

(Continua)

Nº	SUBDIMENSÃO	VALOR PADRÃO	CÓDIGO	PADRÃO DE QUALIDADE
12	ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS (25%)	1,042	IV.12.1	O NASF apoia e desenvolve ações de apoio ao autocuidado?
		1,042	G - IV.12.2 .1	Realização de ações que promovam o autocuidado visando a prevenção de doenças crônicas
		1,042	G - IV.12.2 .2	Avaliação do grau de motivação e capacidade de cuidar-se do usuário
		1,042	G - IV.12.2 .3	Promoção da corresponsabilização do usuário no cuidado à própria saúde
		1,042	G - IV.12.2 .4	Avaliação do conhecimento e o comportamento do usuário frente à doença
		1,042	G - IV.12.2 .5	Orientação sobre possíveis mudanças comportamentais
		1,042	G - IV.12.2 .6	Outro(s)
		1,042	IV.12.3	O NASF apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de cuidado às PDC?
			G - IV.12.4	De que forma o NASF realiza esse apoio?
		1,042	G - IV.12.4.1	Avaliação e reabilitação da condição motora
		1,042	G - IV.12.4.2	Avaliação e reabilitação da condição cardiorrespiratória
		1,042	G - IV.12.4.3	Avaliação e reabilitação de condições psicossociais
		1,042	G - IV.12.4.4	Promoção de estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico
		1,042	G - IV.12.4.5	Realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição
		1,042	G - IV.12.4.6	Realização de práticas corporais e de atividade física junto aos pólos do programa academia da saúde e/ou outros espaços
		1,042	G - IV.12.4.7	Orientações para redução de danos
		1,042	G - IV.12.4.8	Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção
		1,042	G - IV.12.4.9	Monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular proposto
		1,042	G - IV.12.4.10	Outro(s)
		1,042	IV.12.5	O NASF apoia e desenvolve ações de suporte aos familiares/cuidadores de pessoas com doenças crônicas?
			G - IV.12.6	De que forma o NASF realiza esse apoio?
		1,042	G - IV.12.6.1	Identificação, no grupo familiar, de pessoas vulneráveis neste contexto
		1,042	G - IV.12.6.2	Realização de atendimento individual aos familiares ou cuidadores na UBS ou domicílio
		1,042	G - IV.12.6.3	Realização de atendimento em grupo aos familiares ou cuidadores na UBS ou território
		1,042	G - IV.12.6.4	Orientação aos familiares ou cuidadores quanto ao compartilhamento do cuidado
		1,042	G - IV.12.6.5	Outros
13	REABILITAÇÃO (25%)	0,862	IV.13.1	O NASF apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de reabilitação?
			G - IV.13.2	De que forma o NASF realiza esse apoio?
		0,862	G - IV.13.2.1	Educação permanente das equipes de AB sobre os cuidados em reabilitação
		0,862	G - IV.13.2.2	Elaboração de PTS considerando a importância da promoção da inclusão social
		0,862	G - IV.13.2.3	Grupos de prevenção e promoção de saúde no cuidado das pessoas com necessidade de reabilitação (Ex: Grupo de coluna, grupo de caminhada, grupo de oficinas laborais etc.)
		0,862	G - IV.13.2.4	Ações de Reabilitação no domicílio
		0,862	G - IV.13.2.5	Atendimento individual (AI) ou coletiva nos casos de distúrbios osteomusculares
		0,862	G - IV.13.2.6	Atendimento individual ou coletiva nos casos de distúrbios neuromusculares
		0,862	G - IV.13.2.7	Atendimento individual ou coletiva nos casos de distúrbios reumatológicos
		0,862	G - IV.13.2.8	Atendimento individual ou coletiva nos casos de distúrbios uroginecológicos
		0,862	G - IV.13.2.9	AI ou coletiva nos casos de sofrimento psíquico e/ou transtorno mental
		0,862	G - IV.13.2.10	Articulação intersetorial para promoção da inclusão social
		0,862	G - IV.13.2.11	Promoção da corresponsabilização do usuário no cuidado à própria saúde
		0,862	G - IV.13.2.12	Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção
		0,862	G - IV.13.2.13	Outro
		0,862	IV.13.3	O NASF realiza ações para o cuidado das pessoas com deficiências?
			G - IV.13.4	Quais ações são realizadas para o cuidado das pessoas com deficiências?
		0,862	G - IV.13.4.1	Mantém registro das pessoas com deficiência no seu território de atuação
		0,862	G - IV.13.4.2	Avaliação e reabilitação da condição motora
		0,862	G - IV.13.4.3	Avaliação e reabilitação da condição cardiorrespiratória
		0,862	G - IV.13.4.4	Avaliação e reabilitação de condições psicossociais
		0,862	G - IV.13.4.5	Avaliação e apoio no atendimento e encaminhamento social
		0,862	G - IV.13.4.6	Avaliação e encaminhamento para uso de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção.
		0,862	G - IV.13.4.7	Habilitação/adaptação ao uso de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção nas atividades de vida diária.
		0,862	G - IV.13.4.8	Avaliação do grau de autonomia e capacidade de realização de atividades de vida diária

Quadro 7 - Quadro Detalhado da terceira Dimensão – Atenção Integral à Saúde e suas Subdimensões com percentual, nota e código do padrão de qualidade com sua descrição.

(Continuação)

Nº	SUBDIMENSÃO	VALOR PADRÃO	CÓDIGO	PADRÃO DE QUALIDADE
		0,862	G - IV.13.4.9	Realização de ações que promovam o autocuidado
		0,862	G - IV.13.4.10	Avaliação e adaptação das condições do domicílio
		0,862	G - IV.13.4.11	Realiza orientações aos cuidadores e/ou familiares
		0,862	G - IV.13.4.12	Promoção e estimulação da inserção da pessoa com deficiência em atividades esportivas, laborais e de lazer
		0,862	G - IV.13.4.13	Dá suporte a identificação precoce de alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento nas crianças
		0,862	G - IV.13.4.14	Outro
14	SAÚDE MATERNO-INFANTIL (25%)	0,735	IV.14.1	O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para mulheres?
			G - IV.14.2	Esse apoio se dá por meio de ações de:
		0,735	G - IV.14.2.1	Prevenção do câncer de mama e de colo uterino
		0,735	G - IV.14.2.2	Identificação de necessidades e cuidado no climatério e na menopausa
		0,735	G - IV.14.2.3	Identificação e abordagem de questões de gênero e sexualidade
		0,735	G - IV.14.2.4	Construção de Projeto Terapêutico Singular no caso de agravos ginecológicos
		0,735	G - IV.14.2.5	Reconhecimento e atendimentos dos casos de violência contra a mulher
		0,735	G - IV.14.2.6	Acompanhamento das mulheres em situação de vulnerabilidade social
		0,735	G - IV.14.2.7	Fortalecimentos das atividades de prevenção e tratamento a DST/AIDS
		0,735	G - IV.14.2.8	Outros
		0,735	IV.14.3	O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas?
			G - IV.14.4	Quais ações o NASF realiza para o cuidado da saúde da mulher?
		0,735	G - IV.14.4.1	Planejamento sexual e reprodutivo
		0,735	G - IV.14.4.2	Atendimento às necessidades psicossociais da mulher
		0,735	G - IV.14.4.3	Oferta atividades específicas para este momento do ciclo de vida (ex: orientação alimentar, práticas corporais, grupos, etc)
		0,735	G - IV.14.4.4	Construção e acompanhamento de Projeto Terapêutico Singular nos casos de gestação de alto risco
		0,735	G - IV.14.4.5	Acompanhamento de visitas domiciliares no puerpério, auxiliando a equipe na identificação de necessidades de cuidado e nas intervenções
		0,735	G - IV.14.4.6	Outros
		0,735	IV.14.5	O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do território?
			G - IV.14.6	Esse apoio se dá por meio de ações de:
		0,735	G - IV.14.6.1	Acompanhamento individual da criança
		0,735	G - IV.14.6.2	Atendimento domiciliar à criança com algum agravo
		0,735	G - IV.14.6.3	Orientações aos familiares
		0,735	G - IV.14.6.4	Atendimento às situações em que há dificuldade na relação entre pais ou cuidadores e crianças
		0,735	G - IV.14.6.5	Apoio na avaliação dos casos, identificando necessidades de cuidado
		0,735	G - IV.14.6.6	Suporte na identificação precoce de alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento nas crianças
		0,735	G - IV.14.6.7	Elaboração de PTS considerando o ambiente familiar, sociocultural e escolar
		0,735	G - IV.14.6.8	Articulação com escola e com o Programa Saúde na Escola, se houver
		0,735	G - IV.14.6.9	Outros
		0,735	IV.14.7	O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para as crianças com agravos à saúde?
			G - IV.14.8	Esse apoio se dá por meio de ações de:
		0,735	G - IV.14.8.1	Acompanhamento das crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes (ex: deficiência de ferro e vitamina A)
		0,735	G - IV.14.8.2	Acompanhamento das crianças com dificuldades no aleitamento materno ou na alimentação complementar
		0,735	G - IV.14.8.3	Acompanhamento das crianças prematuras ou que tiveram restrição do crescimento intrauterino
		0,735	G - IV.14.8.4	Acompanhamento das crianças em situação de vulnerabilidade social
		0,735	G - IV.14.8.5	Acompanhamento das crianças com atraso ou dificuldades no desenvolvimento (mental, físico, fonoaudiológico ou visual)
		0,735	G - IV.14.8.6	Suporte às equipes nas decisões acerca dos encaminhamentos para outros pontos de atenção
		0,735	G - IV.14.8.7	Outro
15	SAÚDE MENTAL (25%)	1,389	IV.15.1	O NASF discute, atende e acompanha, junto com a equipe de AB, pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental?
			G - IV.15.2	Quais ações o NASF realiza para o cuidado em saúde mental?

Quadro 7 - Quadro Detalhado da terceira Dimensão – Atenção Integral à Saúde e suas Subdimensões com percentual, nota e código do padrão de qualidade com sua descrição.

(Continuação)

Nº	SUBDIMENSÃO	VALOR PADRÃO	CÓDIGO	PADRÃO DE QUALIDADE
15	SAÚDE MENTAL (25%)	1,389	G - IV.15.2.1	Participa de discussão e pactuação com as equipes sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos de saúde mental na própria atenção básica
		1,389	G - IV.15.2.2	Dá suporte às equipes nas decisões acerca do compartilhamento dos casos com outros pontos de atenção
		1,389	G - IV.15.2.3	Realiza acompanhamento individual ao usuário e/ou seu grupo familiar
		1,389	G - IV.15.2.4	Realiza atendimento domiciliar conjuntas ao usuário e/ou seu grupo familiar
		1,389	G - IV.15.2.5	Auxilia a equipe no manejo ou redução da dose dos psicofármacos
		1,389	G - IV.15.2.6	Organiza grupos terapêutico
		1,389	G - IV.15.2.7	Articula o cuidado com outros Dispositivos da rede de atenção (exemplo: CAPS, CAPS AD)
		1,389	G - IV.15.2.8	Outros
		1,389	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?
			G - IV.15.4	Quais ações o NASF realiza para o cuidado das pessoas com uso abusivo, prejudicial de álcool e outras drogas?
		1,389	G - IV.15.4.1	Contribui para atenção humanizada ao usuário de substâncias psicoativas e/ou seu grupo familiar
		1,389	G - IV.15.4.2	Acompanhamento individual ao usuário e/ou seu grupo familiar
		1,389	G - IV.15.4.3	Atendimento domiciliar ao usuário e/ou seu grupo familiar
		1,389	G - IV.15.4.4	Auxílio à equipe no manejo ou redução da dose dos psicofármacos
		1,389	G - IV.15.4.5	Organização de grupo terapêutico
		1,389	G - IV.15.4.6	Articulação com outros dispositivos da rede de atenção (exemplo: CAPS e CAPS AD)
		1,389	G - IV.15.4.7	Atividades de prevenção do uso de substâncias psicoativas em escolas ou outros espaços do território
		1,388	G - IV.15.4.8	Outros

FONTE: Adaptado pelo autor.

(Conclusão)

3.6.2 Classificação das equipes NASF

Ao final da análise dos padrões de qualidade em cada Dimensão as equipes foram classificadas de acordo com o desempenho alcançado em cinco categorias, conforme mostrado no Quadro 8. Essa classificação foi baseada em uma escala Likert, com variação numérica de 0 – 100, que corresponde a soma da pontuação alcançada pela equipe.

Quadro 8 – Escala de Classificação do desempenho de acordo com a pontuação alcançada.

Classificação	Faixa
Muito Insatisfatório	00 – 19,99
Insatisfatório	20 – 39,99
Regular	40 – 59,99
Satisfatório	60 – 79,99
Muito Satisfatório	80 – 100

Fonte: Brasil, 2011c.

3.6.3 Agrupamentos das equipes NASF de acordo com o IPRS

Para o desenvolvimento do estudo, os municípios foram agrupados segundo a classificação do Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS, criado em 2001, por meio da parceria Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – Seade e o Instituto do Legislativo Paulista – ILP. Este índice é considerado uma ferramenta estratégica de gestão e planejamento para os serviços públicos dos 645 municípios do Estado (São Paulo, 2014).

Os 47 municípios que participaram da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ com suas respectivas equipes NASF foram agrupadas de acordo com o IPRS, apresentado no Quadro 9.

Quadro 9 – Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) com a sua descrição, número de equipes NASF agrupadas de acordo com os municípios.

IPRS	DESCRIÇÃO	Nº equipes NASF	Municípios
1	Riqueza Alta e Indicadores Sociais Bons	25	10
2	Riqueza Alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios	21	9
2 (SP)	Riqueza Alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios	72	1
3	Riqueza Baixa e Indicadores Sociais Bons	16	13
4	Riqueza Baixa e Indicadores Sociais Intermediários	11	10
5	Riqueza Baixa e Indicadores Sociais Insatisfatórios	4	4

FONTE: Adaptado pelo autor.

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 1, que traduz Riqueza Alta e Indicadores Sociais Bons, resultou um grupo formado por 25 equipes NASF de 10 municípios, apresentado no Quadro 10.

Quadro 10 -Municípios com suas respectivas equipes NASF agrupados de acordo com IPRS 1, RRAS e Região Administrativa.

Município	NASF	IPRS	RRAS	Região Administrativa
Amparo	2	1	15	RA Campinas
Araçatuba	4	1	12	RA Araçatuba
Araraquara	1	1	13	RA Central
Cordeirópolis	1	1	14	RA Campinas
Itatiba	2	1	16	RA Campinas
Jacareí	1	1	17	RM Vale do Paraíba e Litoral Norte
Monte Mor	1	1	15	RA Campina
São Bernardo do Campo	10	1	1	SM São Paulo
São Caetano do Sul	2	1	1	SM São Paulo
São Carlos	1	1	13	RA Central

FONTE: Desenvolvido pelo autor.

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 2, caracteriza-se por possuírem um alto índice de Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios, resultou um grupo formado por 21 equipes NASF de 10 municípios, apresentado no Quadro 11.

Quadro 11 – Municípios com suas respectivas equipes NASF agrupados de acordo com IPRS 2, RRAS e Região Administrativa.

Município	NASF	IPRS	RRAS	Região Administrativa
Botucatu	1	2	9	RA Sorocaba
Caçapava	1	2	17	RM São Paulo
Cubatão	1	2	7	RA Baixada Santista
Descalvado	1	2	13	RA Central
Embu das Artes	1	2	4	RM São Paulo
Guaira	1	2	13	RA Barretos
Guarulhos	6	2	2	RM São Paulo
Mauá	7	2	1	RM São Paulo
Praia Grande	2	2	7	RA Baixada Santista
São Paulo	74	2	6	RM São Paulo

FONTE: Desenvolvido pelo autor.

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 3, caracteriza-se por possuírem um baixo índice de Riqueza e bons Indicadores Sociais, resultou um grupo formado por 16 equipes NASF de 13 municípios, apresentado no Quadro 12.

Quadro 12 – Municípios com suas respectivas equipes NASF agrupados de acordo com IPRS3, RRAS e Região Administrativa.

Município	NASF	IPRS	RRAS	Região Administrativa
Altinópolis	1	3	13	RA Ribeirão Preto
Andradina	1	3	12	RA Araçatuba
Birigui	2	3	12	RA Araçatuba
Guapiaçu	1	3	12	RA São José do Rio Preto
Itapetininga	1	3	8	RA Sorocaba
Jales	1	3	12	RA São José do Rio Preto
Marília	3	3	10	RA Marília
Osvaldo Cruz	1	3	10	RA Presidente Prudente
Piraju	1	3	9	RA Itapeva
Santa Fé do Sul	1	3	12	RA São José do Rio Preto
São João da Boa Vista	1	3	15	RA Campinas
Sud Mennucci	1	3	12	RA Araçatuba
Votuporanga	1	3	12	RA São José do Rio Preto

FONTE: Desenvolvido pelo autor.

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 4, caracteriza-se por possuírem um alto índice de Riqueza e Indicadores Sociais Intermediários, resultou um grupo de 11 equipes NASF de 10 municípios.

Quadro 13 – Municípios com suas respectivas equipes NASF agrupados de acordo com IPRS4, RRAS e Região Administrativa.

Município	NASF	IPRS	RRAS	Região Administrativa
Bragança Paulista	2	4	16	RA Campinas
Cachoeira Paulista	1	4	17	RM São Paulo
Capão Bonito	1	4	8	RA Itapeva
Itapeva	1	4	8	RA Itapeva
Ituverava	1	4	13	RA Franca
Junqueirópolis	1	4	11	RA Presidente Prudente
Presidente Prudente	1	4	11	RA Presidente Prudente
Tupã	1	4	10	RA Marília
Tupi Paulista	1	4	11	RA Presidente Prudente
Urânia	1	4	12	RA São José do Rio Preto

FONTE: Desenvolvido pelo autor.

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 5, traduz baixo índice de Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios, resultou um grupo formado por 4 equipes NASF de 4 municípios.

Quadro 14 – Municípios com suas respectivas equipes NASF agrupados de acordo com IPRS5, RRAS e Região Administrativa.

Município	NASF	IPRS	RRAS	Região Administrativa
Cafelândia	1	5	9	RA Bauru
Penápolis	1	5	12	RA Araçatuba
Peruíbe	1	5	7	RA Baixada Santista
Registro	1	5	7	RA Registro

FONTE: Desenvolvido pelo autor.

3.7 Aspectos Éticos 30617548

O projeto foi submetido na Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sendo aprovado com número CAAE 57326916.2.0000.5392 (anexo 1).

O uso do banco de dados foi autorizado pelo coordenador do projeto de pesquisa e desenvolvimento integrado à Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (anexo 2).

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

Dos 645 municípios que compõe o Estado de São Paulo, 47 municípios (7,3 %) cadastraram – se no 2º Ciclo do PMAQ/AB – NASF, sendo 74 equipes NASF (49,0 %) do município de São Paulo e 77 equipes NASF (51,0 %) de outros municípios. Participaram do programa 151 equipes NASF, todavia foram disponibilizadas 149 entrevistas, o que corresponde a 98,67 % das equipes que responderam ao questionário aplicado na Avaliação Externa.

A síntese dos resultados das 149 equipes NASF é apresentada (Tabela 2) de acordo com os agrupamentos formados a partir do IPRS, conforme a classificação do desempenho nas três dimensões: “Gestão/Coordenação NASF”, “Organização do Processo de Trabalho”, “Atenção Integral à Saúde”.

Tabela 2 – Tabela panorâmica com a distribuição das 149 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS, conforme classificação do desempenho nas dimensões Gestão/Coordenação NASF (GCN), Organização do Processo de Trabalho (OPT) e Atenção Integral à Saúde (AIS). São Paulo, 2016.

Agrupamentos		IPRS 1			IPRS 2			IPRS 3			IPRS 4			IPRS 5			IPRS 2 – SP		
Dimensões		GCN	OPT	AIS	GCN	OPT	AIS	GCN	OPT	AIS	GCN	OPT	AIS	GCN	OPT	AIS	GCN	OPT	AIS
Classificação do Desempenho	Muito																		
	Insatisfatório			1			2							1		1			
	Insatisfatório	1		3	2		1	1		2			1		1				
	Regular	9	5	6	4	7	8	6	4	4	4	1	5			1	8	3	3
	Satisfatório	12	10	8	12	8	5	4	7	4	6	7	2	2	2	2	25	24	22
	Muito																		
	Satisfatório	3	10	7	3	6	5	5	5	6	1	3	3	1	1		39	45	47
Percentual Geral (%)		60,0	80,0	60,0	71,4	66,6	47,6	56,2	75,0	62,5	63,6	90,9	45,4	75,0	75,0	50,0	88,8	95,8	95,8

FONTE: Desenvolvido pelo autor.

