

Romilda Euzébio Araújo

**ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS INDICADORES DE RESULTADO
DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF):
a experiência de Belo Horizonte**

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Universidade Federal de Minas Gerais
2014

Romilda Euzébio Araújo

**ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS INDICADORES DE RESULTADO
DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF):
a experiência de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação

Área de concentração: Desempenho Motor e Funcional Humano

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio

Coorientadora: Profa. Dra. Fabiane Ribeiro Ferreira

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Universidade Federal de Minas Gerais

2014

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br FONE/FAX: (31) 3409-4781/7395

ATA DE NÚMERO 211 (DUZENTOS E ONZE) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ROMILDA EUZÉBIO ARAÚJO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO.

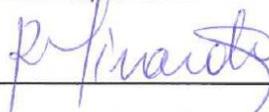
Aos 20 (vinte) dias do mês de março do ano de dois mil e quatorze, realizou-se na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação **“ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS INDICADORES DE RESULTADO DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): a experiência de Belo Horizonte”**. A banca examinadora foi constituída pelos seguintes Professores Doutores: Rosana Ferreira Sampaio, Rosângela Minardi Mitre Cotta e Marcos Azeredo Furquim Werneck, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 09h00min com apresentação oral do candidato, seguida de arguição dos membros da Comissão Examinadora. **Após avaliação, os examinadores consideraram o candidato aprovado e apto a receber o título de Mestre, após a entrega da versão definitiva da dissertação.** Nada mais havendo a tratar, eu, Eni da Conceição Rocha, secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação dos Departamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 20 de março de 2014.

Professora Dra. Rosana Ferreira Sampaio



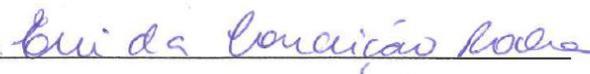
Professora Dra. Rosângela Minardi Mitre Cotta



Professor Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck



Eni da Conceição Rocha 010400893

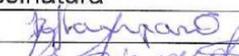
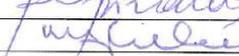


Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br
FONE/FAX: (31) 3409-4781

PARECER

Considerando que a dissertação de mestrado de **ROMILDA EUZÉBIO ARAÚJO** intitulada “ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS INDICADORES DE RESULTADO DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): a experiência de Belo Horizonte”, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, nível mestrado, cumpriu sua função didática, atendendo a todos os critérios científicos, a Comissão Examinadora **APROVOU** a defesa de dissertação, conferindo-lhe as seguintes indicações:

Nome dos Professores/Banca	Aprovação	Assinatura
Rosana Ferreira Sampaio	aprovado	
Rosângela Minardi Mitre Cotta	aprovada	
Marcos Azeredo Furquim Werneck	aprovada	

Belo Horizonte, 20 de março de 2014.


Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação/EEFFTO/UFMG

Prof. LEANI SOUZA MAXIMO PEREIRA
Coordenadora do Colegiado
Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação
Inscrição UFMG: 06081X Inscrição SIAPE: 0319760

Aos trabalhadores da rede de Reabilitação SUS-BH, em especial aos que fazem parte do NASF, que criam e recriam suas práticas no cotidiano do serviço.

E à população usuária dessa rede, carente de práticas inovadoras e resolutivas.

AGRADECIMENTOS

Na vida escolhemos a todo o momento, seja consciente ou inconscientemente; algumas vezes, nós escolhemos, outras vezes escolhem por nós.

Gosto de pensar que a realização deste trabalho é fruto dessas escolhas. A primeira delas foi feita por meu pai, ao mudar-se junto com minha mãe, para Belo Horizonte trazendo o monte de filhos para estudar. Para eles, o maior legado que podiam deixar para nós seria o estudo. Essa sábia decisão deles certamente diminuiu a probabilidade de que minha vida seguisse na roça, fazendo biscoito ou plantando milho e feijão, como meu pai gosta de dizer. A estas duas pessoas de fibra, meu profundo respeito e admiração.