Observou-se, que na dimensão Gestão/Coordenação NASF, 88,8% das equipes NASF do município de São Paulo alcançaram alto desempenho, sendo 35,0% satisfatório e 52,2% muito satisfatório, enquanto a média das equipes NASF dos outros municípios alcançou 65,4%, sendo 47,0% satisfatório e 17,0% muito satisfatório. Nesta dimensão, as equipes NASF agrupadas no agrupamento IPRS 5, foram as que obtiveram melhor desempenho (75,0%).

Analisando, ainda, o desempenho das equipes NASF nesta dimensão (Tabela 2), observa-se que nos municípios com alta riqueza e bons indicadores sociais (IPRS1) as equipes alcançaram 60,0%, nos municípios com alta riqueza e indicadores sociais insatisfatórios (IPRS 2) obtiveram 71,4%, nos municípios com baixa riqueza e bons indicadores sociais (IPRS 3) alcançaram 56,2%, nos municípios com baixa riqueza e indicadores sociais intermediários (IPRS 4) o desempenho foi de 63,6%.

O tipo de gestão/coordenação direta (IV. 5.2) foi observado em 64 (88,8%) equipes NASF da capital, enquanto 30 (38,9%) equipes NASF dos outros municípios tinham coordenação direta e 4 (2,7%) estavam sem coordenador em nenhuma instância, sendo duas equipes da capital, uma equipe do agrupamento IPRS 2 e uma do IPRS 5. Essas equipes correspondem a 22 (46,8%) municípios que participaram do PMAQ/AB – NASF.

Os resultados mostraram que 124 (83,2%) equipes NASF realizavam reunião com o coordenador da equipe (IV.5.3) e 21 (14,1%) não realizavam com periodicidade definida. Analisando as 21 (14,1%) equipes NASF que realizavam reunião sem periodicidade definida, cinco equipes eram do município de São Paulo e dezesseis equipes dos outros municípios, sendo: quatro equipes de quatro municípios no IPRS 1, quatro equipes de quatro municípios no IPRS 2, quatro equipes de quatro municípios no IPRS 3, quatro equipes de três municípios no IPRS 4. Esses resultados mostram que 21,0% dos outros municípios não reservaram na agenda das equipes NASF momento para organizar o trabalho, enquanto esse percentual cai para 7,0% nos casos relacionados às equipes da capital. Também mostra que mais de 30,0% destes municípios não organizavam espaço na agenda das equipes e do coordenador para gestão do trabalho.

O planejamento mensal das ações foi realizado por 119 equipes NASF (80,0%) do estado (IV.7.4.1) e 14 equipes (9,4%) planejavam suas ações com periodicidade diferentes – semanal, trimestral, semestral ou anual (IV.7.5.1). O planejamento compartilhado com as equipes SF era realizado por 90,0% das equipes NASF (IV.7.7).

As 16 equipes NASF (10,6%) que não realizavam o planejamento e a programação das ações (IV.7.4.1 e IV.7.5.1), eram de onze municípios diferentes de acordo com os agrupamentos do IPRS: dois municípios – IPRS 1; três municípios - IPRS 2, incluindo uma equipe do município de São Paulo; quatro municípios - IPRS 3; um município – IPRS 4; um município - IPRS 5. As equipes NASF dos municípios que menos realizavam o planejamento e programação das ações NASF pertencem ao agrupamento IPRS 3.

Analisando as quatro equipes NASF com desempenho insatisfatório e a equipe com desempenho muito insatisfatório na dimensão GCN, observou-se que nenhuma das equipes realizavam o planejamento das suas ações (IV.7.4.1), assim como também não realizavam o planejamento compartilhado com as equipes SF (IV.7.5.1).

Os resultados mostraram que 102 equipes NASF (68,5%) realizavam o monitoramento e a análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho (ET-IV.7.9/1). Analisando esses resultados, observou-se que 62 (83,3%) equipes NASF eram do município de São Paulo e 40 (59,0%) equipes NASF dos demais municípios. As equipes da capital tinham, de alguma forma, a sistematização do monitoramento do processo de trabalho melhor que as equipes dos outros municípios.

A análise dos dados mostra que 84,5% das equipes NASF realizaram algum processo de autoavaliação nos últimos doze meses (IV.7.10/1), sendo que 77,0% destas equipes utilizaram o AMAQ como principal instrumento (IV.7.11.1). Somente 61,7% dos gestores disponibilizaram os desafios apontados na autoavaliação para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento das ações (IV.7.3.5).

Na dimensão Organização do Processo de Trabalho, observou-se que o 95,8% das equipes NASF do município de São Paulo alcançaram desempenho satisfatório e muito satisfatório, enquanto a média do percentual das equipes NASF dos outros municípios alcançou 77,5%. Nesta dimensão 90,9% das equipes NASF agrupadas no IPRS 4 obtiveram melhor desempenho.

Analisando o desempenho das equipes NASF na dimensão OPT (Tabela 2), observa-se que: nos municípios com alta riqueza e bons indicadores sociais (IPRS1) as equipes alcançaram 80,0%; nos municípios com alta riqueza e indicadores sociais insatisfatórios (IPRS 2), obtiveram 66,6%; nos municípios com baixa riqueza e bons indicadores sociais (IPRS 3), alcançaram 62,5%, nos municípios com baixa riqueza e indicadores sociais insatisfatórios (IPRS 5) o desempenho foi de 75,0%. Nesta dimensão, as equipes dos municípios agrupadas no IPRS 2 obtiveram o desempenho mais baixo.

A análise dos dados na dimensão Organização do Processo de Trabalho mostrou que 91,3% das equipes NASF dedicaram um tempo semanal ou quinzenal para reunião interna (IV.9.1). As treze equipes NASF (8,7%) que não reservavam esse momento na agenda correspondem a 23,4% dos municípios que participaram do 2º ciclo do PMAQ. Esses municípios pertenciam a diferentes agrupamentos segundo o IPRS (um município IPRS 1, quatro municípios IPRS 2, um município IPRS 3, dois municípios IPRS 4 e dois municípios IPRS 5). Esses municípios equivalem a 21,7% do total de participantes. Esses resultados mostraram que os municípios que menos reservavam espaço de cogestão para organização do

processo de trabalho das equipes NASF foram do agrupamento IPRS 5 (50,0%) e do IPRS 2 (44,4%). Duas equipes NASF (2,7%) da capital responderam que não organizavam o processo de trabalho.

Das 149 equipes NASF que participaram da avaliação externa, 144 (97,0%) equipes realizavam reunião com as equipes SF com periodicidade definida (IV.9.3). As cinco equipes que não tinham periodicidade definida para realizar atividades/encontros com as equipes SF pertenciam a quatro municípios sendo dois do IPRS 2, um IPRS 3 e um do IPRS 4. Esses municípios correspondem a quase dez por cento (8,6%) do total dos municípios participantes e 22,2% dos municípios agrupados no IPRS 2.

Na dimensão Atenção Integral à Saúde a análise dos resultados, mostra que 95,8% das equipes alcançaram desempenho satisfatório e muito satisfatório do município de São Paulo, enquanto o percentual médio das equipes dos outros municípios alcançou 53,1%. As equipes NASF do agrupamento IPRS 3, obtiveram melhor desempenho (62,5%). Nesta dimensão, a diferença no desempenho das equipes NASF da capital e dos outros municípios foi o maior 42,7%.

Analisando o desempenho das equipes NASF na dimensão Atenção Integral à Saúde apresentado na Tabela 2, observa-se que nos municípios com alta riqueza e bons indicadores sociais (IPRS1) as equipes alcançaram 60,0%; nos municípios com alta riqueza e indicadores sociais insatisfatórios (IPRS 2) obtiveram 47,6%; nos municípios com baixa riqueza e indicadores sociais intermediários (IPRS 4) o desempenho foi de 45,4% e nos municípios com baixa riqueza e indicadores sociais insatisfatórios (IPRS 5) alcançaram desempenho de 50,0%.

Os achados da pesquisa mostraram que 96,0% das equipes NASF realizavam ações compartilhadas com as equipes SF relacionadas à Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (IV.12.3); 89,0% apoiavam e desenvolveram ações estratégicas de Reabilitação (IV.13.1); 94,0% realizavam ações para saúde da mulher (IV.14.1), 88,6% desenvolveram ações voltadas para as mulheres que desejam engravidar, gestantes e puérperas (IV.14.3), 91,3% apoiaram e desenvolveram ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do território; 96,0% das equipes NASF discutiram, atenderam e acompanharam junto com as equipes SF as pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental.

Analisando as seis equipes (4,0%) que não realizavam a atenção às pessoas com doenças crônicas de acordo com o IPRS, os achados indicam que esse cuidado não era oferecido em seis municípios dos diferentes agrupamentos – dois municípios IPRS 1 – 8,0%, três municípios IPRS 2 – 14,3%, um município IPRS 4 – 9,0%. Os resultados mostraram que os municípios que deixaram de realizar esse tipo de ação são principalmente os municípios com alta riqueza e indicadores sociais insatisfatórios - IPRS 2, excluindo deste agrupamento as equipes do município de São Paulo, pois todas desenvolveram ações para essa população.

A análise dos dados nos cinco agrupamentos mostrou que doze equipes NASF não realizavam ações de corresponsabilização do usuário com a própria saúde (12.2.3). Distribuindo as equipes por municípios os resultados mostraram que cinco equipes (20,0%) de 2 municípios (20,0%) pertenciam ao agrupamento IPRS 1; três equipes (14,3%) de dois municípios IPRS 2 (20,0%); três equipes NASF (18,7%) de dois municípios (15,4%) do IPRS 3; uma equipe (0,9%) de um município (10,0%) do IPRS 4.

Observou – se que vinte e sete equipes NASF deixaram de realizar grupos de prevenção e promoção (13.2.3) nos cinco agrupamentos. Oito equipes (32,0%) de dois municípios (20,0%) do IPRS 1; oito equipes (38,1%) de cinco municípios (55,5%) do IPRS 2 e quatro equipes NASF (5,5%) da capital; três equipes (18,7%) de três municípios (23,1%); três equipes (27,3%) de três municípios (30,0%) do IPRS 4 e uma equipe (25,0%) de um município (25,0%). Os municípios que menos ofereciam atividades voltadas para a prevenção, promoção e ações de corresponsabilização pertenciam ao agrupamento do IPRS 2.

Outra análise importante dos resultados mostrou que quatorze equipes NASF deixou de realizar ações de prevenção (12.2.1). Distribuindo essas equipes por municípios cinco equipes NASF (20,0%) de três municípios (30,0%) pertenciam ao IPRS 1; duas equipes NASF (9,5%) de dois municípios (20,0%) e três equipes NASF da capital (4,2%) do IPRS 2; duas equipes (12,5%) de dois municípios (15,4%) do IPRS 3 e uma equipe (0,9%) de um município (10,0%). As equipes NASF dos municípios do IPRS 1 foram as que menos desenvolveram ações de prevenção.

A análise das equipes NASF que não realizavam ações de reabilitação (IV13.1), relacionando-as aos seus respectivos municípios mostrou que as dezesseis equipes pertenciam a doze municípios nos cinco agrupamentos, sendo: dois municípios – IPRS1; quatro municípios – IPRS 2; dois municípios – IPRS 3; três municípios – IPRS 4 e um município –

IPRS 5. Os municípios que menos desenvolveram ações voltadas para a população com objetivo de realizar ações terapêuticas são do agrupamento IPRS 2. Esses doze municípios que realizaram ações de reabilitação equivalem a 25,5% do total dos municípios que participaram do 2º ciclo da avaliação externa do PMAQ. Todas as equipes NASF do município de São Paulo desenvolveram ações de reabilitação junto com as equipes SF.

A terceira subdimensão analisada na dimensão AIS foi Materno – Infantil, observou-se que 11,4% das equipes NASF não desenvolveram ações voltadas para saúde da mulher (IV.14.1; IV.14.3). A análise mostrou que as equipes de acordo com os agrupamentos do IPRS, pertenciam a quatorze municípios, sendo: quatro municípios IPRS 1 (36,4%), dois municípios IPRS 2 (22,2%), cinco municípios IPRS 3 (41,7%), um município IPRS 4 (10,0%) e um município IPRS 5 (25,0%). Esses municípios equivalem a 30% do total de participantes no 2º ciclo da avaliação externa do PMAQ.

A análise ainda mostrou que os municípios que menos desenvolvem ações voltadas para saúde da mulher, por meio das equipes NASF, pertenciam ao agrupamento IPRS 3 (41,6%), agrupamento IPRS 1 (36,3%). No município de São Paulo, 4,2% das equipes NASF não desenvolveram ações para essa população.

A presente pesquisa mostrou que 8,7% das equipes NASF deixaram de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças do território de referência (IV.14.5). De acordo com IPRS, os resultados indicaram que 10 municípios não desenvolveram ações para essa população por meio das equipes NASF. Esses municípios equivalem 21,2% do total de participantes do 2º ciclo do PMAQ, sendo: um município IPRS 1, quatro municípios IPRS 2, um município IPRS3 e quatro municípios IPRS 4.

Os municípios que menos desenvolveram ações voltadas para o crescimento e desenvolvimento da criança foram os que pertenciam aos agrupamentos IPRS 2 (44,4%) e IPRS 4 (40,0%). Duas equipes NASF (2,7%) do município de São Paulo também não desenvolveram ações voltadas para saúde da criança.

Por fim, a análise da subdimensão Saúde Mental, mostrou que 4,0% das equipes NASF não apoiaram as equipes SF no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental (IV.15.1). Os resultados relacionando essas equipes NASF aos seus respectivos municípios mostraram que as seis equipes NASF pertenciam a cinco municípios de diferentes agrupamentos, sendo: um município IPRS 1, dois municípios IPRS 2, um

município IPRS 4 e dois municípios IPRS 5. Todas as equipes NASF do agrupamento IPRS 3 e do município de São Paulo desenvolveram ações voltadas em saúde mental.

Analisando os resultados, observou-se que os municípios que menos desenvolveram ações voltadas para a população com sofrimento psíquico e/ou saúde mental pertenciam ao agrupamento IPRS 5 (50,0%), ou seja, a população mais vulnerável está recebendo menos cuidado em saúde mental. Todas as equipes NASF do município de São Paulo desenvolviam ações voltadas para saúde mental.

Dentre as intervenções voltadas para a Atenção Integral à Saúde oferecida pelas equipes NASF para a população estão os atendimentos individuais e os compartilhados com as equipes SF. A análise dos dados mostrou que trinta e sete equipes NASF não realizavam atendimento individual e dezenove equipes não realizavam ações compartilhadas.

Organizando as equipes por município, observou – se que seis equipes (24,0%) de três municípios (30,0%) pertenciam ao IPRS; quatro equipes (19,0%) de dois municípios (20,0%) e dezenove equipes (26,4%) da capital do IPRS 2; três equipes (18,7%) de três municípios (23,1%) do IPRS 3; três equipes (27,3%) de três municípios (30,0%) do IPRS 4 e duas equipes (50,0%) de dois municípios (50,0%) do IPRS 5.

A análise das ações compartilhadas mostrou que duas equipes (8,0%) de dois municípios (20,0%) do IPRS1; quatro equipes (19,0%) de dois municípios (20,0%) e oito equipes da capital (11,1%) do IPRS 2; uma equipe (6,2%) de um municípios (7,7%) do IPRS 3; duas equipes (18,2%) de dois municípios(20,0%) do IPRS 4 e duas equipes (50,0%) de dois municípios (50,0%) do IPRS 5.

As equipes dos municípios agrupados no IPRS 5 são as que menos realizaram atendimentos individuais e compartilhados, mas em média 27,0% das equipes em todos os agrupamentos não realizaram atendimentos individuais e 20,0% não realizaram atendimentos compartilhados.

Na sequência, os resultados das equipes NASF foram detalhados de acordo com os agrupamentos do IPRS, nas respectivas dimensões e subdimensões. No final da apresentação dos cinco agrupamentos dos outros municípios do Estado apresentamos os resultados e as análises das equipes NASF do município de São Paulo.

4.1 Análise da Dimensão Gestão/Coordenação NASF de acordo com o IPRS – Excluindo as equipes da Capital

4.1.1 Dimensão Gestão/Coordenação NASF de acordo com os municípios com alta riqueza e bons indicadores sociais (IPRS 1)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 1, que traduz Riqueza Alta e Indicadores Sociais Bons resultou num grupo formado por 25 equipes NASF de 11 municípios.

Distribuindo os resultados alcançados na avaliação destas equipes, segundo a classificação geral da dimensão Gestão/Coordenação NASF (Tabela 3), mostraram que, no conjunto das 25 equipes, nenhuma teve seu desempenho considerado como muito insatisfatório (0 – 19,99). A equipe -22- que obteve desempenho insatisfatório alcançou uma pontuação próxima ao desempenho regular. Na subdimensão Organização da Gestão e Coordenação a pontuação desta equipe ficou abaixo da média esperada, pois a equipe não possui Coordenador Específico do NASF na Atenção Básica e não realiza reuniões com o Coordenador da Região/Distrito do município periodicamente. Nas subdimensões Educação Permanente e Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada zerou a pontuação, ou seja, não cumpriu com nenhum dos padrões de qualidade exigidos.

Tabela 3 – Distribuição das 25 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 1 (Alta Riqueza e Bons Indicadores Sociais, conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.

(Continua)

Dimensão Gestão/Coordenação NASF								
Subdimensão segundo valor máximo de pontuação								
Equipe NASF	Estrutura física	Organização da Gestão e Coordenação	Educação permanente	Planejamento das ações	Organização do Apoio Matricial	Gestão da Demanda e da atenção compartilhada	Total de Pontuação	Classificação do Desempenho
	15	30	10	15	10	20	100	
1	8,00	20,00	0,00	8,25	7,00	10,00	53,00	R
2	7,00	30,00	2,75	9,50	6,00	2,50	58,00	R
3	5,50	20,00	6,50	9,50	0,00	2,50	44,25	R
4	11,50	20,00	8,75	12,25	6,00	15,00	73,75	S
5	6,50	30,00	6,25	7,50	0,00	0,00	50,50	R
6	8,50	30,00	9,00	13,25	6,00	10,00	77,00	S
7	10,00	30,00	0,00	10,00	0,00	0,00	49,75	R
8	14,00	20,00	1,00	12,75	3,00	7,50	58,50	R
9	9,50	30,00	4,75	8,75	0,00	7,50	60,75	S

Tabela 3 – Distribuição das 25 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 1 (Alta Riqueza e Bons Indicadores Sociais, conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.

(Continuação)

Equipe NASF	Dimensão Gestão/Coordenação NASF						Total de Pontuação	Classificação do Desempenho
	Subdimensão segundo valor máximo de pontuação							
	Estrutura física	Organização da Gestão e Coordenação	Educação permanente	Planejamento das ações	Organização do Apoio Matricial	Gestão da Demanda e da atenção compartilhada		
	15	30	10	15	10	20	100	
10	7,50	30,00	6,50	12,25	3,00	12,50	72,00	S
11	14,00	20,00	4,25	12,75	10,00	15,00	76,25	S
12	9,50	20,00	0,00	11,50	10,00	17,50	68,75	S
13	8,00	20,00	8,75	11,75	3,00	0,00	51,75	R
14	14,00	20,00	7,75	13,75	10,00	12,50	78,25	S
15	11,00	20,00	7,25	10,00	10,00	5,00	63,50	S
16	10,00	30,00	6,50	11,50	10,00	12,50	80,75	MS
17	8,00	20,00	7,50	12,25	10,00	0,00	58,00	R
18	9,00	20,00	8,50	11,75	7,00	5,00	61,50	S
19	11,00	20,00	8,50	12,00	10,00	15,00	76,75	S
20	8,00	20,00	8,75	9,00	10,00	0,00	56,00	R
21	14,00	20,00	9,00	13,75	10,00	15,00	82,00	MS
22	9,00	10,00	0,00	12,75	7,00	0,00	39,00	I
23	14,00	20,00	8,50	13,75	10,00	17,50	84,00	MS
24	13,00	20,00	9,25	13,75	10,00	12,50	78,75	S
25	11,00	20,00	7,75	8,50	7,00	7,50	62,00	S

FONTE: Desenvolvido pelo autor.

Observam-se diferenças nas equipes com desempenho regular (40 – 59,99). Na subdimensão Estrutura Física as equipes -3 e 5- não atingiram a pontuação média esperada. Na Educação Permanente, quatro equipes ficaram com pontuação abaixo do esperado para a subdimensão (2, 8, 9, 11) e, quatro equipes (1, 7, 12, 22) zeraram a pontuação.

Em Organização do Apoio Matricial cinco equipes (3, 5, 7, 8, 13) ficaram abaixo da média esperada nesta subdimensão e as equipes (3, 5, 7) não cumpriram nenhum padrão de qualidade solicitado.

A pontuação de oito equipes com o desempenho regular foi abaixo da média esperada na subdimensão Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada e cinco equipes obtiveram nota zero (5, 7, 13, 17, 20).

Neste agrupamento o pior desempenho – pontuação zero - foi observado em 16,0% das equipes NASF na subdimensão Educação Permanente, 12,0% na Organização do Apoio Matricial e 20,0% na Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada.