A segunda escolha foi minha, ao buscar na UFMG o curso de Fisioterapia, ainda sem saber a que caminhos me levaria. Nesse período, já trabalhava na Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde e, logo ao terminar a graduação, aconteceu o primeiro concurso para fisioterapeuta e terapeuta ocupacional da PBH. Talvez tenha sido providencial logo no início de minha vida profissional, poder acompanhar e participar da formação da rede de serviços do SUS em BH, especialmente os serviços e a rede de reabilitação. Agradeço a todas as pessoas que encontrei (e desencontrei) nesse percurso e fizeram (ou ainda fazem parte dessa imensa rede) pela convivência, que reforçou minha opção pela saúde pública.

Minha atuação em saúde pública possibilitou o trabalho como docente no curso de Fisioterapia em faculdades de BH. Ministrando disciplina teórica ou supervisionando estágio em saúde coletiva, pude perceber a importância e a urgência da efetivação da integração e parceria Academia e Serviço com o objetivo de provocar mudanças

tanto na formação dos futuros profissionais quanto na formação dos profissionais em serviço. Aos colegas das instituições de ensino, agradeço os momentos das calorosas e enriquecedoras discussões sobre as possibilidades da parceria Academia e Serviço. Quero lembrar também dos ex-alunos e falar de como é bom trabalhar ao lado deles.

Voltei à UFMG, a convite de professores do curso de Fisioterapia, várias vezes, já como profissional da Secretaria Municipal de Saúde, para participar de aulas e eventos e falar sobre a (re)organização da Rede de Reabilitação SUS-BH. Agradeço ao corpo de professores da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional a oportunidade de trazer para dentro das salas de aula a experiência do serviço.

E finalmente, minha inserção profissional levou à escolha do tema dessa pesquisa. Participei da concepção do NAR, precursor do NASF em BH, e sempre acreditei no potencial dessa equipe multiprofissional na construção da rede de serviços de saúde. Como fisioterapeuta pude experimentar o trabalho na atenção básica (NASF), na rede complementar (CREAB) e na coordenação de reabilitação o que possibilitou a visão do sistema como todo, tanto das suas potencialidades quanto das fragilidades e carências. Atualmente, integro a coordenação de Reabilitação e agradeço a todas as pessoas que fazem parte de nossa equipe, o apoio recebido.

Penso que essa dissertação não seria possível se não tivesse escolhido a Professora Rosana Ferreira Sampaio como orientadora. Não sei dizer em que momento minha trajetória na saúde pública cruzou com os caminhos percorridos por ela, que são tantos mas convergem em uma única questão: a busca do conhecimento pessoal e coletivo em prol do desenvolvimento e transformação das

práticas profissionais na área da saúde. As provocações feitas por ela ao longo de nosso convívio surtiram efeito. No caminho encontrei a coorientadora Professora Fabiane Ribeiro Ferreira, surpresa feliz e parceria incrível. Aprendi com elas que a vida não sabe da existência do Mestrado. Esse é o resultado.

Olho ao meu redor e vejo a outra grande rede que me abriga. Preciso falar e nomear algumas pessoas que a compõem, e que me sustentam. Então:

Ao meus pais Juvercino e Raimunda, começo de tudo.

Aos meus irmãos Afonso, Ana, Enilda, Geraldo, Nilma, Noeme e Socorro, companheiros solidários em toda minha vida. Ao meu irmão Raimundo, que não se encontra mais nesse plano, compartilho a alegria deste momento.

À Elza, Gislene, João Batista, Márcia, Walmir e Wladimir pelo compartilhamento das muitas alegrias (e também das tristezas) em família.

À Bel, Luíza, Rafael e Thiago pelos momentos de infância e pelo suporte no cuidado com o Juninho.

À minha madrinha Luzinha, Dora e Emily, pela torcida, apoio e afeto.

Aos meus dois Antonios, o primeiro já em outro plano e o segundo (Juninho) a se tornar gente, por me ensinarem a leveza da vida, mesmo quando a vida teima em mostrar sua dureza.

À Adriana, pelas provocações e amizade incondicional.

À Angélica, que me ensinou que “tudo passa” e à Mariana, pela delicadeza do apoio.

À Janete, mais que coordenadora, pela acolhida.

À Maria Luiza, Soninha e Ceila pelo apoio e confiança.

À Sabrina e Vânia pelo incentivo e cooperação com esse trabalho.

À Tetê, Mariane, Renan e Diogo, fundamentais na coleta e análise dos dados.

Aos funcionários, especialmente Eni e Marilane, e professores do Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação, pelo apoio, seriedade e competência.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.

Paulo Freire

RESUMO

A valorização da avaliação é crescente no que se refere a instituições e programas propostos nos novos e complexos contextos da sociedade atual. No Brasil, o fortalecimento da avaliação se fez notar a partir da década de 90, com a proposição de políticas públicas sociais, que trazem a ampliação de direitos dos cidadãos, a exemplo do Sistema Único de Saúde (SUS). A avaliação é considerada uma importante ferramenta dos serviços de saúde, pois serve para subsidiar o planejamento e a implementação das ações, norteando o uso eficiente dos recursos, medindo a qualidade e, também, a satisfação da população usuária dos serviços oferecidos. Dentre os muitos pesquisadores no campo da avaliação da qualidade de serviços de saúde, a abordagem proposta por Avedis Donabedian tem sido mundialmente aceita e se baseia na análise da tríade Estrutura, Processo e Resultado. A recente criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo Ministério da Saúde, aponta a necessidade de avaliação da atuação das equipes e dos resultados alcançados para sua sustentação enquanto política. O objetivo desta pesquisa avaliativa foi analisar aspectos da tríade Estrutura, Processo e Resultados que permeiam a operacionalização dos serviços prestados pelo NASF e viabilizam a sua atuação no município de Belo Horizonte. A amostra deste estudo foi composta por dois NASF e suas respectivas equipes, estruturadas em dois Centros de Saúde (CS) de diferentes Distritos Sanitários. As fontes de dados foram fichas referentes à população atendida pelo NASF, registros de reuniões entre as equipes de NASF e ESF e entrevistas com gerentes de centros de saúde, profissionais do NASF e ESF e usuários do serviço de saúde. Os profissionais das equipes de NASF e ESF, os gerentes dos dois CS e os usuários responderam a questionários semiestruturados, que serviram de base para a construção dos indicadores que compuseram a tríade. Os resultados, discutidos e interpretados, levando em conta o contexto estudado, demonstraram fragilidades e inter-relação dos três aspectos da tríade: as características estruturais interferindo no processo e as características deste afetando o resultado. A utilização da abordagem proposta por Donabedian mostrou ser capaz de responder aos propósitos deste estudo, estando a concretização dos objetivos preconizados para o NASF prejudicada pelas fragilidades encontradas. Espera-se que as informações produzidas neste estudo possam influenciar decisões pautadas em dados validados cientificamente e subsidiar estratégias de gestão política, socialmente adequadas para o fortalecimento do NASF junto à Atenção Primária a Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Avaliação de Resultados, Apoio Matricial.