Em média de 30,0% das equipes NASF nesta subdimensão necessitam que o Gestor ou Coordenador da equipe invista na Educação Continuada e utilize ferramentas de gestão para aprimorar a Organização do Apoio Matricial e Gestão da Demanda compartilhada pelas equipes SF.

4.1.2 Dimensão Gestão/Coordenação NASF de acordo com os municípios com alta riqueza e indicadores sociais insatisfatórios (IPRS 2)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 2, se caracterizam por possuírem um alto índice de Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios resultou num grupo formado por 21 equipes NASF de 9 municípios.

Distribuindo os resultados alcançados na avaliação destas equipes, segundo a classificação geral da dimensão Gestão e Coordenação NASF (Tabela 4), mostra-se que no conjunto das 21 equipes, a maioria (doze equipes) teve desempenho satisfatório (60 – 79,99) e três equipes desempenho muito satisfatório (80 – 100).

Tabela 4 – Distribuição das 21 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Riqueza alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.

(Continua)

Dimensão Gestão/Coordenação NASF								
Subdimensão segundo valor máximo de pontuação								
Equipe NASF	Estrutura física	Organização da Gestão e coordenação	Educação permanente	Planejamento das ações	Organização do Apoio Matricial	Gestão da Demanda e da atenção compartilhada	Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	15	30	10	15	10	20	100	
1	12,00	30,00	6,75	12,75	3,00	0,00	64,50	S
2	13,00	10,00	0,00	7,75	3,00	0,00	33,75	I
3	5,00	10,00	0,00	4,50	0,00	2,50	22,00	I
4	14,00	0,00	8,00	14,00	10,00	17,50	63,50	S
5	11,00	30,00	3,00	14,00	10,00	0,00	68,00	S
6	15,00	10,00	0,00	10,25	7,00	5,00	47,25	R
7	11,00	20,00	5,25	8,75	3,00	2,50	50,50	R
8	8,00	30,00	5,50	12,00	6,00	5,00	66,50	S
9	13,00	20,00	6,75	12,75	3,00	12,50	68,00	S

Tabela 4 – Distribuição das 21 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Riqueza alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.

(Continuação)

Dimensão Gestão/Coordenação NASF								
Subdimensão segundo valor máximo de pontuação								
Equipe NASF	Estrutura física	Organização da Gestão e coordenação	Educação permanente	Planejamento das ações	Organização do Apoio Matricial	Gestão da Demanda e da atenção compartilhada	Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	15	30	10	15	10	20	100	
10	8,00	10,00	5,25	12,75	10,00	20,00	66,00	S
11	11,00	20,00	3,25	10,75	3,00	5,00	53,00	R
12	10,00	20,00	5,00	10,00	10,00	7,50	62,50	S
13	8,50	30,00	7,50	14,00	10,00	15,00	85,00	MS
14	12,00	30,00	8,00	13,75	6,00	7,50	77,25	S
15	9,00	30,00	8,50	11,50	10,00	15,00	84,00	MS
16	9,00	20,00	8,00	13,00	10,00	15,00	75,00	S
17	10,00	30,00	8,50	12,25	6,00	5,00	71,75	S
18	14,00	30,00	9,75	13,00	6,00	12,50	85,25	MS
19	11,00	20,00	4,75	10,25	3,00	5,00	54,00	R
20	12,00	30,00	7,75	11,75	7,00	0,00	68,50	S
21	9,00	30,00	4,75	8,75	3,00	5,00	60,50	S

FONTE: Desenvolvido pelo autor.

(Conclusão)

A equipe -2- apresentou desempenho abaixo da média em quatro das seis subdimensões, sendo que em Educação Permanente e na Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada não atendeu a nenhum padrão. Na Organização do Apoio Matricial formada por três padrões de qualidade a equipe realizava o monitoramento dos projetos terapêuticos singulares construídos em conjunto com as equipes da AB, mas não tinha os documentos que comprovavam esse monitoramento e também não realizava o monitoramento e avaliação dos casos compartilhados.

A análise da equipe -3- mostra que essa equipe NASF também teve desempenho abaixo da pontuação média esperada para todas as subdimensões e não alcançou padrão de qualidade exigido na avaliação nas subdimensões Educação Permanente e Organização do Apoio Matricial. Em Estrutura Física não apresentou documento de comprovação exigido, não compartilhava dos espaços utilizados pelas equipes AB e a gestão não disponibilizava insumos necessários para realizar suas atividades. Na Organização da Gestão e Coordenação formada por três padrões de qualidade a equipe a gestão não era realizada por coordenador da AB, nem coordenador específico, nem da UBS, ou seja, não foi informada a instância. A

subdimensão Planejamento das ações foi formada por vinte e dois padrões de qualidade e a equipe não planejava as ações, mas cumpriu os padrões de qualidade relacionados à autoavaliação, sendo os instrumentos utilizados o PMAQ e próprio da Secretaria de Saúde do Município.

Analisando as subdimensões desta dimensão, observou – se que a equipe -4- no momento da avaliação externa estava sem nenhuma referência ou coordenador NASF no âmbito da gestão municipal.

Neste agrupamento o pior desempenho – pontuação zero - foi observado em 14,3% das equipes NASF na subdimensão Educação Permanente, 5,0% na Organização do Apoio Matricial e 19,0% na Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada. Mas, analisando o desempenho das equipes NASF, observou – se que sete equipes (2, 3, 5, 6, 11, 19, 21) em Educação Permanente, oito equipes (1, 2, 3, 7, 9, 11, 19, 21) na Organização do Apoio Matricial e doze equipes (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 16, 19, 20, 21) na Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada alcançaram pontuação abaixo da média em uma dessas subdimensões.

Isso mostra que os Gestores ou Coordenadores NASF precisam investir na Educação Continuada para agregar competências para as equipes e Organizar o apoio matricial e a gestão para que as equipes NASF aprimorem o suporte técnico – pedagógico para as equipes referenciadas.

4.1.3 Dimensão Gestão/Coordenação NASF de acordo com os municípios com baixa riqueza e bons indicadores sociais (IPRS 3)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 3, se caracterizam por possuírem um baixo índice de Riqueza e bons Indicadores Sociais resultou num grupo formado por 16 equipes NASF de 13 municípios.

Distribuindo os resultados alcançados na avaliação destas equipes, segundo a classificação geral na dimensão Gestão e Coordenação NASF (Tabela 5), mostra que no conjunto das 16 equipes, a equipe -11- apresentou desempenho Insatisfatório (20 – 39,99).

Tabela 5 – Distribuição das 16 equipes NASF, agrupadas de acordo com IPRS 3 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Bons), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.

Dimensão Gestão/Coordenação NASF								
Subdimensão segundo valor máximo de pontuação								
Equipe NASF	Estrutura física	Organização da Gestão e Coordenação	Educação permanente	Planejamento das ações	Organização do Apoio Matricial	Gestão da Demanda e da atenção compartilhada	Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	15	30	10	15	10	20	100	
1	13,00	30,00	7,25	14,00	10,00	17,50	91,75	MS
2	14,00	30,00	9,50	12,75	3,00	12,50	81,75	MS
3	5,00	20,00	2,50	7,50	0,00	5,00	40,00	R
4	9,00	30,00	0,00	11,50	6,00	12,50	69,00	S
5	11,00	20,00	4,00	13,50	0,00	10,00	58,50	R
6	9,00	20,00	5,25	10,00	3,00	10,00	57,25	R
7	5,00	10,00	5,50	12,75	3,00	5,00	41,25	R
8	10,00	20,00	1,25	12,25	7,00	17,50	68,00	S
9	12,00	20,00	6,50	14,00	10,00	17,50	80,00	MS
10	10,00	10,00	1,50	11,50	7,00	12,50	52,50	R
11	8,00	20,00	0,00	7,50	0,00	0,00	35,50	I
12	13,00	20,00	7,00	13,50	3,00	12,50	69,00	S
13	9,00	10,00	6,00	7,50	3,00	10,00	45,50	R
14	13,00	10,00	8,25	13,50	6,00	17,50	68,25	S
15	11,50	30,00	8,00	14,00	10,00	17,50	91,00	MS
16	15,00	20,00	8,50	14,25	10,00	15,00	82,75	MS

FONTE: Desenvolvido pelo próprio autor.

A equipe -11- teve o desempenho geral nesta dimensão classificada como Insatisfatório, pois zerou a pontuação em três subdimensões - Educação Permanente, Organização do Apoio Matricial e Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada das seis analisadas.

Na subdimensão Estrutura Física as equipes -3 e 7- alcançaram uma pontuação abaixo da média e necessitam de apoio em relação Gestão Municipal e da UBS de referência, sendo que nenhuma das duas equipes possuíam coordenador específico para a equipe NASF.

Em Educação Permanente seis equipes (3, 4, 5, 8, 10, 11) tiveram desempenho muito abaixo da média esperada, sendo que duas dessas equipes -4 e 11- zeraram nesta subdimensão. Isso significa que 37,5% das equipes deste agrupamento não estão recebendo formação que agregam competências para o trabalho.

Outra subdimensão que se destacou pelo baixo desempenho das equipes NASF nesta dimensão foi a Organização do Apoio Matricial, na qual oito equipes (2, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 13) que equivalem a (50,0%) dos participantes não alcançaram a pontuação média esperada para esta subdimensão, sendo que três equipes (3, 5, e 11) zeraram a pontuação. Isso mostrou que o Coordenador NASF não está monitorando e avaliando os resultados da atenção compartilhada e não monitora os PTS construídos com as equipes SF.

4.1.4 Dimensão Gestão/Coordenação NASF de acordo com municípios com baixa riqueza e indicadores sociais intermediários (IPRS 4)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 4, caracterizam-se por possuírem um alto índice de Riqueza e Indicadores Sociais Intermediários, resultou num grupo de 11 equipes NASF de 10 municípios.

Distribuindo os resultados alcançados na avaliação destas equipes, segundo a classificação geral na dimensão Gestão e Coordenação NASF (Tabela 6), nenhuma equipe obteve desempenho muito insatisfatório (0 – 19,99) ou insatisfatório (20 – 39,99), seis equipes tiveram desempenho satisfatório (60 – 79,99) e uma teve desempenho muito satisfatório (80 – 100).

Tabela 6 – Distribuição das 11 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 4 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Intermediários), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.

Dimensão Gestão/Coordenação NASF								
Subdimensão segundo valor máximo de pontuação								
Equipe NASF	Estrutura física	Organização da Gestão e Coordenação	Educação permanente	Planejamento das ações	Organização do Apoio Matricial	Gestão da Demanda e da atenção compartilhada	Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	15	30	10	15	10	20	100	
1	12,00	10,00	4,25	11,00	6,00	2,50	45,75	R
2	15,00	10,00	5,50	11,25	10,00	10,00	61,75	S
3	9,00	30,00	0,00	8,75	0,00	5,00	52,75	R
4	11,00	20,00	1,00	12,75	6,00	7,50	58,25	R
5	9,00	30,00	6,00	13,25	10,00	17,50	85,75	MS
6	12,00	20,00	7,75	11,25	10,00	12,50	73,50	S
7	8,00	10,00	8,00	13,00	6,00	10,00	55,00	R
8	14,00	20,00	5,50	14,00	10,00	15,00	78,50	S
9	10,00	20,00	8,50	11,75	6,00	12,50	68,75	S
10	11,00	20,00	4,75	13,50	3,00	10,00	62,25	S
11	10,00	20,00	4,50	12,75	3,00	10,00	60,25	S

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor.

Das quatro equipes que alcançaram desempenho regular (1, 3, 4, 7), observou-se diferenças na Organização da Gestão/Coordenação, as equipes -1 e 7- ficaram com nota abaixo da média esperada, pois não possuíam coordenador específico, sendo gerenciadas por coordenador da AB e em função disso não tinham periodicidade definida para realizarem as reuniões com esse gestor. Na Educação Permanente, três equipes (1, 3, 4) não alcançaram a nota média esperada para essa subdimensão, sendo que a equipe -3- teve nota zero. Na Organização do Apoio Matricial a equipes -3- também não cumpriu nenhum padrão.

Na Gestão da Demanda da Atenção Compartilhada as equipes (1, 3, 4) ficaram com pontuação abaixo da média esperada. Analisando os resultados nesta subdimensão a equipe -1- realizava somente o monitoramento de algumas solicitações de apoio das equipes da AB e verificava se os casos são compartilhados de maneira equivocada ou desnecessária.

Nesta dimensão 27,3% dos Gestores ou Coordenadores das equipes NASF não estavam oferecendo o suporte para as equipes NASF nas subdimensões Organização do Apoio Matricial e na Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada. Mas, o percentual mais baixo estava relacionado à Educação Permanente na qual 45,5% das equipes NASF não estão recebendo suporte necessário para superar as situações problemáticas.

4.1.5 Dimensão Gestão/Coordenação NASF de acordo com os municípios com baixa riqueza e indicadores sociais insatisfatórios (IPRS 5)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 5, traduz baixo índice de Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios, resultou num grupo formado por 4 equipes NASF de 4 municípios.

Distribuindo os resultados alcançados na avaliação destas equipes, segundo a classificação geral na dimensão Gestão e Coordenação NASF (Tabela 7), a equipe -2- obteve desempenho muito insatisfatório (0 – 19,99), duas satisfatório (60 – 79,99) e -1-muito satisfatório (80 – 100).

Tabela 7 – Distribuição das 4 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 5 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016

Dimensão Gestão e coordenação NASF								
Subdimensão segundo valor máximo de pontuação								
Equipe NASF	Estrutura física	Organização da Gestão e Coordenação	Educação permanente	Planejamento das ações	Organização do Apoio Matricial	Gestão da Demanda e Atenção Compartilhada	Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	15	30	10	15	10	20	100	
1	13,00	30,00	7,50	12,75	7,00	15,00	85,25	MS
2	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,00	7,00	MI
3	10,00	30,00	0,00	10,00	6,00	10,00	66,00	S
4	8,00	30,00	5,00	13,50	0,00	10,00	66,50	S

FONTE: Desenvolvido pelo próprio autor.

A equipe -2- com desempenho muito insatisfatório ficou com a pontuação abaixo da média em todas as subdimensões. Analisando os dados desta equipe em relação à Estrutura Física da UBS, somente o consultório era compartilhado com o NASF. A equipe não possuía coordenador de referência ou coordenação no âmbito da gestão municipal e coordenação específica. Nenhuma ação de educação permanente foi oferecida para a equipe. As informações necessárias para o planejamento das ações não são disponibilizadas e, por isso não existia planejamento e organização do apoio matricial. A pontuação alcançada pela equipe na gestão da demanda e atenção compartilhada refere-se à avaliação da equipe em relação ao seu impacto/resultados e sobre as suas ações realizadas junto às equipes da AB.

A Educação Permanente novamente se destaca neste agrupamento como sendo a subdimensão que mais necessita de investimento por parte dos gestores. As duas equipes NASF – 2 e 3- tiveram sua pontuação zerada e a equipe -4- ficou com desempenho no limite.

A análise geral desta dimensão Gestão/Coordenação NASF mostra que 64,0% das equipes NASF alcançaram desempenho satisfatório ou muito satisfatório. Analisando o desempenho das equipes NASF em cada agrupamento, esse percentual é distribuído da seguinte maneira: 60,0% - IPRS 1, 71,4% - IPRS 2, 56,3% IPRS3, 63,6% IPRS 4, 75,0% - IPRS 5. Observando as equipes NASF que pertencem aos municípios com baixa riqueza e indicadores sociais insatisfatórios (IPRS 5), os resultados mostram que essas equipes foram as que obtiveram melhor desempenho.

Analisando o tipo de gestão/coordenação em todos os agrupamentos, observa-se que 40,0% das equipes com IPRS 1 possuíam coordenação direta; assim como 48,0% das equipes

com IPRS 2; 25,0% das equipes com IPRS 3; 27,0% das equipes com IPRS 4 e 75,0% das equipes com IPRS 5.

Observando as equipes NASF que realizavam o planejamento mensal (IV.7.4.1) ou com periodicidade diferente – semanal, trimestral, semestral ou anual (IV.7.5.1) de acordo com o agrupamento, a análise dos dados indica que 84,0% das equipes NASF com IPRS 1 realizavam, 86,0% com IPRS 2, 69,0% com IPRS 3, 91,0% com IPRS4 e 50,0% com IPRS 5.

O monitoramento e a análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho (ET-IV.7.9/1) foi realizado por 51,2% das equipes NASF dos outros municípios. Analisando por agrupamento os resultados mostram que 52,0% eram do IPRS 1, 52,4% do IPRS 2, 56,2% do IPRS 3, 45,4% do IPRS 4 e 50,0% IPRS 5. De acordo com os municípios os resultados ficaram organizados como: 7 municípios IPRS 1, 6 municípios IPRS 2, 7 municípios IPRS 3, 5 municípios IPRS 4, 2 municípios IPRS 5. Esses resultados mostram que 59,0% dos municípios monitoravam o processo de trabalho das equipes NASF.

4.2 Análise da Dimensão Organização do Processo de trabalho de acordo com o IPRS – Excluindo as equipes da Capital

4.2.1 Dimensão Organização do Processo de Trabalho de acordo com municípios com alta riqueza e bons indicadores sociais (IPRS 1)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 1, que traduz Riqueza Alta e Indicadores Sociais Bons, resultou num grupo formado por 25 equipes NASF de 11 municípios.

Distribuindo os resultados alcançados na avaliação destas equipes, segundo a classificação geral da dimensão Organização do Processo de Trabalho (Tabela 8), mostra que no conjunto das 25 equipes, assim como na dimensão anterior, nenhuma equipe teve desempenho considerado como muito insatisfatório (0 – 19,99) ou insatisfatório (20 – 39,99). Cinco equipes alcançaram desempenho regular (40 – 59,99), dez satisfatório (60 – 79,99) e dez equipes desempenho muito satisfatório (80 – 100).

Tabela 8 – Distribuição das 25 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 1 (Riqueza alta e Indicadores Sociais Bons), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.

Equipe NASF	Dimensão Organização do Processo de Trabalho					Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	Planejamento das ações	Organização da agenda	Organização do apoio matricial	Gestão da demanda e atenção compartilhada	Registro das atividades		
	30	20	20	20	10	100	
1	7,00	16,50	17,70	10,00	8,00	59,20	S
2	19,50	19,50	17,00	2,50	6,00	64,50	S
3	19,50	20,00	9,75	2,50	7,00	58,75	R
4	23,00	19,50	18,00	15,00	8,00	83,50	MS
5	10,00	19,50	9,75	0,00	8,00	47,25	R
6	27,00	19,50	18,00	10,00	8,00	82,50	MS
7	15,00	20,00	11,50	0,00	9,00	55,50	R
8	22,00	15,00	9,25	7,50	4,00	57,75	R
9	23,00	13,50	8,50	7,50	9,00	61,50	S
10	24,50	18,00	16,65	12,50	8,00	79,65	S
11	22,00	19,50	16,20	15,00	8,00	80,70	MS
12	17,00	19,50	17,90	17,50	9,00	80,90	MS
13	21,50	16,50	9,25	0,00	4,00	51,25	R
14	28,00	18,50	16,45	12,50	9,00	84,45	MS
15	25,50	16,50	19,10	5,00	9,00	75,10	S
16	25,00	18,50	18,75	12,50	7,00	81,75	MS
17	21,00	17,00	19,00	0,00	9,00	66,00	S
18	23,00	16,50	16,75	5,00	5,00	66,25	S
19	24,50	20,00	19,30	15,00	9,00	87,80	MS
20	24,50	16,50	19,30	0,00	7,00	67,30	S
21	28,00	19,50	18,00	12,50	10,00	90,50	MS
22	22,00	18,00	16,25	0,00	8,00	64,25	S
23	28,00	20,00	20,00	17,50	10,00	95,50	MS
24	26,50	19,50	19,20	12,50	10,00	87,70	MS
25	19,50	16,50	17,25	7,50	8,00	68,75	S

FONTE: Desenvolvido pelo autor.

Observaram-se diferenças nas cinco equipes com desempenho regular (3, 5, 7, 8, 13) segundo as subdimensões. A equipe -5- ficou com pontuação abaixo do esperado para a subdimensão Planejamento das Ações em função de ter utilizado poucas informações para seu planejamento, não evidenciar as ações realizadas e não analisar e monitor o seu processo de trabalho.

Observou – se que na Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada treze equipes NASF não alcançaram a pontuação média esperada, sendo que as equipes (5, 7, 13, 17, 201 e 21) tiveram nota zero.

4.2.2 Dimensão Organização do Processo de Trabalho de acordo com municípios com Riqueza Alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios (IPRS 2)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 2, que traduz Riqueza Alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios, resultou num grupo formado por 21 equipes NASF de 9 municípios, excluindo as equipes da capital.

Observa-se nos resultados das equipes na Dimensão Organização do Processo de Trabalho de acordo com o IPRS 2 (Tabela 9) que nenhuma equipe ficou com desempenho muito insatisfatório (0 - 19,99) ou insatisfatório (20 – 39,99). Na classificação com desempenho regular (40 – 59,99), identificou-se sete equipes (1, 2, 3, 7, 11, 19, 21).

Tabela 9 – Distribuição das 21 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Riqueza alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.

(Continua)

Dimensão Organização do Processo de Trabalho							
Subdimensão segundo valor máximo de pontuação							
Equipe NASF	Planejamento das ações	Organização da agenda	Organização do apoio matricial	Gestão da demanda e atenção compartilhada	Registro das atividades	Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	30	20	20	20	10	100	
1	24,00	15,00	10,75	0,00	10,00	59,75	R
2	10,00	19,50	11,05	0,00	8,00	48,55	R
3	13,00	15,00	7,00	2,50	7,00	44,50	R
4	28,00	20,00	19,90	17,50	9,00	94,40	MS
5	28,00	18,00	18,45	0,00	8,00	72,45	S
6	17,50	18,00	16,50	5,00	5,00	62,00	S
7	14,00	19,50	6,25	2,50	7,00	49,25	R
8	26,00	19,50	17,65	5,00	9,00	77,15	S
9	25,50	16,50	12,00	12,50	7,00	73,50	S
10	25,50	20,00	16,90	20,00	8,00	90,40	MS
11	16,00	19,50	9,00	5,00	9,00	58,50	R
12	21,00	20,00	12,25	7,50	9,00	69,75	S
13	28,00	19,50	15,25	15,00	8,00	85,75	MS
14	26,50	19,50	16,00	7,50	7,00	76,50	S
15	22,00	20,00	18,65	15,00	10,00	85,65	MS
16	23,00	20,00	19,40	15,00	9,00	86,40	MS

Tabela 9 – Distribuição das 21 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Riqueza alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.

(Continuação)

Dimensão Organização do Processo de Trabalho							
Subdimensão segundo valor máximo de pontuação							
	Planejamento das ações	Organização da agenda	Organização do apoio matricial	Gestão da demanda e atenção compartilhada	Registro das atividades	Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	30	20	20	20	10	100	
17	21,50	18,50	15,10	5,00	9,00	69,10	S
18	27,00	18,00	18,70	12,50	7,00	83,20	MS
19	17,50	15,00	12,00	5,00	9,00	58,50	R
20	17,00	19,50	16,00	0,00	8,00	60,50	S
21	15,50	16,50	7,20	5,00	5,00	49,20	R

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

(Conclusão)

Analisando a pontuação alcançada pelas sete equipes com desempenho regular, observa-se que três (2, 3, 21) ficaram com a pontuação abaixo da média esperada na subdimensão Planejamento das Ações. As equipes (3, 7, 11, 21) tiveram pontuação abaixo do esperado na Organização do Apoio Matricial. A análise dos dados da equipe -7- nesta subdimensão mostra que a pontuação baixa foi pelo fato da equipe não ter cumprido o padrão de qualidade relacionado ao fato de haver reunião quinzenal ou mensal entre os profissionais NASF, não monitorava os PTS construídos em conjuntos com as equipes da AB e não ter marcado nenhuma das opções dos padrões de qualidade que demonstravam qual(is) a(s) forma(s) mais frequente de acesso à equipe NASF.

Na subdimensão Organização do Apoio Matricial quatro equipes (3, 7, 11, 21) não alcançaram a pontuação média esperada. Essas equipes deixaram de utilizar as ferramentas tecnológicas que diferenciam o NASF das demais equipes multiprofissionais como o matriciamento (clínica ampliada, discussão de casos que poderiam ser encaminhados para outros pontos de atenção ou casos difíceis e desafiadores), Projeto Terapêutico Singular com outras equipes multiprofissionais como as equipes SF, Projeto Terapêutico no Território, realizar consultas compartilhadas, etc. A falta de organização e execução destes tipos de ações prejudicam o trabalho do NASF, das equipes SF e a população do território.

Analisando a pontuação das equipes na subdimensão Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada, observa-se que as treze equipes tiveram nota abaixo da média e cinco zeraram a pontuação. Oito equipes ficaram classificadas com desempenho regular e as equipes -1 e 2- a nota foi zero.

Essas equipes deixaram de realizar a cogestão da demanda compartilhada pelas equipes SF que envolve ações como o monitoramento as solicitações de apoio e avaliação do impacto de suas ações.

4.2.3 Dimensão Organização do Processo de Trabalho de acordo com municípios com Riqueza Baixa e Bons Indicadores Sociais (IPRS 3)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 3, caracterizam-se por possuírem um baixo índice de Riqueza e bons Indicadores Sociais, resultou num grupo formado por 16 equipes NASF de 12 municípios.

Observando os resultados alcançados pelas equipes na Dimensão Organização do Processo de Trabalho de acordo com o IPRS 3 (tabela 10), nenhuma equipe obteve desempenho muito insatisfatório (0 – 19,99) ou insatisfatório (20 – 39,99). Quatro equipes (3, 6, 11, 13) alcançaram desempenho regular (40 – 59,99), sete tiveram desempenho satisfatório (2, 4, 5, 7, 8, 10, 12) e cinco muito satisfatórios (1, 9, 14, 15, 16).

Tabela 10 – Distribuição das 16 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 3 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Bons), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.

Dimensão Organização do Processo de Trabalho							
Subdimensão segundo valor máximo de pontuação							
Equipe NASF	Planejamento das ações	Organização da agenda	Organização do apoio matricial	Gestão da demanda e atenção compartilhada	Registro das atividades	Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	30	20	20	20	10	100	
1	28,00	19,50	18,90	17,50	3,00	86,90	MS
2	25,50	19,50	10,50	12,50	7,00	75,00	S
3	8,50	18,00	6,75	5,00	7,00	45,25	R
4	20,00	20,00	15,70	12,50	5,00	73,20	S
5	25,00	18,00	9,00	10,00	6,00	68,00	S
6	13,50	15,00	10,50	10,00	6,00	55,00	R
7	22,50	19,50	13,20	5,00	9,00	69,20	S
8	17,00	19,50	16,45	17,50	8,00	78,45	S
9	26,50	20,00	19,00	17,50	10,00	93,00	MS
10	23,00	18,00	17,90	12,50	8,00	79,40	S
11	13,50	15,00	9,00	0,00	6,00	43,50	R
12	25,00	19,50	11,25	12,50	9,00	77,25	S
13	8,50	12,00	10,50	10,00	2,00	43,00	R
14	27,00	19,50	18,90	17,50	2,00	84,90	MS
15	28,00	20,00	18,65	17,50	9,00	93,15	MS
16	28,00	19,50	19,90	12,50	10,00	92,40	MS

FONTE: Desenvolvido pelo autor.

Analisando os resultados em cada uma das cinco subdimensões observa-se que as quatro equipes (3, 6, 11, 13) com desempenho regular obtiveram uma pontuação abaixo da média esperada na subdimensão Planejamento das Ações, duas equipes -3 e 11- a pontuação ficou abaixo da média na organização do apoio matricial, três equipes (3, 11, 13) tiveram nota abaixo da média na subdimensão Gestão da Demanda da Atenção Compartilhada, sendo que a equipe -11- teve pontuação zero.

Na subdimensão Registro das Ações a equipe -13- teve uma pontuação próxima de zero, assim como a equipe -14- que ficou classificada com desempenho muito satisfatório. Essas duas equipes deixaram de registrar suas ações em prontuário comum aos das equipes da AB e deixaram de cumprir os padrões de qualidade solicitados no instrumento de avaliação.

4.2.4 Dimensão Organização do Processo de Trabalho do NASF de acordo com municípios com Riqueza Baixa e Indicadores Sociais Intermediários (IPRS 4)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 4, se caracterizam por possuírem um alto índice de Riqueza e Indicadores Sociais Intermediários, resultou num grupo de 11 equipes NASF de 10 municípios.

Os resultados apresentados por este agrupamento na Dimensão Organização do Processo de trabalho (tabela 11) mostra que nenhuma equipe teve seu desempenho considerado como muito insatisfatório (0 – 19,99) ou insatisfatório (20 – 39,99) e somente uma equipe -3- obteve desempenho regular (40 – 59,99). Sua pontuação total ficou próxima de ser classificada como satisfatório (60 – 79,99).

Tabela 11 – Distribuição das 11 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 4 (Riqueza Baixa e Indicadores Sociais Intermediários), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.

(Continua)

Dimensão Organização do Processo de Trabalho							
Subdimensão segundo valor máximo de pontuação							
Equipe NASF	Planejamento das ações	Organização da agenda	Organização do apoio matricial	Gestão da demanda e atenção compartilhada	Registro das atividades	Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	30	20	20	20	10	100	
1	22,00	18,50	17,25	2,50	8,00	68,25	S
2	23,50	20,00	18,55	10,00	9,00	81,05	MS
3	14,00	19,50	9,00	5,00	8,00	55,50	R
4	25,50	19,50	13,40	7,50	8,00	73,90	S
5	27,00	19,50	19,40	17,50	10,00	93,40	MS
6	23,50	19,50	13,20	12,50	8,00	76,70	S

Tabela 11 – Distribuição das 11 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 4 (Riqueza Baixa e Indicadores Sociais Intermediários), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.

(Continuação)

Equipe NASF	Dimensão Organização do Processo de Trabalho					Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	Planejamento das ações	Organização da agenda	Organização do apoio matricial	Gestão da demanda e atenção compartilhada	Registro das atividades		
	30	20	20	20	10	100	
7	24,00	19,50	12,90	10,00	8,00	74,40	S
8	28,00	19,50	19,30	15,00	10,00	91,80	MS
9	21,00	18,50	12,20	12,50	7,00	71,20	S
10	25,00	16,50	14,90	10,00	9,00	75,40	S
11	22,50	19,50	10,00	10,00	3,00	65,00	S

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

(Conclusão)

Detalhando o resultado da equipe -3- nas cinco subdimensões, observa-se que sua pontuação ficou próxima da média esperada nas subdimensões Planejamento das Ações e Organização do Apoio Matricial.

A subdimensão Gestão da Demanda da Atenção Compartilhada foi composta por oito padrões de qualidade e a equipe -3- só realizava o monitoramento das solicitações de apoio das equipes e apresentou o documento que comprovava as ações. Ainda nesta subdimensão três equipes NASF (1, 3 e 4) alcançaram uma pontuação abaixo da média.

4.2.5 Dimensão Organização do Processo de Trabalho do NASF de acordo com municípios com Riqueza Baixa e Indicadores Insatisfatórios (IPRS 5)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 5, traduz baixo índice de Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios, resultou num grupo formado por 4 equipes NASF de 4 municípios.

Distribuindo os resultados alcançados na avaliação destas equipes, segundo a classificação geral na dimensão Organização do Processo de trabalho (Tabela 12), a equipe -2- obteve desempenho insatisfatório (20 – 39,99), as equipes -3 e 4- satisfatório (60 – 79,99) e a equipe -1- muito satisfatório (80 – 100).

Tabela 12 – Distribuição das 4 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 5 (Baixa Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e na dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.

Equipe NASF	Dimensão Organização do Processo de Trabalho					Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	Planejamento das ações	Organização da agenda	Organização do apoio matricial	Gestão da demanda e atenção compartilhada	Registro das atividades		
	30	20	20	20	10	100	
1	24,50	20,00	13,45	12,50	8,00	81,95	MS
2	5,00	7,50	4,00	5,00	7,00	27,50	I
3	15,00	19,50	15,70	7,50	8,00	69,20	S
4	26,00	19,50	8,50	7,50	10,00	75,00	S

FONTE: Desenvolvido pelo próprio autor.

A equipe -2- não teve bom desempenho em quatro das cinco subdimensões e alcançou uma pontuação muito abaixo da média esperada nessas subcategorias. Na subdimensão Planejamento das Ações, composta por trinta questões/padrões de qualidade, a equipe realizava somente três, que correspondem ao registro de suas ações. No caso específico desta equipe o registro das ações era realizado utilizando o SIAB e o próprio sistema de informação do município.

A gestão desta equipe não disponibilizou informações para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento. Na Organização da Agenda formada por 12 questões/padrões de qualidade, a equipe realizava cinco padrões que estão relacionados com ações individuais e compartilhados, no entanto, não pactua a agenda com as equipes apoiadas, nem disponibilizava sua agenda. Além disso, não intervinha em situações imprevistas, não realizava atividades comunitárias, ações de educação permanente e nem discussão de casos.

Dos oito padrões de qualidade na Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada a equipe atendia somente a avaliação do impacto/resultados das suas ações sem descrição específica.

4.3 Análise da Dimensão Atenção Integral à Saúde de acordo com o IPRS – Excluindo as equipes da Capital

4.3.1 Dimensão Atenção Integral à Saúde de acordo com municípios com Riqueza Alta e Bons Indicadores Sociais (IPRS 1)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 1, que traduz Riqueza Alta e Indicadores Sociais Bons, resultou num grupo formado por 25 equipes NASF de 11 municípios.

Distribuindo os resultados alcançados na avaliação destas equipes, segundo a classificação geral da dimensão Atenção Integral à Saúde (Tabela 13), mostra que no conjunto das 25 equipes, uma equipe -8- teve desempenho considerado como muito insatisfatório (0 – 19,99) e três equipes (1, 2, 13) tiveram desempenho insatisfatório (20 – 39,99).

Tabela 13 – Distribuição das 25 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 1 (Riqueza alta e Indicadores Sociais Bons), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.

Dimensão Atenção integral à saúde						
Subdimensão segundo valor máximo de pontuação						
Equipe NASF	Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	Reabilitação	Saúde Materna - Infantil	Saúde Mental	Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	25	25	25	25	100	
1	0,00	0,00	0,00	22,22	22,22	I
2	2,08	0,00	0,00	18,06	20,14	I
3	16,67	20,69	16,91	15,28	69,55	S
4	25,00	22,41	23,53	23,61	94,55	M
5	17,71	6,90	18,38	22,22	65,21	S
6	19,79	22,41	18,38	20,83	81,42	M
7	17,71	14,66	14,71	22,22	69,29	S
8	6,25	2,59	2,94	2,78	14,56	MI
9	15,63	8,62	11,03	18,06	53,33	R
10	18,75	7,76	8,82	5,56	40,89	R
11	17,71	19,83	4,41	16,67	58,61	R
12	21,88	23,28	22,06	22,22	89,43	MS
13	3,13	6,90	7,35	9,72	27,10	I
14	9,38	6,90	16,18	20,83	53,28	R
15	18,75	17,24	19,12	16,67	71,78	S
16	22,92	16,38	16,18	19,44	74,92	S
17	19,79	18,10	13,97	11,11	62,98	S
18	10,42	16,38	12,50	12,50	51,80	R
19	20,83	21,55	22,06	18,06	82,50	MS
20	17,71	21,55	21,32	18,06	78,64	S
21	21,88	24,14	20,59	20,83	87,43	MS
22	18,75	20,69	18,38	16,67	74,49	S
23	22,92	20,69	24,26	25,00	92,87	MS
24	22,92	22,41	21,32	19,44	86,10	MS
25	15,63	12,07	15,44	12,50	55,64	R

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Analisando o resultado equipe -8- classificada com desempenho muito insatisfatório, observou-se que a equipe desenvolveu ações nas quatro subdimensões analisadas (Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Reabilitação, Saúde Materna – Infantil, Saúde Mental), cumprindo alguns padrões de qualidade, mas deixou de realizar outros, por isso alcançou uma pontuação muito baixa. Na Subdimensão Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a equipe realizou somente sete dos vinte e cinco padrões de qualidade solicitados. Nas subdimensões Reabilitação, Saúde Materna – Infantil e Saúde Mental, a equipe teve sua pontuação muito próxima de zero.

Isso pode ter ocorrido pelo fato da equipe não possuir o profissional com especificidade para atuar nestas áreas, ou seja, a equipe NASF não possuía fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico, assistente social, educador físico, ginecologista, pediatra e psiquiatra. Mas também mostra uma fragilidade da equipe, pois os profissionais que compõe o NASF devem possuir uma visão ampliada do cuidado.

Distribuindo os resultados alcançados pelas três equipes (1, 2, 13) que alcançaram desempenho insatisfatório (20 – 39,99), observa-se que as equipes -1 e 2- tiveram nota zero em Reabilitação e Saúde Materna – Infantil e a equipe -1- também zerou sua pontuação na Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Entretanto, a equipe -13- realizava atividades nas quatro subdimensões, contudo, teve desempenho insatisfatório porque deixou de cumprir com os padrões de qualidade solicitados durante a avaliação.

4.3.2. Dimensão Atenção Integral à Saúde de acordo com municípios com Riqueza Alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios (IPRS 2)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 2, que traduz Riqueza Alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios, resultou num grupo formado por 21 equipes NASF de 9 municípios excluindo as equipes da capital.

Distribuindo os resultados alcançados na análise destas equipes, segundo a classificação geral da dimensão Atenção Integral à Saúde (Tabela 14), mostra que no conjunto das 21 equipes, duas equipes -2 e 21- alcançaram desempenho muito insatisfatório (0 – 19,99).

Tabela 14 – Distribuição das 21 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Riqueza alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.

Equipe NASF	Dimensão Atenção integral à saúde					Classificação do Desempenho
	Subdimensão segundo valor máximo de pontuação					
	Apoio às Pessoas com Doenças Crônicas	Reabilitação	Saúde Materna – Infantil	Saúde Mental	Total da Pontuação	
	25	25	25	25	100	
1	16,67	19,83	8,82	20,83	66,15	S
2	0,00	3,45	5,15	4,17	12,76	MI
3	19,79	19,83	5,15	23,61	68,38	S
4	22,92	23,28	22,06	25,00	93,25	MS
5	18,75	0,00	16,18	25,00	59,93	R
6	15,63	10,34	7,35	11,11	44,43	R
7	12,50	15,52	14,71	13,89	56,61	R
8	20,83	19,83	17,65	19,44	77,75	S
9	15,63	6,03	13,97	15,28	50,91	R
10	23,96	23,28	24,26	11,11	82,61	MS
11	19,79	15,52	19,12	15,28	69,70	S
12	9,38	8,62	8,09	16,67	42,75	R
13	20,83	20,69	19,12	20,83	81,47	MS
14	12,50	0,00	13,24	20,83	46,57	R
15	23,96	12,07	23,53	25,00	84,56	MS
16	20,83	23,28	21,32	22,22	87,65	MS
17	9,38	5,17	9,56	16,67	40,77	R
18	18,75	0,00	12,50	16,67	47,92	R
19	0,00	0,00	6,62	15,28	21,90	I
20	20,83	18,10	13,97	13,89	66,80	S
21	6,25	4,31	8,09	0,00	18,65	MI

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

A equipe -2- teve pontuação zero na subdimensão do Apoio às Pessoas com Doenças Crônicas e realizou poucas ações em reabilitação, saúde materna – infantil e saúde mental, por isso, teve pontuação abaixo da média e alcançou desempenho muito insatisfatório.

A equipe -21- se diferencia da equipe -2- somente pelo fato de obter nota zero em saúde mental, isso pode ter ocorrido pelo fato de que a equipe não possuía profissional com especificidade para atuar nesta área de conhecimento, também teve a pontuação abaixo da média e alcançou desempenho muito insatisfatório. Essas duas equipes mostraram fragilidade do matriciamento entre os próprios profissionais da equipe NASF (reunião interna).

4.3.3 Dimensão Atenção Integral à Saúde de acordo com municípios com Riqueza Baixa e Indicadores Sociais Bons (IPRS 3)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 3 que se caracterizam por possuírem Riqueza Alta e Indicadores Sociais Insatisfatórios, resultou num grupo formado por 16 equipes NASF de 12 municípios.

Os resultados alcançados na avaliação destas equipes, segundo a classificação geral da dimensão Atenção Integral à Saúde (Tabela 15), mostram que no conjunto das 16 equipes, duas equipes -6 e 13- foram classificadas com desempenho Insatisfatório (20 – 39,99).

Tabela 15 – Distribuição das 16 equipes NASF, agrupadas de acordo com IPRS 3 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Bons), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.

Dimensão Atenção integral à saúde						
Subdimensão segundo valor máximo de pontuação						
Equipe NASF	Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	Reabilitação	Saúde Materno – Infantil	Saúde Mental	Total da Pontuação	Classificação do Desempenho
	25	25	25	25	100	
1	21,88	23,28	22,06	22,22	89,43	MS
2	17,71	18,97	19,12	16,67	72,46	S
3	16,67	17,24	6,62	11,11	51,64	R
4	17,71	7,76	5,15	16,67	47,28	R
5	17,71	16,38	17,65	15,28	67,01	S
6	8,33	0,00	3,68	8,33	20,34	I
7	16,67	19,83	12,50	9,72	58,72	R
8	21,88	22,41	19,85	22,22	86,36	MS
9	22,92	23,28	8,82	22,22	77,24	S
10	21,88	23,28	22,06	22,22	89,43	MS
11	11,46	8,62	20,59	12,50	53,17	R
12	18,75	22,41	18,38	20,83	80,38	MS
13	19,79	7,76	1,47	9,72	38,74	I
14	20,83	21,55	9,56	20,83	72,78	S
15	20,83	21,55	22,06	22,22	86,67	MS
16	20,83	22,41	22,06	20,83	86,14	MS

FONTE: Desenvolvido pelo autor.