ABSTRACT

The value of the assessment is increasing in relation to proposed institutions and programs in the new and complex contexts of contemporary society. In Brazil, the strengthening of assessment is noted from the 90s, with the proposition of public social policies that bring the expansion of citizen's rights, such as the Sistema Único de Saúde (SUS). The assessment is considered an important tool of health services, as it serves to support the planning and implementation of actions, guiding the efficient use of resources, measuring the quality and, also, the satisfaction of the population using the offered services. Among the many researchers in the field of health services quality assessment, the approach proposed by Avedis Donabedian has been accepted worldwide and is based on the analysis of the triad Structure, Process and Outcome. The recent creation of the Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), by the Health Ministry, points out the need for assessment of the performance of teams and results achieved for their support while policy. The purpose of this evaluative research was to analyze aspects of the triad Structure, Process and Outcome that permeate the operationalization of the services provided by the NASF and enable its operations in the city of Belo Horizonte. This study's sample was composed by two NASF and their respective teams, structured in two Centros de Saúde (CS) of different health districts. The data sources were records relating to the population served by the NASF, meeting records between NASF and ESF teams and interviews with managers of health centers, NASF and ESF professionals and users of the health service. The professionals from the NASF and ESF teams, the managers of both CS and users answered semi-structured questionnaires, which served as the base for the construction of the indicators that compose the triad. The results, discussed and interpreted, taking into account the studied context, showed weaknesses and interrelationships of the three aspects of the triad: the structural characteristics interfering in the process and its characteristics affecting the outcome. The use of Donabedian's approach shown able to respond the purposes of this study, with the achievement of the objectives envisaged for the NASF hampered by the found weaknesses. It is hoped that the information gathered in this study may influence decisions made based on scientifically validated data and help develop strategies of political management, socially appropriate to strengthen the NASF together with the Primary Health Care.

Keywords: Primary Care, Support Center for Family Health, Outcome Assessment, Matrix Support.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CS	Centro de Saúde
CREAB	Centro de Reabilitação
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eqSF	Equipe de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAR	Núcleo de Apoio em Reabilitação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SM	Salário Mínimo
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Representação da Tríade de Donabedian.....	20
FIGURA 2 - Exemplo do agrupamento dos Centros de Saúde por Pólos de NASF nos Distritos Sanitários. (modificado pela autora). Belo Horizonte, 2013.	34
FIGURA 3 - Seleção da amostra.....	35
FIGURA 4 - Representação esquemática dos parâmetros Reuniões e Compartilhamento de Agendas do NASF e eqSF: + Positivo - Negativo.	56
FIGURA 5 - Representação gráfica da interação entre as dimensões e indicadores utilizados na avaliação da atuação do NASF em Belo Horizonte.....	83

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DO NASF QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA, SEGUNDO O CENTRO DE SAÚDE (N=61). BELO HORIZONTE, 2013.	46
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DA RENDA INDIVIDUAL DOS USUÁRIOS DO NASF (N=61). BELO HORIZONTE, 2013.	46
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DA RENDA FAMILIAR DOS USUÁRIOS DO NASF (N=61). BELO HORIZONTE, 2013.	47
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DAS REUNIÕES DE PLANEJAMENTO DE ACORDO COM ESF E GERENTES. BELO HORIZONTE, 2013.	54
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES NAS REUNIÕES DE PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE ACORDO COM NASF. BELO HORIZONTE, 2013.	55