A análise dos dados mostra que a equipe -6- ficou com a classificação de desempenho próxima de muito insatisfatória. Sua pontuação foi zero na subdimensão Reabilitação, o que pode caracterizar, como vimos nos resultados dos grupos anteriores, que a equipe não possuía profissional para atuar com reabilitação física e da linguagem. Nas outras três subdimensões sua pontuação ficou abaixo da média esperada, principalmente na saúde materna – infantil.

A equipe -13- desenvolve ações nas quatro subdimensões, mas teve desempenho abaixo da média esperada em três delas. A pontuação desta equipe na subdimensão da Saúde Materno – Infantil ficou próxima de zero, pois não realizava ações voltadas para saúde da mulher e de desenvolvimento da criança. Havia apenas o atendimento dos agravos das crianças.

4.3.4 Dimensão Atenção Integral à Saúde de acordo com municípios com Riqueza Baixa e Indicadores Sociais Intermediários (IPRS 4)

O agrupamento das equipes de acordo com o IPRS 4, que traduz Riqueza Baixa e Indicadores Sociais Intermediários, resultou num grupo formado por 11 equipes NASF de 10 municípios.

A distribuição dos resultados destas equipes na dimensão Atenção Integral à Saúde (Tabela 16) mostra que uma equipe -11- apresentou desempenho insatisfatório (20 – 39,99).

Tabela 16 – Distribuição das 11 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 4 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Intermediários), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.

Equipe NASF	Dimensão Atenção integral à saúde					Classificação do Desempenho
	Subdimensão segundo valor máximo de pontuação					
	Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	Reabilitação	Saúde Materno – Infantil	Saúde Mental	Total da Pontuação	
	25	25	25	25	100	
1	22,92	18,10	22,79	25,00	88,81	M
2	13,54	10,34	22,79	18,06	64,74	S
3	10,42	10,34	11,76	22,22	54,75	R
4	21,88	19,83	8,82	0,00	50,53	R
5	21,88	0,00	14,71	9,72	46,30	R
6	17,71	14,66	21,32	22,22	75,91	S
7	21,88	23,28	21,32	22,22	88,70	MS
8	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00	MS
9	13,54	16,38	18,38	9,72	58,03	R
10	18,75	7,76	9,56	16,67	52,73	R
11	13,54	6,03	2,94	8,33	30,85	I

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Essa equipe ficou com nota abaixo da média em três subdimensões, sendo o desempenho mais baixo foi na Saúde Materno-Infantil. Neste caso a equipe desenvolvia ações no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do território, mas não

atuava nos agravos apresentados nesta faixa etária. Em relação a saúde da mulher a equipe não desenvolvia nenhuma ação.

4.3.5 Dimensão Atenção Integral à Saúde de acordo com municípios com Riqueza Baixa e Indicadores Sociais Insatisfatórios (IPRS 5)

Este agrupamento é formado por 4 equipes de 4 municípios que se caracterizam por possuírem Baixa Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios.

Distribuindo o resultado alcançado na análise destas equipes, segundo a classificação geral da dimensão Atenção Integral à Saúde (Tabela 17), mostra que no conjunto das 4 equipes, uma equipe -2- apresentou desempenho muito insatisfatório (0 - 19,99), as equipes -1 e 4- obtiveram desempenho regular (40 – 59,99) e uma equipe (3) satisfatório (60 – 79,99).

Tabela 17 – Distribuição das 4 equipes NASF, agrupadas de acordo com o IPRS 5 (Riqueza baixa e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.

Equipes NASF	Dimensão Atenção integral à saúde					Classificação do Desempenho
	Subdimensão segundo valor máximo de pontuação					
	Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	Reabilitação	Saúde Materno - Infantil	Saúde Mental	Total da Pontuação	
	25	25	25	25	100	
1	15,63	8,62	14,71	8,33	47,28	R
2	14,58	2,59	0,00	0,00	17,17	MI
3	21,88	18,10	16,91	16,67	73,56	S
4	15,63	11,21	19,85	0,00	46,68	R

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

A equipe -2- alcançou desempenho baixo em duas das quatro subdimensões conforme mostra a tabela 17. Observa-se que as notas em Saúde Materna – Infantil e Saúde Mental foram zero, podendo caracterizar a ausência de profissional especialista. Na análise da subcategoria Reabilitação a pontuação ficou próxima de zero, pois não desenvolvia ações de reabilitação, mas realizava ações de cuidado para as pessoas com deficiência, entretanto não atendia a padrões específicos de cuidado como avaliação e reabilitação.

4.4 Desempenho das equipes NASF do município de São Paulo nas Dimensões “Gestão/Coordenação NASF”, “Organização do Processo de Trabalho” e “Atenção Integral à Saúde”.

O município de São Paulo é classificado de acordo com o IPRS no grupo 2 por possuir um Alto índice de Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios. Participaram 74 equipes NASF do 2º Ciclo da avaliação externa do PMAQ, tendo sido disponibilizados 72 questionários no Banco de Dados do MS. O resultado dos valores obtidos pelas equipes na avaliação das dimensões Gestão e Coordenação, Organização do Processo de Trabalho, Atenção Integral à Saúde e subcategorias são apresentadas abaixo.

4.4.1 Dimensão Gestão/Coordenação NASF

A maioria das equipes obteve desempenho satisfatório (25 equipes) e muito satisfatório (39 equipes) e oito equipes desempenho regular (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição das 72 equipes NASF da capital, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Alta Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.

(Continua)

Gestão/Coordenação NASF								
Equipe NASF	Subdimensão Segundo Valor Máximo de Pontuação							Classificação do Desempenho
	Estrutura física	Organização da Gestão e Coordenação	Educação permanente	Planejamento das ações	Organização do Apoio Matricial	Gestão da Demanda e da atenção compartilhada	Total de Pontuação	
	15,00	30,00	10,00	15,00	10,00	20,00	100,00	
1	12,00	30,00	8,25	13,50	10,00	15,00	88,75	MS
2	12,00	30,00	8,00	14,00	10,00	17,50	91,50	MS
3	10,00	30,00	8,00	10,25	10,00	7,50	75,75	S
4	9,00	30,00	0,25	9,75	10,00	0,00	59,00	R
5	12,00	30,00	6,75	10,50	10,00	7,50	76,75	S
6	11,00	30,00	7,00	13,75	10,00	10,00	81,75	MS
7	10,00	30,00	8,50	13,00	10,00	17,50	89,00	MS
8	13,00	20,00	9,50	14,00	10,00	17,50	84,00	MS
9	10,00	30,00	8,00	13,25	10,00	17,50	88,75	MS
10	12,00	30,00	6,50	14,00	10,00	15,00	87,50	MS
11	13,00	30,00	6,25	13,75	10,00	15,00	88,00	MS
12	11,00	30,00	8,50	14,25	10,00	17,50	91,25	MS
13	10,00	30,00	8,00	11,75	7,00	17,50	84,25	MS
14	11,00	30,00	7,75	12,50	10,00	5,00	76,25	S
15	12,00	30,00	7,50	13,75	7,00	7,50	77,75	S
16	9,50	30,00	4,25	14,00	10,00	15,00	82,75	MS
17	12,00	30,00	8,00	13,75	10,00	5,00	78,75	S
18	13,00	30,00	8,25	14,00	10,00	7,50	82,75	MS
19	12,00	30,00	8,00	14,00	10,00	15,00	89,00	MS
20	12,00	30,00	9,00	13,00	10,00	17,50	91,50	MS
21	13,00	20,00	7,50	13,00	10,00	15,00	78,50	S
22	8,00	30,00	6,75	11,75	10,00	10,00	76,50	S
23	11,00	30,00	8,50	14,00	10,00	17,50	91,00	MS
24	8,00	20,00	6,25	10,75	6,00	5,00	56,00	R
25	12,00	30,00	8,00	13,00	10,00	12,50	85,50	MS
26	9,00	30,00	8,50	12,75	10,00	12,50	82,75	MS
27	11,00	30,00	8,50	11,00	10,00	0,00	70,50	S
28	10,00	30,00	4,25	13,00	7,00	17,50	81,75	MS
29	14,00	20,00	7,00	12,75	7,00	10,00	70,75	S

Tabela 18 – Distribuição das 72 equipes NASF da capital, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Alta Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Gestão/Coordenação. São Paulo, 2016.

(Continuação)

Gestão/Coordenação NASF								
Subdimensão Segundo Valor Máximo de Pontuação								Classificação do Desempenho
Equipe NASF	Estrutura física	Organização da Gestão e Coordenação	Educação permanente	Planejamento das ações	Organização do Apoio Matricial	Gestão da Demanda e da atenção compartilhada	Total de Pontuação	
	15,00	30,00	10,00	15,00	10,00	20,00	100,00	
30	14,00	20,00	9,50	14,00	10,00	7,50	75,00	S
31	13,00	30,00	6,00	13,25	7,00	15,00	84,25	MS
32	13,00	30,00	8,75	13,50	10,00	17,50	92,75	MS
33	12,00	30,00	7,75	14,00	3,00	17,50	84,25	MS
34	11,00	30,00	8,00	14,00	10,00	15,00	88,00	MS
34	11,00	30,00	8,00	14,00	10,00	15,00	88,00	MS
35	12,00	30,00	7,50	14,00	10,00	12,50	86,00	MS
36	10,00	30,00	6,75	13,25	10,00	15,00	85,00	MS
37	8,00	20,00	5,50	9,50	7,00	0,00	50,00	R
38	11,00	30,00	8,00	14,00	10,00	20,00	93,00	MS
39	11,00	20,00	7,75	11,50	3,00	5,00	58,25	R
40	12,00	30,00	6,75	14,00	10,00	15,00	87,75	MS
41	12,00	30,00	6,00	13,00	3,00	10,00	74,00	S
42	11,00	30,00	7,00	11,25	10,00	7,50	76,75	S
43	9,00	30,00	6,50	12,25	10,00	7,50	75,25	S
44	9,00	30,00	6,50	12,25	10,00	7,50	75,25	S
45	12,00	30,00	8,00	12,75	10,00	7,50	80,25	MS
46	9,00	30,00	6,50	14,00	10,00	12,50	82,00	MS
47	12,00	30,00	6,00	11,50	10,00	10,00	79,50	S
48	12,00	0,00	8,25	13,00	10,00	15,00	58,25	R
49	11,00	30,00	9,00	14,00	10,00	20,00	94,00	MS
50	10,00	30,00	4,75	12,00	10,00	12,50	79,25	S
51	9,00	30,00	3,00	12,25	10,00	10,00	74,25	S
52	10,00	30,00	3,75	13,75	10,00	17,50	85,00	MS
53	12,00	20,00	8,00	13,75	10,00	10,00	73,75	S
54	7,50	30,00	6,50	11,00	10,00	15,00	80,00	MS
55	11,00	30,00	8,25	14,00	10,00	15,00	88,25	MS
56	12,00	30,00	8,25	14,00	10,00	12,50	86,75	MS
57	12,00	20,00	8,00	13,75	10,00	12,50	76,25	S
58	10,00	30,00	1,75	12,75	0,00	0,00	54,50	R
59	12,00	20,00	6,25	13,25	10,00	12,50	74,00	S
60	12,00	30,00	6,75	13,75	10,00	15,00	87,50	MS
61	7,50	20,00	6,50	10,25	6,00	2,50	52,75	R
62	11,00	30,00	7,00	14,00	10,00	17,50	89,50	MS
63	13,00	30,00	8,25	12,25	10,00	5,00	78,50	S
64	10,00	0,00	8,00	14,00	10,00	15,00	57,00	R
65	12,00	30,00	2,50	13,50	10,00	17,50	85,50	MS
66	12,00	30,00	8,50	14,00	10,00	17,50	92,00	MS
67	13,00	30,00	8,25	13,25	10,00	5,00	79,50	S
68	7,50	30,00	2,25	14,00	10,00	15,00	78,75	S
69	11,00	30,00	8,50	14,00	10,00	12,50	86,00	MS
70	11,00	30,00	8,50	13,75	10,00	17,50	90,75	MS
71	12,00	30,00	8,00	11,50	10,00	7,50	79,00	S
72	11,00	30,00	6,25	12,50	7,00	10,00	76,75	S

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

(Conclusão)

A análise dos dados, segundo as subdimensões mostra que oito equipes com desempenho regular (4, 24, 37, 39, 48, 58, 61, 64) tiveram pontuação igual ou acima da média esperada para Estrutura Física e Planejamento das Ações.

Na subdimensão Organização da Gestão e Coordenação, duas equipes -48 e 64- tiveram nota zero, pois as equipes não possuíam coordenador em qualquer instância e as equipes não realizavam reunião com periodicidade definida.

As equipes -4 e 58- tiveram pontuação próxima de zero na subdimensão Educação Permanente. Ambas tiveram curso introdutório e uma delas -58- realizou reuniões informativas, avaliadas pelas equipes com bom conceito, embora tenham sido ações pontuais, mas nenhuma outra das 18 ações relacionadas à EP foi ofertada para essa equipe. As equipes -39 e 58- obtiveram pontuação abaixo da média esperada na subdimensão Organização do Apoio Matricial. A equipe -58- não cumpriu nenhum padrão de qualidade solicitado e a equipe -39- cumpriu o padrão de avaliação e monitoramento dos resultados da atenção compartilhada.

Seis equipes tiveram pontuação abaixo da média esperada para a subdimensão Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada (4, 24, 37, 39, 58, 61), três delas (4, 37, 58) tiveram valor zero. A equipe -61- monitorava algumas vezes as solicitações de apoio das equipes. A equipe -24- cumpriu dois padrões relacionados à análise equivocada das solicitações e o resultado/impacto das suas ações e a equipe -39- realizava a análise de indicadores de saúde da população do território e também analisa o resultado/impacto das suas ações.

Das 72 equipes da capital, 64 (89,0%) tinha gestão direta, ou seja, possuía um coordenador dedicado exclusivamente ao planejamento, organização e monitoramento do processo de trabalho das equipes NASF, duas (3%) estavam sem coordenador no momento da avaliação e, seis (8%) a coordenação não era direta, era realizada por profissional em outras instâncias.

4.4.2 Dimensão Organização do Processo de Trabalho

Distribuindo os resultados alcançados na avaliação das equipes NASF da capital, segundo a classificação geral na dimensão Organização do Processo de Trabalho (Tabela 19), observa-se que a maioria obteve desempenho satisfatório (26 equipes) ou muito satisfatório (43 equipes). Três equipes (4, 37, 61) com desempenho regular tiveram nota abaixo do

esperado nas subdimensões Gestão da Demanda e Atenção Compartilhada e, as equipe -4 e 37- tiveram valor zerado.

Tabela 19 – Distribuição das 72 equipes NASF da capital, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Alta Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.

(Continua)

Equipe NASF	Organização do processo de trabalho Subdimensão Segundo Valor Máximo de Pontuação						Classificação do Desempenho
	Planejamento das ações	Organização da agenda	Organização do apoio matricial	Gestão da Demanda e da Atenção compartilhada	Registro das atividades	Total de Pontuação	
	30,00	20,00	20,00	20,00	10,00	100,00	
1	25,00	18,00	17,45	15,00	9,00	84,45	MS
2	28,00	16,50	19,00	17,50	10,00	91,00	MS
3	13,00	19,50	19,00	7,50	10,00	69,00	S
4	15,00	18,50	15,50	0,00	8,00	57,00	R
5	19,00	20,00	18,55	7,50	9,00	74,05	S
6	26,50	16,50	19,00	10,00	8,00	80,00	MS
7	27,00	19,50	17,70	17,50	10,00	91,70	MS
8	28,00	19,50	18,50	17,50	9,00	92,50	MS
9	27,00	19,50	19,00	17,50	8,00	91,00	MS
10	28,00	19,50	16,00	15,00	7,00	85,50	MS
11	26,50	20,00	18,25	15,00	8,00	87,75	MS
12	28,00	19,50	18,00	17,50	10,00	93,00	MS
13	17,00	19,50	16,00	17,50	9,00	79,00	S
14	24,00	19,50	19,50	5,00	9,00	77,00	S
15	26,50	18,50	18,25	7,50	8,00	78,75	S
16	26,50	20,00	19,70	15,00	9,00	90,20	MS
17	26,50	18,00	14,75	5,00	8,00	72,25	S
18	28,00	20,00	19,70	7,50	9,00	84,20	MS
19	28,00	20,00	18,55	15,00	8,00	89,55	MS
20	27,00	20,00	18,70	17,50	8,00	91,20	MS
21	25,50	19,50	18,50	15,00	9,00	87,50	MS
22	19,50	18,00	15,50	10,00	7,00	70,00	S
23	28,00	20,00	19,00	17,50	9,00	93,50	MS
24	20,50	19,50	14,00	5,00	7,00	66,00	S
25	27,00	20,00	19,10	12,50	10,00	88,60	MS
26	25,50	16,50	19,00	12,50	8,00	81,50	MS
27	22,00	19,50	19,00	0,00	9,00	69,50	S
28	20,50	18,00	10,25	17,50	7,00	73,25	S
29	25,50	20,00	16,25	10,00	8,00	79,75	S
30	26,50	19,50	18,10	7,50	8,00	79,60	S
31	23,50	19,50	16,00	15,00	7,00	81,00	MS
32	27,00	20,00	19,00	17,50	9,00	92,50	MS
33	28,00	19,50	10,00	17,50	9,00	84,00	MS
34	28,00	18,50	19,20	15,00	9,00	89,70	MS
35	28,00	20,00	18,45	12,50	8,00	86,95	MS
36	23,50	18,50	17,50	15,00	9,00	83,50	MS
37	15,00	18,00	16,20	0,00	7,00	56,20	R
38	28,00	20,00	19,60	20,00	10,00	97,60	MS
39	20,00	19,50	10,25	5,00	9,00	63,75	S
40	28,00	20,00	18,25	15,00	9,00	90,25	MS
41	27,00	19,50	11,25	10,00	7,00	74,75	S
42	17,00	19,50	17,00	7,50	9,00	70,00	S
43	24,50	19,50	15,00	7,50	8,00	74,50	S
44	24,50	19,50	15,00	7,50	8,00	74,50	S

Tabela 19 – Distribuição das 72 equipes NASF da capital, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Alta Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Organização do Processo de Trabalho. São Paulo, 2016.

(Continuação)

Organização do processo de trabalho							
Subdimensão Segundo Valor Máximo de Pontuação							Classificação do Desempenho
Equipe NASF	Planejamento das ações	Organização da agenda	Organização do apoio matricial	Gestão da Demanda e da Atenção compartilhada	Registro das atividades	Total de Pontuação	
	30,00	20,00	20,00	20,00	10,00	100,00	
45	25,50	20,00	19,00	7,50	10,00	82,00	MS
46	28,00	18,50	19,20	12,50	9,00	87,20	MS
47	23,00	19,50	19,00	10,00	9,00	80,50	MS
48	24,00	20,00	19,30	15,00	9,00	87,30	MS
49	28,00	20,00	19,20	20,00	10,00	97,20	MS
50	21,00	18,00	14,00	12,50	7,00	72,50	S
51	22,50	19,50	19,70	10,00	8,00	79,70	S
52	25,00	19,50	16,00	17,50	8,00	86,00	MS
53	26,50	20,00	19,50	10,00	9,00	85,00	MS
54	22,00	18,50	17,50	15,00	8,00	81,00	MS
55	28,00	19,50	18,45	15,00	9,00	89,95	MS
56	28,00	19,50	19,10	12,50	10,00	89,10	MS
57	26,50	19,50	19,00	12,50	9,00	86,50	MS
58	25,50	18,00	11,50	0,00	8,00	63,00	S
59	23,50	18,50	19,20	12,50	9,00	82,70	MS
60	26,50	20,00	17,60	15,00	10,00	89,10	MS
61	17,50	20,00	9,55	2,50	9,00	58,55	R
62	28,00	19,50	19,50	17,50	9,00	93,50	MS
63	18,00	19,50	19,20	5,00	10,00	71,70	S
64	26,50	19,50	17,25	15,00	10,00	88,25	MS
65	25,00	20,00	19,70	17,50	8,00	90,20	MS
66	28,00	19,50	18,90	17,50	9,00	92,90	MS
67	27,00	20,00	18,55	5,00	9,00	79,55	S
68	28,00	19,50	17,00	15,00	9,00	88,50	MS
69	28,00	20,00	18,00	12,50	9,00	87,50	MS
70	26,50	19,50	18,25	17,50	9,00	90,75	MS
71	23,00	18,00	19,00	7,50	9,00	76,50	S
72	24,00	18,00	18,45	10,00	7,00	77,45	S

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

(Conclusão)

Observou – se que vinte equipes NASF (27,8%) alcançaram desempenho abaixo da média na subdimensão Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada. Quatro (5,5%) equipes (4, 27, 37 e 58) não cumpriram com nenhum padrão de qualidade solicitado na avaliação externa. Este é um grande desafio pois esta necessita de um envolvimento das equipes para realizarem a cogestão dos processos de trabalho e do Gestor/Coordenador NASF solicita uma gestão que permita a participação de toda a equipe. Para as equipes desenvolverem essas ações é necessário controle sobre os processos, análise dos dados e avaliação dos resultados/impacto após as intervenções da equipe NASF.

4.4.3 Dimensão Atenção Integral à Saúde

Distribuindo os resultados alcançados na avaliação das equipes NASF da capital, segundo a classificação geral na dimensão Atenção Integral à Saúde (Tabela 20), observa-se que a maioria teve desempenho satisfatório (22 equipes) e muito satisfatório (47 equipes).

Tabela 20 – Distribuição das 72 equipes NASF da capital, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Alta Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.

(Continua)

Atenção integral à saúde						
Equipe NASF	Subdimensão Segundo Valor Máximo de Pontuação					Classificação do Desempenho
	Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	Reabilitação	Saúde Materno – Infantil	Saúde Mental	Total de Pontuação	
	25	25	25	25	100	
1	20,83	22,41	17,65	22,22	83,12	MS
2	20,83	23,28	22,06	19,44	85,61	MS
3	23,96	23,28	22,06	22,22	91,52	MS
4	20,83	19,83	8,09	20,83	69,58	S
5	20,83	22,41	22,06	19,44	84,75	MS
6	14,58	14,66	14,71	18,06	62,00	S
7	17,71	19,83	8,82	13,89	60,25	S
8	21,88	23,28	21,32	22,22	88,70	MS
9	19,79	20,69	16,91	16,67	74,06	S
10	18,75	23,28	21,32	22,22	85,57	MS
11	21,88	20,69	20,59	22,22	85,38	MS
12	21,88	23,28	22,06	22,22	89,43	MS
13	19,79	20,69	8,82	20,83	70,14	S
14	21,88	23,28	20,59	22,22	87,96	MS
15	16,67	21,55	17,65	13,89	69,75	S
16	20,83	22,41	21,32	22,22	86,79	MS
17	20,83	19,83	16,91	16,67	74,24	S
18	25,00	25,00	22,06	20,83	92,89	MS
19	25,00	24,14	23,53	25,00	97,67	MS
20	21,88	23,28	22,06	23,61	90,82	MS
21	21,88	23,28	21,32	22,22	88,70	MS
22	21,88	23,28	20,59	20,83	86,57	MS
23	19,79	22,41	21,32	23,61	87,14	MS
24	20,83	23,28	19,85	15,28	79,24	S
25	21,88	22,41	22,79	22,22	89,31	MS
26	20,83	18,97	19,85	18,06	77,71	S
27	15,63	22,41	19,85	16,67	74,56	S
28	16,67	11,21	9,56	18,06	55,49	R
29	20,83	22,41	21,32	22,22	86,79	MS
30	18,75	21,55	22,06	22,22	84,58	MS
31	17,71	18,97	19,12	20,83	76,62	S
32	22,92	23,28	22,06	22,22	90,47	MS
33	19,79	22,41	20,59	19,44	82,24	MS
34	22,92	21,55	22,79	19,44	86,71	MS
35	19,79	21,55	18,38	18,06	77,78	S
36	21,88	19,83	20,59	20,83	83,12	MS
37	18,75	21,55	18,38	19,44	78,13	S
38	21,88	22,41	22,06	22,22	88,57	MS
39	19,79	23,28	18,38	15,28	76,73	S
40	23,96	22,41	22,06	23,61	92,04	MS

Tabela 20 – Distribuição das 72 equipes NASF da capital, agrupadas de acordo com o IPRS 2 (Alta Riqueza e Indicadores Sociais Insatisfatórios), conforme pontuação e classificação do desempenho nas subdimensões e dimensão Atenção Integral à Saúde. São Paulo, 2016.

(Continuação)

Atenção integral à saúde						
Equipe NASF	Subdimensão Segundo Valor Máximo de Pontuação					Classificação do Desempenho
	Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	Reabilitação	Saúde Materno – Infantil	Saúde Mental	Total de Pontuação	
	25	25	25	25	100	
41	15,63	8,62	15,44	18,06	57,74	R
42	21,88	23,28	22,06	22,22	89,43	MS
43	16,67	18,10	18,38	18,06	71,21	S
44	16,67	18,10	18,38	18,06	71,21	S
45	22,92	23,28	20,59	19,44	86,23	MS
46	21,88	21,55	20,59	22,22	86,24	MS
47	18,75	19,83	18,38	18,06	75,02	S
48	22,92	22,41	22,06	22,22	89,61	MS
49	25,00	24,14	22,06	22,22	93,42	MS
50	11,46	4,31	22,79	9,72	48,29	R
51	19,79	21,55	20,59	16,67	78,60	S
52	20,83	22,41	16,18	20,83	80,26	MS
53	25,00	23,28	23,53	20,83	92,64	MS
54	20,83	23,28	22,06	18,06	84,22	MS
55	19,79	22,41	19,12	22,22	83,55	MS
56	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00	MS
57	21,88	23,28	19,85	22,22	87,23	MS
58	16,67	13,79	22,06	16,67	69,19	S
59	21,88	19,83	22,06	22,22	85,98	MS
60	19,79	19,83	23,53	22,22	85,37	MS
61	13,54	13,79	22,06	13,89	63,28	S
62	20,83	23,28	22,06	22,22	88,39	MS
63	22,92	24,14	22,79	20,83	90,68	MS
64	20,83	22,41	22,06	20,83	86,14	MS
65	21,88	23,28	20,59	20,83	86,57	MS
66	20,83	23,28	19,85	22,22	86,18	MS
67	19,79	21,55	18,38	22,22	81,95	MS
68	19,79	20,69	8,82	22,22	71,53	S
69	21,88	23,28	22,06	22,22	89,43	MS
70	17,71	18,10	19,85	23,61	79,28	S
71	20,83	21,55	20,59	18,06	81,03	MS
72	19,79	20,69	19,12	22,22	81,82	MS

FONTE: Desenvolvida pelo autor.

(Conclusão)

Na subdimensão Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas a equipe -50- ficou com a pontuação abaixo da média esperada, pois não realizava as ações que promovam o autocuidado; avaliação do grau de motivação e capacidade do usuário se cuidar; avaliação do conhecimento e o comportamento do paciente frente à doença; avaliação e reabilitação de condições motoras, cardiorrespiratória, psicossociais, farmacoterapêutico, alimentação e nutrição, práticas corporais e atividades física e a qualificação dos encaminhamentos para outros pontos da rede de atenção à saúde.

As três equipes classificadas com desempenho regular (21, 41, 50) tiveram valor abaixo da média esperada na subdimensão Reabilitação. A equipe -50- obteve a menor pontuação nesta subdimensão, pois atendeu 5/29 padrões de qualidade. Os 5 padrões dizem respeito ao apoio às equipes da AB estratégias de reabilitação, aos grupos de prevenção e promoção de saúde, ao cuidado às pessoas com deficiência, a orientação aos cuidadores e familiares e outras ações não especificadas.

Na Saúde Materno-Infantil a equipe -28- ficou com a pontuação abaixo da média esperada, pois a equipe não realizava ação voltada para o acompanhamento e desenvolvimento das crianças do território. Dos 34 padrões de qualidade solicitados, a equipe deixou de cumprir 22 deles.

No cuidado ofertado aos usuários com problemas de Saúde Mental, a equipe -50- obteve pontuação abaixo da média esperada na subdimensão. Dos dezoito padrões de qualidade que compõe esta subcategoria, a equipe realiza sete.

Tendo apresentado o conjunto destes resultados, a seguir, discute-se o desempenho encontrado das equipes NASF frente às dimensões analisadas.

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Conforme descrito anteriormente, esta pesquisa analisou o desempenho dos NASF no Estado de São Paulo observando três dimensões: Gestão/Coordenação, Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde a partir da análise do banco de dados do PMAQ no 2º ciclo. Para a análise foi desenvolvido um método que classificou as equipes com desempenho muito insatisfatório (0 – 19,99), insatisfatório (20 – 39,99), regular (40 - 59,99), satisfatório (60 – 79,99) e muito satisfatório (80 - 100). Para a discussão, os resultados foram contextualizados e problematizados nas suas respectivas dimensões.

Os resultados mostraram que a maioria das equipes NASF do Estado de São Paulo alcançou desempenho satisfatório e muito satisfatório nas três dimensões analisadas. Esses resultados indicaram que a assistência em saúde na APS foi ampliada com a implantação das equipes NASF no Estado. Há estudos que evidenciaram maior resolutividade na AB, inferindo que houve melhoria do acesso à atenção especializada, reduzindo o número de encaminhamento para a Rede de Atenção à Saúde, qualificando as práticas, auxiliando a reorganização das RAS e possibilitando a inserção de novas práticas em saúde (Silva et al, 2012; Araújo, 2014; Nascimento, 2015; Matuda et al, 2015; Fonseca Sobrinho et al, 2014).

A primeira dimensão analisada, **Gestão/Coordenação NASF**, buscou categorizar o tipo de coordenação (direta ou indireta), identificar o monitoramento e avaliação dos processos e verificar as estratégias de avaliação mais utilizadas.

Os resultados da pesquisa mostraram que as equipes NASF do município de São Paulo alcançaram alto desempenho, enquanto nos demais municípios, o percentual das equipes NASF com alto desempenho foi menor. Um fator que pode ter influenciado esses resultados foi a Gestão/Coordenação direta da equipe NASF, que é maior no município de São Paulo. A gestão/coordenação direta é aquela que possui um coordenador específico para a equipe NASF.

Arruda et al (2012) criticam a função desempenhada pelo coordenador NASF, por exercer uma gestão verticalizada, sendo mais um dos “chefes” para ordenar e cobrar as metas, assim como o gerente em cada UBS nas quais a equipe é referência, coordenador regional, supervisor técnico de saúde do distrito e supervisores técnicos de cada área temática. Isto se contrapõe ao que se espera de um gestor, conforme destacado por Ditterich et al (2012) o gestor deve exercer liderança democrática, baseado na gestão participativa – cogestão. Além

disso, ele deve trabalhar com sua equipe de maneira a compor os conhecimentos e habilidades do grupo na busca de um ambiente onde ocorra a sinergia e o desenvolvimento contínuo das pessoas.

Na dimensão gestão/coordenação NASF na maioria das equipes NASF da capital e, três/quartos das equipes NASF do agrupamento IPRS 5, possuíam coordenador específico (IV.5.2). Analisando os dados de acordo com o IPRS, observa-se que das cinco equipes NASF que obtiveram desempenho baixo nesta dimensão, no momento da avaliação, uma estava sem nenhum tipo de gestor/coordenador - IPRS 5 e quatro estavam com coordenação indireta – uma equipe do IPRS 1, duas equipes no agrupamento IPRS 2 e uma equipe do agrupamento IPRS 3.

A importância do responsável direto pela equipe é destacada por Mafra (2012) ao observar que a equipe NASF sem coordenação direta, incorre em falha no planejamento, consequentemente no apoio às equipes SF e na atenção a população. Reis et al (2016) acrescentam que a gestão indireta fica distante e sem foco na organização dos processos de trabalho das equipes. Araújo (2014) destaca ainda que as equipes com gestão direta se diferenciam quando realizam o planejamento individual e o compartilhado com as equipes SF.

A existência de coordenador específico para as equipes NASF da capital seguiu as orientações da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (São Paulo, 2009) que recomendou a inclusão deste profissional na equipe multiprofissional, com o objetivo de direcionar e integrar o processo de trabalho dos Núcleos, em consonância com as ações das equipes SF. Essa orientação da SMS de São Paulo foi uma iniciativa pioneira, pois no primeiro caderno de diretrizes para o NASF em nível federal não havia sido indicada a presença de um profissional gestor/coordenador NASF (Brasil, 2009a).

A função de coordenação foi incluída no caderno nº 39 do Ministério da Saúde, sugerindo aos municípios, a publicação de diretrizes e referências para o funcionamento dos núcleos de apoio e, indicando que as Secretarias Municipais de Saúde estabelecessem apoiadores institucionais para gestão e coordenação como mediadores entre o NASF e as equipes SF (Brasil, 2014).

O apoio institucional é visto como uma ferramenta estratégica de gestão, assim como um dispositivo que auxilia a cogestão a partir da organização do processo de democratização institucional entre os gestores e trabalhadores (Andrade, 2013). O apoiador institucional ajuda

a implantar mudanças nas organizações, utilizando diversos dispositivos como planejamento das ações, educação permanente, avaliação e monitoramento dos resultados, que auxiliam na construção de pactos e ações (Pinto et al, 2012), sendo sua principal função apoiar as equipes e a gestão municipal (Andrade, 2013).

O gestor/coordenador em saúde realiza o planejamento programático (articulação de objetivos, atividades e recursos), assim como reconhece e acompanha o trabalho da equipe sob sua orientação, por meio do monitoramento e avaliação das ações e atividades (Paim, 2006). Com base neste conceito, o gestor/coordenador NASF é um integrante da equipe que desempenha a função de administrador e mediador da equipe NASF e as equipes SF.

A Educação Permanente deve ser vista como ferramenta de gestão para qualificar os serviços, os profissionais e transformar as práticas assistências (Pinto et al., 2012; Brasil, 2013b) e deve ser aplicada pelos apoiadores institucionais e pelos Coordenador NASF independente da instância administrativa.

Diante do exposto, a reunião NASF com a participação do gestor/coordenador é extremamente importante, pois é principalmente neste espaço que ocorre o planejamento e direcionamento do trabalho. Em virtude disso, analisar os resultados deste padrão se faz necessário.

A análise dos dados no presente estudo mostrou que um percentual elevado de equipes NASF realizavam reunião com o coordenador. Corroborando com os achados do presente estudo, quatro pesquisas identificaram que a reunião NASF ocupou grande parte da jornada de trabalho, utilizada para discussão de casos, matriciamento, questões administrativas e planejamento das ações (Azevedo e Kind, 2013; Lancman et al, 2013; Gonçalves et al, 2015; Barros, 2015). Entretanto, essa não é a realidade do NASF em todos os municípios (Barros e Farias Júnior, 2012), uma vez que, mais de vinte por cento das equipes NASF dos outros municípios não reservam espaços nas agendas para esse momento de cogestão.

Os resultados ainda mostraram que a maioria das equipes NASF do Estado realizavam o planejamento das suas ações (IV.7.5.1), assim como o planejamento integrado com as equipes SF (IV.7.7). Esses resultados são confirmados por uma pesquisa baseada nos dados do 2º ciclo do PMAQ, mostrando que 83,0% das equipes NASF de São Paulo realizavam o planejamento e a programação de suas ações com periodicidade mensal e, 90,0% planejavam suas ações de forma conjunta ou integrada com as equipes SF (Silva, 2014).

O planejamento é considerado uma ferramenta de gestão fundamental para direcionar o trabalho, explicitar objetivos e compromissos compartilhados. (Paim, 2006) Isso porque planejar é decidir com antecedência as mudanças necessárias para modificar condições insatisfatórias no presente e prevenir deterioração futura (Brasil, 2009c).

A falta de planejamento encontrado nesta pesquisa é confirmada por um estudo realizado por Araújo (2014) em um município de Belo Horizonte que ao analisar os indicadores de resultados de duas equipes NASF, verificou que as equipes NASF daquele município não realizavam o planejamento.

Os documentos deixam margem para uma diversidade de interpretação sobre o planejamento e organização do processo de trabalho do NASF e seu papel na conformação de redes de saúde locais. Sampaio et al (2012) discutem que isto promove uma disputa no contexto local sobre como operacionalizar o NASF, permitindo a coexistência de diferentes modelos de gestão. Nascimento (2015) acrescenta à discussão que essa ausência de diretrizes acarreta diversidade de formação nas equipes NASF em um mesmo município e, gera dúvida sobre seu objeto de atuação.

A terceira ferramenta de gestão analisada na dimensão Gestão/Coordenação NASF foi o monitoramento e a avaliação, instrumentos essenciais para realizar o acompanhamento do processo de trabalho do NASF. A avaliação e o monitoramento do desempenho devem basear-se nos indicadores de resultado da sua ação junto às equipes SF, assim como nos indicadores de resultado para a população. O Ministério da Saúde destaca que a incorporação dessas práticas gera informações que auxiliam na definição de estratégias de intervenção, na tomada de decisão e na organização do trabalho (Brasil, 2014).

A análise dos dados na presente pesquisa mostrou que o monitoramento e a avaliação como ferramenta de gestão precisam ser sistematizados nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do Estado de São Paulo. Silva (2014) na análise do segundo ciclo da avaliação externa do PMAQ verificou que 79,0% das equipes NASF do estado de São Paulo monitoravam e analisavam os indicadores referentes ao seu processo de trabalho.

Um percentual considerável dos outros municípios não monitora e nem analisa os indicadores das equipes NASF, diferente do município de São Paulo que de alguma forma, sistematizaram o monitoramento do processo de trabalho das equipes.

Contrariando os achados no município de São Paulo Vannucchi e Carneiro Junior (2012) constataram a impossibilidade de monitoramento dos casos por parte da equipe NASF, fato esse que pode inviabilizar a corresponsabilidade, devido ao grande número de equipes SF que são apoiadas pela equipe NASF.

O acompanhamento dos processos ajuda a direcionar as ações para alcançar as metas e os resultados planejados. Por isso, a sistematização desta prática torna-se uma ferramenta auxiliar aos gestores e trabalhadores das equipes de saúde para tomarem decisões de forma rápida, garantindo a intervenção e a correção das ações em tempo oportuno. Portanto, o monitoramento relaciona-se diretamente com as atividades da rotina dos serviços (Brasil, 2014).

A autoavaliação foi realizada pela maioria das equipes NASF. Este resultado permite inferir que o PMAQ – AB contribuiu para que as equipes NASF despertassem para a avaliação na sua rotina de trabalho, entendendo que o AMAQ é uma ferramenta que compõe o programa e pode contribuir para essa análise.

Na mesma argumentação, Reis et al (2014) identificou que a autoavaliação realizada por três equipes NASF na cidade de Santa Catarina contribuiu para reflexão e análise sobre o processo de trabalho, serviu para tomada de decisão, auxiliou no planejamento e direcionamento das ações de melhoria.

O presente estudo observou a necessidade de que um maior número de gestores disponibilize os desafios apontados na autoavaliação para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento das ações. O desconhecimento dos resultados do PMAQ induz os gestores ao esquecimento e desapropriação desta ferramenta tão importante para a gestão. Isso é confirmado em um estudo realizado por Chimara (2013) no qual a autora conclui que o fato de que nenhum dos gestores de UBS entrevistados em sua pesquisa associarem a melhoria da qualidade dos serviços ao PMAQ.

A falta de sistematização das práticas de monitoramento e avaliação nas equipes NASF não é exclusiva dos municípios de São Paulo. Um estudo realizado por Rodriguez et al (2014) no Distrito Federal mostra que na região estudada não existia uma sistemática de monitoramento e avaliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

A segunda dimensão analisada é a **Organização do Processo de Trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família** que engloba a cogestão e o apoio matricial, ferramentas indispensáveis para a realização do trabalho desempenhado pela equipe de apoio.

A análise dos dados na dimensão Organização do Processo de Trabalho das equipes NASF, mostrou que mais de noventa por cento das equipes NASF dedicam um tempo semanal ou quinzenal para reunião interna.

Relembrando que o espaço reservado na agenda para realizar a reunião entre os profissionais da equipe NASF é muito importante para a organização do processo de trabalho. Esse momento pode ser organizado da seguinte maneira: a) administrativo (preenchimento de produção, divulgação de informes, entrega de holerites, etc.); b) cogestão do planejamento das ações da própria equipe, planejamento da articulação intersetorial (sociais, saúde, educação, cultura e esporte), devolutivas das reuniões externas (técnica ou geral UBS, conselho gestor, reuniões equipes SF), matriciamento interno entre os profissionais da equipe NASF, discussão e devolutivas dos casos que necessitam de ampliação da equipe multiprofissional, agendamentos etc. Bezerra (2013) afirma que essa cogestão pode focar a priorização de casos que necessitam retaguarda especializada na APS, além da organização das agendas e outros tipos de atividades.

Os resultados da presente pesquisa mostraram que quase um terço dos municípios não tem espaços de cogestão organizado nas agendas das equipes NASF e SF. A cogestão do processo de trabalho realizada pela equipe NASF é a primeira face da gestão participativa. Serve para democratização das relações de poder, politização da gestão, negociação e transformação das práticas (Cunha e Campos, 2010). A segunda face acontece por meio da cogestão do cuidado compartilhado com as equipes SF, no qual é feito o planejamento, organização e corresponsabilização da assistência. Esse momento se dá nas reuniões entre equipe NASF e Equipes SF.

A análise dos dados mostrou que mais de noventa por cento das equipes NASF realizavam a reunião com as equipes SF com periodicidade definida. Contrariando esse achado, Araújo (2014) realizou uma pesquisa com duas equipes NASF de diferentes distritos sanitários de um município em Belo Horizonte. A autora concluiu que as equipes não realizavam o planejamento do seu processo de trabalho compartilhado com as equipes SF.

Corroborando com Araújo (2014), outros dois estudos realizados no município de São Paulo identificaram que as reuniões entre a equipe NASF e as equipes SF não aconteceram por causa de conflitos que têm origem nas equipes SF (Araújo e Galimbertti, 2013), por ausência dos médicos e enfermeiros (Hori e Nascimento, 2014; Nascimento, 2015), resistência das equipes SF ao novo modelo de gestão do trabalho (Nascimento, 2015; Reis et al, 2016).

Outras vezes as reuniões não aconteceram por entraves que surgem na equipe NASF como a incompatibilidade das agendas, falta de habilidades pessoais dos profissionais NASF como empatia, assertividade e organização, dificuldade em lidar com conflitos como os que envolvem relações de poder, limitação na formação profissional voltada para atendimento individual e desconhecimento dos recursos do território (Reis et al, 2016).

Por isso, investir na relação entre a equipe NASF e as equipes SF é de extrema importância, pois possibilita o diálogo, a reavaliação e a reprogramação (Brasil, 2009a). Mas, isso nem sempre ocorre com facilidade por falta da apropriação deste espaço pelas equipes, desorganização das agendas, ausência de discussão de casos, falta de arranjo organizacional, foco ambulatorial em detrimento ao apoio matricial (Araújo e Galimbertti, 2013).

O apoio matricial é a principal ferramenta tecnológica utilizada para organizar a cogestão do cuidado entre as equipes NASF e SF. Campos (2007) define como apoio matricial ou matriciamento a gestão participativa do trabalho entre as equipes e nas relações interprofissionais. É um método que integra as práticas clínicas e pedagógicas, possibilitando aos profissionais de referência e especialistas manterem uma relação com o propósito de compartilhar campos de conhecimento de modo horizontal. Essa relação gera novos saberes, possibilidades de atuação e diminui a fragmentação do cuidado.

Arona (2009) corrobora dizendo que o AM contribui para a construção da rede de atenção à saúde, personaliza a referência e contrarreferência, reduz a fila de espera aos especialistas e responsabiliza a equipe de referência no acompanhamento longitudinal. É necessário que as equipes de Saúde da Família se disponibilizem para o matriciamento (Mafra, 2012), que deve sempre acontecer sob a supervisão dos gestores (NASF e UBS), pois é um processo dinâmico (Brasil, 2009a).

Para operacionalizar o AM é fundamental reservar na agenda NASF e Equipes SF espaços rotineiros de reuniões com o objetivo de planejar ações individuais ou coletivas,

definir prioridades, discutir casos complexos que necessitam de apoio, compartilhar atendimentos, discutir e resolver conflitos. O matriciamento permite compartilhar saberes, deste modo, amplia a clínica e promove uma assistência mais qualificada e resolutive. O apoio ocorre por meio de ação clínica direta com os usuários (assistencial) e, ação também por meio do apoio educativo (técnico-pedagógica) (Campos & Domitti, 2007, Barros et al, 2015).

A subutilização do matriciamento inviabiliza a cogestão do cuidado pelo fato das equipes SF não darem abertura para a troca de saberes (Nascimento, 2015). Os casos não são discutidos como deveriam, sendo muitas vezes, apenas “passados” para o NASF (Lancman et al, 2013; Hori e Nascimento, 2014).

A flexibilização da cogestão entre a equipe NASF e as equipes SF deve ser discutida e planejada conjuntamente. Pode variar desde uma dedicação maior às atividades de matriciamento, no formato de reunião para discussão de casos e construção de PTS (Barros, 2015), até uma parcela significativa de responsabilidade através dos atendimentos individuais e compartilhados (Araújo, 2014; Nascimento, 2014). Essa possibilidade varia de acordo com o perfil sanitário e assistencial de cada município. (Brasil, 2014) Todavia, o AM deve continuar sendo a principal estratégia para a organização da corresponsabilização do cuidado.

Analizando as causas que inviabilizam a realização do matriciamento com as equipes SF, podem ser identificadas três tipologias:

a) Equipe NASF nominal (só tem nome de NASF) – não há reunião entre o coordenador e equipe NASF para o planejamento, monitoramento e avaliação do processo de trabalho; não realiza reunião entre os profissionais NASF – espaço de cogestão do processo de trabalho. Foi criada a partir da junção de especialistas concursados no município. Essa hipótese é confirmada através do estudo realizado por Mafra (2012). Essa formação permitiu aos municípios receberem verba orçamentária do nível federal por equipe NASF e, participarem do PMAQ, o qual também fez repasse financeiro.

b) Não existe reunião entre a equipe NASF e as equipes SF – não há reunião entre equipe NASF e equipes SF. As reuniões acontecem em espaços indiretos (CAPS) sem a participação das equipes Saúde da Família. Os casos são “passados” para equipe NASF sem existir à cogestão do cuidado entre equipe NASF e equipes SF. Confirmado pelos estudos de Hori e Nascimento (2014); Araújo (2014).

c) Subutilização do AM - ausência de reuniões, desconhecimento de detalhes que envolvem a discussão dos casos, impossibilidade de ampliar a clínica e, falha na construção do PTS e PTT. Confirmado pelos estudos de Araújo e Galimbertti (2013); Hori e Nascimento (2014); Nascimento (2015) e Reis et al (2016).

Para concretizar o apoio matricial é primordial investir nos espaços de reunião NASF, reunião entre a equipe NASF e equipes SF, assim como nas reuniões técnicas e gerais na UBS. As potencialidades para realização do AM são ampliadas pela diversidade de conhecimento trazido pelas diferentes categorias profissionais que compõe o NASF; discussão e aprofundamento dos casos; acúmulo de saberes proporcionando a autonomia clínica; periodicidade e sistemática das reuniões; construção compartilhada do PTS; articulação do NASF com a RAS (Barros et al, 2015).

Portanto, conhecer os desafios pode ajudar a colocar em prática o matriciamento, melhorar a organização do trabalho entre a equipe NASF e as equipes SF, aumentar o diálogo para pactuação consensual baseada na necessidade da equipe e, também, ampliar o conhecimento da singularidade dos sujeitos e território. A diferença na organização do trabalho entre as duas equipes é um grande desafio que depende de outro nível hierárquico resolver (Barros et al, 2015).

O apoio matricial busca romper com a lógica de encaminhamento e ações puramente assistencialistas. Contudo, a ausência de empoderamento das ferramentas de trabalho e das diretrizes do NASF pelos profissionais que compõe a equipe de apoio inviabiliza o matriciamento e a cogestão do cuidado. Isso provoca distorção dos papéis e dos objetivos da equipe de apoio (Mafra, 2012).

Essa distorção no papel de apoiador do NASF foi observada na equipe NASF do município de Pocinhos – Paraíba, que possui espaço físico exclusivo caracterizado pela presença de uma recepcionista, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de serviços gerais. Os pacientes eram encaminhados direto para o “órgão” ou serviço especializado, servia de referência para oito equipes SF, com consulta agendada (Costa, 2013). Este estudo mostrou que apesar de ser chamada de equipe multiprofissional, não se configura uma equipe NASF, pois deixam de atuar por meio do apoio matricial enquanto método de gestão do cuidado, não realizavam ações compartilhadas com a equipe SF e não realizavam reuniões entre as equipes para planejamento a cogestão do cuidado.

Santana et al (2015) destacam que existe a necessidade de fortalecer o processo de trabalho do NASF junto as equipes SF, a fim de superar os desafios e alcançar uma melhor assistência compartilhada.

Contrariando todas as diretrizes para organizar o processo de trabalho do NASF, que aponta para um trabalho fundamentado na corresponsabilização do cuidado junto às equipes SF, no apoio técnico pedagógico e clínico assistencial, Arruda et al (2012) afirmam que as equipes NASF da capital atuam como dispositivo pré – regulador entre a equipe SF e os diversos equipamentos do território e, reduz a capacidade de gerenciamento do cuidado em saúde realizado pelas equipes SF. Discordando desta afirmação, entende-se que o NASF foi criado para ampliar o trabalho desenvolvido pelas equipes, não como seu regulador e limitador.

Esta argumentação apoia-se em Valponi et al (2015), quando conclui em seus estudos que a equipe NASF, enquanto dispositivo de cogestão do cuidado, potencializa a produção de mudanças na Atenção Básica por meio da incorporação de novas práticas no cotidiano dos serviços a partir do compartilhamento e apoio às práticas em saúde.

A última dimensão analisada é a **Atenção Integral à Saúde**, englobou ações individuais e compartilhadas realizadas pelo NASF e Equipes SF na atenção às pessoas com doenças crônicas, reabilitação, saúde materno – infantil e saúde mental.

Os achados da presente pesquisa mostraram que mais de oitenta e nove por cento das equipes NASF realizam ações compartilhadas com as equipes SF relacionadas à Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas; apoiam e desenvolvem ações estratégicas de Reabilitação; realizam ações para saúde da mulher, para as mulheres que desejam engravidar, gestantes e puérperas; apoiam e desenvolvem ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do território; discutem, atendem e acompanham junto com as equipes SF as pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental.

A assistência oferecida pela equipe NASF na atenção às pessoas com doenças crônicas antecede a reabilitação, pois são ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças. A promoção é um conjunto de ações que retira o foco da doença e direciona a atenção para os sujeitos e suas possibilidades de criação da própria vida, com objetivo de dar autonomia e corresponsabilidade ao indivíduo no processo de autocuidado. Já a prevenção envolve intervenções para evitar o surgimento de doenças, de controle, redução de agravos que é

transmitida ao indivíduo por meio da divulgação de informações científicas e das recomendações de mudanças de hábitos (Czeresnia, 2003). Entretanto, a definição destes conceitos e possibilidades ainda é confusa na prática de algumas equipes NASF (Bonaldi e Ribeiro, 2014).

A promoção de saúde e a prevenção de doenças eram cuidados já oferecidos às pessoas com doenças crônicas pelas equipes SF por meio das consultas individuais dos médicos e enfermeiros e também através de grupos. Com a inclusão do NASF no apoio às equipes SF no território as consultas e os grupos (caminhada, práticas chinesas, HAS/DM, insumos, crianças, obesidade, puericultura, amamentação etc.) devem ser compartilhados. Esse tipo de cuidado em saúde pode ainda ser oferecido por meio de grupos terapêuticos (escola de coluna, dor, reeducação alimentar infantil e adulto).

Alguns autores reforçam que as estratégias de promoção da saúde e a prevenção de doenças devem acontecer por meio de ações educativas e atividades desenvolvidas por todos os profissionais da saúde (Molini-Avejonas et al, 2014; Falci e Belisário, 2013).

Entretanto, algumas equipes NASF na região leste do município de São Paulo, segundo Bonaldi e Ribeiro (2014), desenvolveram poucas ações sobre o conceito e as possibilidades de promoção da saúde, destacando-se intervenções curativas individuais com pouca ênfase no caráter comunitário.

A segunda subdimensão analisada na dimensão Atenção Integral à Saúde estava relacionada à Reabilitação. As equipes NASF que deixaram de apoiar e/ou desenvolver ações estratégicas com as equipes SF em reabilitação física (fisioterapia) e de fala/linguagem/escrita (fonoaudiologia) pode ter acontecido pelo fato dessas equipes NASF não possuírem profissionais com estas especialidades.

Os municípios que menos realizaram ações voltadas para a população com objetivo de desenvolver atividades terapêuticas são do agrupamento IPRS 2. Esses doze municípios equivalem a 25,5% do total dos municípios que participaram do 2º ciclo da avaliação externa do PMAQ.

Confirmando esse achado, Barbosa et al (2010) verificaram que algumas equipes NASF encontraram limitações nas ações em reabilitação como dificuldades no acolhimento, na organização do cuidado voltadas para a população, limitando a atenção integral. Corroborando com a discussão Molini-Avejonas et al (2014) concluíram que as ações do

NASF estão abaixo do esperado diante do potencial de apoio das equipes, sendo imprescindível que ocorram mudanças na organização dos serviços e na conduta dos profissionais de saúde (Anjos et al, 2013).

Contrariando os achados anteriores, na presente pesquisa todas as equipes NASF do município de São Paulo desenvolvem ações de reabilitação junto com as equipes SF. Confirmando os resultados do município de São Paulo, estudos mostram que as equipes NASF de outros estados têm trabalhado de forma integrada com as equipes SF por meio de visitas domiciliares, no apoio aos projetos de saúde no território, consultas individuais, articulação com a rede, matriciamento. O apoio realizado pelas equipes NASF atendeu satisfatoriamente as equipes SF, comunidade e os usuários que necessitam de reabilitação (Ribeiro et al, 2014; Dibai Filho e Alveiro, 2012).

A terceira análise de dados nesta dimensão foi relacionada à subdimensão Saúde Materno-Infantil, observou-se que 11,4% das equipes NASF não desenvolveram ações voltadas para saúde da mulher. Essas equipes pertenciam a quatorze municípios nos diversos agrupamentos e equivalem a 30% do total de participantes no 2º ciclo da avaliação externa do PMAQ. A análise mostrou que os municípios que menos desenvolvem esse tipo de cuidado pertenciam ao agrupamento IPRS 3, 4 e 1.

Do mesmo modo que nas subdimensões anteriores, as equipes NASF que não desenvolveram ações voltadas para essa população talvez não possuam médico ginecologista-obstetra, principalmente quando o padrão está relacionado ao desejo de engravidar e a gestação. Embora a assistência voltada para gestantes e puérperas também possam ser apoiados e desenvolvidos por outros profissionais como nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, entre outros, contribuindo para melhorar a qualidade de vida desta população.

As diretrizes do Ministério da Saúde desde o início da criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - portaria de nº 154 de 24 de janeiro de 2008, até o último documento federal – caderno de nº 39 da AB, direcionam o planejamento, intervenção e articulação da atenção integral à saúde voltada para saúde da mulher e da criança, por tratar-se de uma população vulnerável.

A equipe NASF desenvolve ações voltadas para saúde materno-infantil baseada nos conhecimentos inerentes de cada categoria profissional (ginecologia-obstetrícia, pediatria,

fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional, nutrição, farmácia, educação física etc.), nos recursos da rede (polo de prevenção violência contra mulher, CRAS, conselho tutelar etc.) para exercer a cogestão do cuidado compartilhado com as equipes SF.

Por fim, a análise da subdimensão Saúde Mental, mostrou que menos de cinco por cento das equipes NASF não apoiam as equipes SF no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental. Todas as equipes NASF do agrupamento IPRS 3 e do município de São Paulo desenvolveram ações voltadas em saúde mental.

Assim, como nas outras subdimensões que compõe a dimensão Atenção Integral à Saúde, a ausência de alguns profissionais (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional com especialização em saúde mental) impossibilita que a equipe NASF apoie ou desenvolva programas compartilhados ou individuais com as equipes SF, visto que as equipes são corresponsáveis no planejamento e operacionalização de intervenções (Sundfeld, 2010).

Corroborando com Sundfeld, Soleman (2012) destaca que quase quarenta por cento dos cargos de psiquiatria na AB da SMS de São Paulo encontravam-se em aberto no ano de 2011. Das equipes NASF analisadas em seu estudo, cinquenta por cento das equipes tinham na composição a vaga destinada para esse profissional, mas vinte e dois por cento também estava desocupada.

A assistência voltada para as pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental exige dos profissionais algumas competências que proporcionem espaço de escuta, acolhimento, diálogo e negociação a partir da construção de um vínculo com o paciente, pois só assim as intervenções alcançarão os objetivos terapêuticos (Oliveira, 2013). Assim como, a falta de conhecimento das ferramentas tecnológicas, desconhecimento do contexto socioeconômico da população do território de referência e incapacidade do profissional de saúde mental da equipe NASF em lidar com situações que fogem da dimensão biológica do processo saúde – doença, também são barreiras para a implementação do cuidado em Saúde Mental (Vannucchi e Carneiro Júnior, 2012).

Leite et al (2013) acrescentam à discussão o fato de que o cuidado interdisciplinar e intersetorial no campo da saúde mental ainda encontra muitos entraves na Atenção Básica, por isso se torna necessário buscar novas formas de atuação para responder às demandas.

Tanaka e Ribeiro (2009) acrescentam que a APS pode realizar a escuta qualificada dos pacientes que necessitam de cuidado em saúde mental, detectando sofrimento psíquico,

tratando os casos que pertencem a esse nível de atenção e encaminhando os que necessitam de acompanhamento em outros níveis. As equipes SF podem oferecer espaços de escuta, acolhimento e convivência para essa população.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Tendo por objetivo analisar o desempenho das equipes NASF dos municípios do Estado de SP que participaram do 2º ciclo do PMAQ – AB, verificou-se que, das equipes NASF dos municípios com piores indicadores sociais (IPRS 2 e 5), somente as equipes do município de São Paulo obtiveram alto desempenho nas três dimensões analisadas: gestão, organização e atenção integral à saúde. As equipes NASF do agrupamento IPRS 5 obtiveram melhores resultados na dimensão gestão/coordenação.

Os excelentes resultados alcançados pelas equipes NASF da capital foram influenciados pelo tipo de gestão/coordenação direta (coordenador NASF), realização do planejamento da própria equipe com a participação do coordenador NASF e realização do planejamento compartilhado com as equipes SF. Estas ações resultaram no alto desempenho do cuidado compartilhado à população de referência das equipes SF apoiadas pelas equipes NASF.

A autoavaliação é uma excelente ferramenta de gestão que pode indicar mudanças nas três dimensões analisadas. Um dos desdobramentos da autoavaliação é a construção da Matriz de Intervenção sobre os pontos fracos escolhidos pela própria equipe para serem melhorados. Mas durante as avaliações realizadas em campo no período da avaliação externa, foi possível observar que as equipes não deram continuidade neste processo. Isso mostra que a melhoria contínua dos seus processos e resultados (melhoria da qualidade) não faz parte do cotidiano das equipes.

É necessário que nos próximos ciclos do PMAQ – AB seja solicitado para equipes evidenciarem a elaboração e os resultados alcançados por meio da Matriz de Intervenção, pois desta forma MS pode incentivar as equipes e os gestores continuar no processo de melhoria do acesso e da qualidade.

A Educação Permanente deve ser utilizada como uma ferramenta de gestão para transformar os serviços, os profissionais e consecutivamente a assistência à saúde, mas os resultados mostraram que essa não tem sido a visão de mais de 30,0% dos gestores das equipes NASF analisadas na presente pesquisa em todos os cinco agrupamentos e 12,5% das equipes da capital. Os resultados indicam que esta é uma excelente oportunidade de melhoria e investimento na capacitação das equipes e valorização dos profissionais.

Outros dois pontos que merecem destaque estão relacionados à Organização do Apoio Matricial e a Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada que de acordo com os resultados mostrou que mais de 20% das equipes nos cinco agrupamentos estão com dificuldade. Os gestores precisam avaliar como estão acontecendo às reuniões de matriciamento e se elas estão sendo efetivas, para assim apoiar as equipes NASF na Organização do Processo de Trabalho.

Na dimensão Organização do Processo de Trabalho das equipes NASF as equipes agrupadas no IPRS 4, obtiveram o melhor resultado, ficando muito próximas das equipes NASF da capital.

A cogestão do processo de trabalho é uma ferramenta excelente, mas que precisa ser utilizada. Os resultados mostraram que em média 37,0% das equipes NASF em todos os agrupamentos não estão realizando a Gestão da Demanda e da Atenção Compartilhada. Para isso, as equipes precisam ter um banco de dados com os casos compartilhados com as equipes SF e atualizar constantemente. Essas informações devem ser analisadas junto com o coordenador NASF, pois o monitoramento e análise destes dados mostra amadurecimento por parte das equipes e indica mudanças para a organização dos processos.

Fazendo uma síntese dos resultados relacionados à atenção integral à saúde, conclui-se que as equipes NASF que menos desenvolvem atenção voltada para os cuidados com as pessoas com doenças crônicas, reabilitação e saúde da criança pertencem aos municípios agrupados no IPRS 2. Assim como ações na atenção à saúde da mulher no IPRS 3 e nos cuidados voltados para saúde mental IPRS 5.

A falta das ações voltadas para Saúde Materna – Infantil e Saúde Mental, principalmente para a população com indicadores sociais insatisfatórios (IPRS 2 e 5) indica que as populações mais vulneráveis não estão tendo acesso aos cuidados que poderiam ser oferecidos com a inclusão das equipes NASF. Essa deficiência se mantém para as pessoas com doenças crônicas e reabilitação para a população do IPRS 2.

Uma das equipes do agrupamento IPRS 5 (equipe 2) teve desempenho considerado baixo nas três dimensões. Vale ressaltar que esta equipe estava sem coordenador no período da coleta de dados do PMAQ, fato este que pode ter influenciado o seu desempenho no momento da avaliação.

Outra possibilidade para o desempenho baixo desta equipe pode estar relacionado com a organização do processo de trabalho das equipes de avaliação externa. Durante a coleta de dados realizada pela equipe de avaliação externa, foi possível observar que alguns avaliadores demonstravam ansiedade para terminar as avaliações e concluir logo o trabalho diário. Essa preocupação pode ter levado ao preenchimento errado do questionário e prejudicado a equipe.

Ficou evidente a necessidade de organizar a agenda das equipes SF e NASF para que o espaço de cogestão do cuidado tenha a mesma importância para ambas as equipes. Também é importante investir na educação permanente para mitigar as diferenças entre os processos de trabalho.

Concluiu-se ainda que na dimensão gestão/coordenação NASF os outros municípios não têm utilizado os espaços de reunião com a participação do coordenador, como estratégia para realizar o planejamento das ações das equipes, assim como, a cogestão do processo de trabalho.

Este estudo reforça ainda mais a necessidade do coordenador NASF utilizar as ferramentas de gestão - planejamento, monitoramento e avaliação - para direcionar o trabalho da equipe. Também deve aproveitar a autoavaliação AMAQ e os resultados do PMAQ como estratégias para traçar melhorias no processo de trabalho.

É imprescindível a criação de indicadores de desempenho para auxiliar o monitoramento dos resultados junto à população e as equipes apoiadas. Os indicadores precisam ser utilizados para auxiliar no planejamento do processo de trabalho e orientar as melhorias nas três dimensões analisadas. Essas informações devem ser disponibilizadas em site oficial para acesso pelas equipes NASF, equipes SF e pela sociedade.

Na dimensão Organização do Processo de Trabalho o grande desafio do NASF está em garantir espaços efetivos de reuniões de matriciamento, como ferramenta de transformação da concepção sobre seu trabalho com a finalidade de ampliar a gestão compartilhada do cuidado com as equipes SF.

Outro desafio relacionado aos espaços de reuniões de matriciamento entre as equipes SF e NASF está na necessidade de criar um instrumento para avaliar a efetividade dessas reuniões.

Entende-se que o cuidado integral à saúde permite as equipes NASF superarem o desafio de permanecerem na teoria dos documentos. Somente assim poderão colocar em prática todo o potencial inovador trazido pelos especialistas e, também, facilitar o acesso da população a assistência resolutiva que a APS pode oferecer, por meio das equipes NASF, em parceria com as equipes SF.

O NASF é um tema que precisa ser aprofundado para melhor orientação sobre o fazer. Esta temática deve despertar os pesquisadores para desenvolver outros estudos utilizando os resultados do PMAQ. Este banco de dados pode ser transformado em informações pelos municípios e pelas equipes NASF, assim como os resultados podem ser potentes mecanismos de transformação das práticas pelas equipes.

O desafio do governo federal nos próximos ciclos de avaliação envolve monitorar as evidências da matriz de planejamento e implementação das mudanças no processo de autoavaliação AMAQ pelas equipes.

Aos municípios que possuem equipes NASF, cabem apropriar-se dos resultados tanto do PMAQ, quanto desta pesquisa para de identificar as oportunidades de melhorias, reavaliar as diretrizes e estabelecer mudanças no processo de trabalho.

Durante todo o processo para a realização da terceira etapa – avaliação externa foi possível observar a necessidade de mais investimento na formação de toda equipe de avaliadores. Entre os temas que podem ser abordados destacamos: as diferenças econômicas e sócias entre o municípios, protocolos de atendimentos – hipertensão, diabetes, saúde da mulher, saúde da criança, processos de trabalho na Atenção Básica, NASF, etc. A falta destes conhecimentos dificultou a formação de juízo de valor mais refinada por parte dos avaliadores.

O atraso no repasse financeiro por parte do Ministério da Saúde também foi um fator que prejudicou o trabalho das equipes de avaliação externa. Todos os integrantes das equipes tinham que investir recurso financeiro próprio para depois serem ressarcidos, sendo que muitos acabaram desistindo por não terem condições de arcar com os custos.

Esta pesquisa não tem a pretensão de encerrar a discussão sobre a Gestão/Coordenação, Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde das equipes NASF, mas sim levantar pontos de interesse para esse debate. A ideia de conhecer o

desempenho do NASF utilizando o banco de dados do PMAQ – AB permitiu aprofundar o conhecimento sobre as dimensões analisadas e observar oportunidades de melhoria.

Os resultados mostraram que a grande maioria das equipes NASF tem apoiado o trabalho das equipes SF. Mas quem apoia o NASF? Os apoiadores institucionais podem dar essa retaguarda, ajudando as equipes que precisam melhorar seu desempenho, acolhendo as necessidades das equipes e intermediando mudanças junto aos gestores municipais.

O maior desafio para o autor é o de apresentar este trabalho aos municípios participantes para que os resultados sejam utilizados como ferramenta de gestão e indução de mudanças nas equipes NASF.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

- Andrade, RTS. Processo de Implantação do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no município de Amargosa - BA: avanços e desafios no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Feira de Santana; 2013, 189p.
- Anjos, KF; Meira, SS; Ferraz, CEO; Vilela, ABA; Boery, RNSO; Sena, ELS. Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto às práticas em Saúde. *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, out/dez 2013; 37 (99): p. 672-680.
- Araújo, EMD; Galimbertti, PA. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicologia & Sociedade*, 2013; 25(2), 461-468.
- Araújo, RE. Análise exploratória dos indicadores de resultado dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): a experiência de Belo Horizonte. Belo Horizonte. [Dissertação de Mestrado]. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, 2014, 121p.
- Arona, EC. Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. *Saúde e Sociedade*, 2009; 18 (1): p. 26-36.
- Arruda, MSB; Pasquim, HM; Soares, CB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de São Paulo: ensaio crítico sobre seu papel na política de saúde. Estácio de Sá – Ciências da Saúde. *Revista da Faculdade Estácio de Sá. Goiânia SESES-Go. Jan./Jun. 2012, Vol. 02, nº 07, 184-193.*
- Azevedo, NS; Kind, L. Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2013; 33 (3), 520 – 535.
- Barbetta, PA. Estatística aplicada a ciências sociais. 6ª Ed. Florianópolis: editora da UFSC. 2006.
- Barbosa, EG; Ferreira, DLS; Furbino, SAR; Ribeiro, EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, abr/jun 2010; 23 (2): p. 323-330.

Barros, CML; Farias Junior, G. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, Jan – Jun 2012; 1 (1): p. 140 – 154.

Barros, JO; Gonçalves, RMA; Kaltner, RP; Lancman, S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(9):2847-2856.

Bertolozzi, Maria Rita; Nichiata, Lucia Yasuko Yzumi; Takahashi, Renata Ferreira; Ciosak, Suely Itsuko; Hino, Paula; Val, Luciane Ferreira do; Guanillo, Mônica Cecilia de La Torre Uguarte; Pereira, Érica Gomes. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão em Saúde Coletiva. *RevEscEnferm USP*, 2009; 43(esp 2): 1326 – 30.

Bezerra, Patrícia Araújo. Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades. Dissertação [Mestrado em Ciências] - Fundação Osvaldo Cruz; 2013, 109p.

Bodstein, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o programa saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2009, v. 14 (supl 1), p. 1336 -1345.

Bonaldi, AP; Ribeiro, MD. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. *Rev. APS*. Abr/jun 2014; 17(2): 195 – 203.

Brasil. Ministério da Saúde. *PROESF*. Brasília, 2003. Disponível em: < <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/proes.pdf> >. Acessado 05 de setembro de 2016.

____a. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família (AMQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 6).

____b. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210p.

____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) jan 2008.

____a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

____b. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 46p.

____c. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56p.

____d. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318p.

____a. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da 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).

____b. Ministério da Saúde. Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. Aprova o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB). Brasília, DF, 2011.

____c. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília, DF, 2011.

____d. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011.

____e. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação o SUS. Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011.

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

____b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.

____c. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, DF, 2012.

____d. Ministério da Saúde. Portaria nº 866, de 03 de maio de 2012. Altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e as regras de classificação da certificação das equipes participantes do Programa. Saúde Legis, 2012.

____a. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015: resultados e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 160p.

____b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 38 p.

____c. Ministério da Saúde. Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Saúde Legis, 2013.

_____.d. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Núcleos de Apoio à Saúde da Família: AMAQ – NASF. Brasília, DF, 2013.

_____.e. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária. Instrumento de Avaliação Externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade Brasília. Brasília, DF, 2013, 45p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF): Ed. Ministério da Saúde; 2014. 112p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____.a. Ministério da Saúde. Portaria nº 836, de 26 de junho de 2015: Autoriza o repasse do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, referente à certificação final das equipes participantes do 2º ciclo do PMAQ.

_____.b. Ministério da Saúde. Este Relatório do PMAQ apresenta informações referentes à Certificação do NASF no 2º ciclo do programa. Atualizado em 20/03/2015. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pmaq_relatorio/relatorionasf/cnes:2788217/equipe:0000361135/area:0001>. Acessado em 17/10/2016, 15:51hs.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação Geral da Gestão da Atenção Básica. Informativo NASF 1: Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica. Disponível em: http://cosemsrs.org.br/imagens/portarias/por_l6e3.pdf. Acesso em 16/10/2016.

Campos, GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, 1999; 4 (2): p. 393-403.

Campos, GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

Campos, GWS; Domitti, MAC. Metodologia para Gestão do Trabalho Interdisciplinar em Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, fev 2007; 23(2): 399-407.

Casfellanos, BEP et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Anais Florianópolis: Ed. da UFSC, 1989; p.147- 169.

Castanheira, ERL; Dalben, I; Almeida, MAS; Puttini, RF; Patrício, KP; Machado, DF; Caldas Junior, AL; Nemes, MIB. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. Saúde e Sociedade, v.18, supl.2, 2009.

Castanheira, ERL; Nemes, MIB; Almeida, MAS; Puttini, RF; Soares, ID; Patrício, KP; Nasser, MA; Caldas Junior, AL; Machado, DF; Vasconcelos, RA; Pissato, SB; Carrapato, JFL; Bizelli, SSK. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saúde Soc. São Paulo, 2011; 20 (4): p.935-947.

Castanheira, ERL; Nemes, MIB; Zarili, TFT; Sanine, PR; Corrente, JE. Avaliação de serviços de atenção básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. Saúde Debate. Rio de Janeiro, out – dez 2014; 38 (103): p. 679-691.

Castanheira, ERL; Sanine, PR; Zarili, TFT; Nemes MIB. Desafios para avaliação da atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: Akerman, M; Furtado, JP. (Org.). Práticas de Avaliação em Saúde no Brasil – Diálogos. 1ed. Porto Alegre - RS: Rede UNIDA, 2015, p.197-241.

Chimara, MB; Silva, E; Pain, C; Storopoli, JE. Gestão do Sistema de Saúde do Município de São Paulo com base nos Parâmetros de Avaliação do PMAQ – AB: Estudo de Casos na Microrregião de Cidade Tiradentes. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS, São Paulo, jul./dez. 2013; 2 (2): p. 174-197.

Cunha, GT; Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saúde Soc. (Online). 2011; 20(4):961-70.

Czeresnia, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2003.

Dibai Filho, AV; Alveiro, MC. Atuação dos Fisioterapeutas dos Núcleos de Apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-AL, Brasil. RevBrasPromoç Saúde, Fortaleza, out/dez 2012; 25(4): 397-404.

Ditterich, RG; Moysés, ST; Moysés, SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, abr, 2012; 28(4):615-627.

Donnangelo, MCF. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

Donnangelo, MCF; Pereira, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004; 4: 317-21.

Falci, DM; Belisário, SA. A inserção do profissional de Educação Física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. *Comunicação Saúde Educação*, out./dez. 2013; 17 (47): p.885-99.

Felisberto, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. Recife, set. 2004; 4 (3): p 317-321.

Felisberto, E. et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 – 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev. Bras Saúde Mater Infantil*, 2009; 9 (3): p. 339-357.

Felisberto E, Alves CKA, Bezerra LCA. Institucionalização da Avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*; Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2010; p. 143-160.

Fonseca, ACF. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso com foco na utilização dos resultados. Salvador. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, 2009, 86p.

Fonseca Sobrinho, D; Machado, ATGM; Lima, AMLD; Jorge, AO; Reis, CMR; Abreu, DMX; Araújo, LHL; Evangelista, MLF; Escobar, AL; Santos, CRI; Santos, AF. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação da qualidade nas áreas de atenção a criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 38, n. especial, out 2014; p 83-93.

Gonçalves, RMA; Lancman, S; Sznclwar, LI; Cordone, NG; Barros, JO. Estudo do Trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 2015; 40 (131): 59-74.

Gryschek, ALFPL; Pereira, AJ; Moyses, DSZ; Saito, RXS. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): no caminho para a integralidade da saúde. In: Elisabete Calabuig Chapina Ohara; Raquel Xavier de Souza Saito. (Org.). Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. 3ed. São Paulo - SP: Martinari, 2014; p.430-444.

Hori, AA; Nascimento, AF. O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014; 19(8):3561-3571.

Ibanhes, LC; Ribeiro, EAW; Guimarães, RB; Pessoto, UC. Regionalização e as Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo. Seminário Internacional – Questões do trabalho, Ambientais e da Saúde do Trabalhador. CETAS – Centro de Estudos do Trabalho, Ambiente e Saúde. Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde/IS/SES/Laboratório de Biogeografia e Geografia da Saúde. Presidente Prudente, de 14 a 17 de maio de 2013, 2p.

Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(5):968-75.

Leite, DC; Andrade, AB; Bosi, MLM. A inserção da psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2013; 23(4): 1167-1187.

Lima, RGM; Mendes, MFM. Avaliação de Melhoria e qualidade na Estratégia de Saúde da Família. In: Congresso de Saúde Coletiva, 2009. Recife. *Anais...* Rio de Janeiro. Abrasco.

Matuda, CG; Pinto, NRS; Martins, CL; Frazão, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20 (8):2511-2521.

Mendes-Gonçalves, RB. Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico. [Dissertação de Mestrado], São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.

Mendes-Gonçalves, RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

Mafrá, LPV. A trajetória do NASF no município de Piraí: uma análise para além da gestão. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro Médico, Instituto de Medicina Social. 2012, 54p.

Molini-Avejonas, DR; Aboboreira, MS; Couto, MIV; Samelli, AV. Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *CoDAS*, 2014; 26(2):148-54.

Nascimento, CMB. A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Recife. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2014, 182p.

Nascimento, DDG. O cotidiano de trabalho no NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. São Paulo. [Tese de Doutorado em Ciências] – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2015, 239p.

Nascimento, DDG; Oliveira, MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde*. 2010;34(1):92-6.

Oliveira, GN. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 2012; 6 (2): p.223 - 235.

Oliveira, FRL. A integração das ações no campo da Saúde Mental entre a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: desafios para uma prática interdisciplinar. São Paulo. [Dissertação de Mestrado] – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2013, 116p.

Paim, JS. Planejamento em Saúde para não Especialistas. Tratado de Saúde Coletiva. Organizador: Campos, Gastão Wagner. HUCITEC/FIOCRUZ, 2006; p 767-782.

Peduzzi, M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1):103-9.

Peduzzi, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2002; 1(1): 75-91.

Peduzzi, M; Schraiber, LB. Processo de Trabalho em Saúde. Encontrado em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html> acessado 09/10/15 às 15:44.

Pinto, HA; Sousa, A; Florência, AR. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS – R Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde, 2012; 6 (2) (supl), 19p.

Reis, ML; Medeiros, M; Pacheco, LR; Caixeta, CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Texto Contexto Enferm, 2016; 25(1): 1–9.

Ribeiro, MDA; Bezerra, EMA; Branco, CEC; Neto, JDA; Moreira, AKF; Filgueira, MC. Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. RevBrasPromoç Saúde, Fortaleza, abr/jun 2014; 27(2): 224-231.

Rodriguez, MR; Leão, MA; Souza, NKT. Monitoramento e supervisão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma região administrativa do Distrito Federal utilizando-se análise de entrevistas. RevBrasMedFam Comunidade. Rio de Janeiro, 2014 Jan-Mar; 9(30):38-44.

Sampaio, J; Sousa, CSM; Marcolino, EC; Magalhães, FC; Souza, FF; Rocha, AMO; Neto, AAS; Sobrinho, GDO. O NASF como dispositivo de gestão: limites e possibilidades. R brasci Saúde 16(3):317-324, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>. Acessado em 08/08/2015, 8:18 horas.

Santana, JS; Azevedo, TL; Reichert, APS; Medeiros, AL; Soares, MJGO. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: atuação da equipe junto à Estratégia Saúde da Família. J. res.: fundam. care. abr/jun 2015; 7(2):2362-2371.

São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. Regionalização no Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/informacoes-de-saude/-regionalizacao-no-estado-de-sao-paulo>. Acessado em 25/08/2016.

São Paulo. O ESTADO DOS MUNICÍPIOS 2010-2012. Índice Paulista de Responsabilidade Social. Síntese das Regiões Administrativas. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Planejamento e Gestão. SEADE Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo, 2014. 187p. Disponível em <http://indices-ipl.al.sp.gov.br/view/pdf/iprs/IPRS_2014_V1_Sintese.pdf> Acessado 11/11/16 às 15:20horas.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Coordenadoria da Atenção Básica. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2009; 34p.

Sarti, TD. et al. Validade do conteúdo da avaliação para a melhoria de qualidade da estratégia de saúde da família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 2011; 21 (3): p. 865 - 878.

Sarti, TD. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública*, 2012; 28 (3): p. 537 - 548.

Schraiber LB. Ciência, trabalho e trabalhador em saúde: contribuição de Ricardo Bruno Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. *Divulgação Saúde Debate* 1996; (14):7-9.

Schraiber, LB; Peduzzi, M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. *Educacion Medica y Salud*, 1993; 27(3): 295-313.

Silva, ATC; Aguiar, ME; Winck, K; Rodrigues, KGW; Sato, ME; Ferraz, SJF; Grisi, E; Brentani, A; Rios, IC. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, nov, 2012; 28(11):2076-2084.

Silva, PHG. 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 2º ciclo da avaliação externa. Monografia do Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Educação em Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2014, 44p.

Soleman, C. O trabalho do Fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho. São Paulo [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2012; 174p.

Sundfeld, AC. Clínica Ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010; 20 (4): 1079-1097.

Tanaka, OY; Ribeiro, EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(2): 477 – 486.

Valponi, PRR; Garanhani, ML; Carvalho, BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo na atenção básica em Saúde. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. ESPECIAL, P. 221-231, DEZ 2015

Vannucchi, AMC; 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. PhysisRevista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012; 22 (3): 963-982.

Venâncio, SI; et al. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde, (Temas em Saúde Coletiva, 7), 2008; 112 p.

8. ANEXOS

8. ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação do projeto pelo comitê de Ética

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA							
- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA							
<p>Título da Pesquisa: Análise da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Estado de São Paulo Pesquisador Responsável: Alexandre Ramiro Pinto Área Temática: Versão: 1 CAAE: 57328016.2.0000.5392 Submetido em: 24/08/2016 Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP Situação da Versão do Projeto: Aprovado Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <div style="text-align: right;"> </div> <p style="text-align: right;">Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_743891</p>							
+ DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA							
+ LISTA DE APRECIACÕES DO PROJETO							
- HISTÓRICO DE TRÂMITES							
Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	08/08/2016 12:10:06	Parecer liberado	1	Coordenador	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	PESQUISADOR	
PO	03/08/2016 10:16:45	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	
PO	01/08/2016 15:24:17	Parecer do relator emitido	1	Membro do CEP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	
PO	20/07/2016 10:53:21	Aceitação de Elaboração de Relatoria	1	Membro do CEP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	
PO	19/07/2016 13:23:26	Confirmação de Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	
PO	19/07/2016 10:24:48	Indicação de Relatoria	1	Secretária	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	
PO	27/08/2016 09:52:03	Aceitação do PP	1	Secretária	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	
PO	24/08/2016 16:21:53	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	

ANEXO 2 – Autorização de uso do banco de dados do PMAQ/AB

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Escola de Enfermagem – EENF
Rede Governo Colaborativo em Saúde - Cooperação UFRGS e Ministério da Saúde

AUTORIZAÇÃO

Eu, ALCINDO ANTÔNIO FERLA, na qualidade de coordenador do Projeto de pesquisa e desenvolvimento integrado à Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde, autorizo o Sr. ALEXANDRE RAMIRO PINTO, aluno do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da USP, orientando da Profa. Dra. LUCIA YASUKO IZUMI NICHATA, a acessar o banco de dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção (PMAQ). Os interessados utilizarão os dados de forma agregada, de tal forma a resguardar o anonimato das Unidades Básicas e Equipes avaliadas.

Porto Alegre, maio de 2016.

Alcindo Antônio Ferla

Coordenador Geral do Projeto