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DA REDE DE REABILITAÇÃO DE BELO HORIZONTE. BELO HORIZONTE, 2013	29
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR SEXO, FAIXA ETÁRIA E ÍNDICE DE VULNERABILIDADE À SAÚDE (IVS). BELO HORIZONTE, 2013	44
TABELA 3 - COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE NASF PARTICIPANTES DA PESQUISA. BELO HORIZONTE, 2013.	48
TABELA 4 - DESCRIÇÃO DOS PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO PELOS PROFISSIONAIS DO NASF E USUÁRIOS. BELO HORIZONTE, 2013.....	50
TABELA 5 - ATIVIDADES DE FORMAÇÃO, CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DO NASF (N=12). BELO HORIZONTE, 2013.....	52
TABELA 6 - DESCRIÇÃO DOS PARÂMETROS USADOS NO QUESTIONÁRIO DOS USUÁRIOS PARA A CONSTRUÇÃO DO INDICADOR VÍNCULO / RESPONSABILIZAÇÃO (N=61). BELO HORIZONTE, 2013.....	60
TABELA 7 - SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NASF. BELO HORIZONTE, 2013.....	61
TABELA 8 - IMPRESSÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS NASF. (N=61). BELO HORIZONTE, 2013.	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Contextualização do objeto – o NASF	23
1.2 A implantação do NASF em Belo Horizonte – particularidades.....	27
1.3 Objetivo Geral	31
1.3.1 Objetivos Específicos	31
2 METODOLOGIA	33
2.1 Tipo de estudo, local e participantes.....	33
2.2 Instrumentação.....	36
2.3 Processamento dos dados e plano de análise	37
3 RESULTADOS	43
3.1 Caracterização dos participantes e do local de pesquisa	43
3.2 Descrição dos indicadores da tríade estrutura – processo – resultado.....	49
3.2.1 <i>Estrutura</i>	49
3.2.2 <i>Processo</i>	53
3.2.3 <i>Resultado</i>	61
4 DISCUSSÃO	65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	89
ANEXO A - APROVAÇÃO COMITÊS DE ÉTICA: UFMG E SMSA/BH	95
ANEXO B - FICHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO DO NASF	97
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARTICIPANTE ENTREVISTADO	98
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAL DO NASF	100
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAL ESF e GERENTE CS	109
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA USUÁRIO	112
APÊNDICE E - PRODUÇÃO DO NASF NO PERÍODO DE 2011 A 2012	117

1 INTRODUÇÃO

O interesse em avaliar sempre fez parte da existência humana: muito cedo aprendemos a importância da avaliação para determinar o valor de alguma coisa segundo nossos desejos e intenções e, também, desde cedo, experimentamos o processo de ser avaliado pelos outros em diversos contextos, seja na família, na escola ou no trabalho (FURTADO *et al.*, 2011). A valorização da avaliação é crescente no que se refere a instituições e programas propostos nos novos e complexos contextos da sociedade atual, em que a velocidade do fluxo de informações, a economia de escala e a focalização de ações enfatizam a necessidade de tomada de decisão sobre o uso dos recursos – onde, quanto e em que investir (MINAYO, 2011, p. 2).

No Brasil, é a partir da década de 90 que a avaliação se fortalece devido à proposição das políticas públicas sociais que se traduzem na ampliação dos direitos dos cidadãos por meio da Constituição de 1988. O maior projeto social do país – o Sistema Único de Saúde (SUS) – aponta a necessidade da avaliação como parte da rotina das instituições, servindo como ferramenta para subsidiar o planejamento e a implementação das ações, norteando não apenas o uso eficiente dos recursos, mas também medindo a satisfação da população usuária dos serviços oferecidos (SANCHO; DAIN, 2012).

A conceituação de avaliação, bem como a sua prática, enfrenta desafios e não existe unanimidade entre os estudiosos do tema, o que pode ser considerado reflexo da complexidade do objeto, da dificuldade na sistematização de ferramentas que possam contribuir na sua apreensão, obtenção dos dados, fontes, documentos e informações confiáveis (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; MALTA; MERHY,

2004). Sabe-se que o uso da avaliação se fortaleceu na prática como ferramenta para medir custo *versus* efetividade dos serviços de saúde. Entretanto, o entendimento do construto qualidade como um componente estratégico no campo da saúde, fez com que metodologias fossem sistematizadas e incorporadas pelas instituições públicas e pelo sistema de saúde com o intuito de apreender essa dimensão no processo de avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

No contexto de avaliação em saúde, Contandriopoulos (2006) define que avaliar consiste, fundamentalmente, em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção. Para esse autor, a avaliação deve ser feita por meio de instrumentos que forneçam informações validadas cientificamente de forma a permitir julgamento, decisões e ações por parte dos diferentes atores interessados e envolvidos com o objeto avaliado. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação normativa é caracterizada pelo estudo de cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios. Já a pesquisa avaliativa tem por objetivo examinar as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção através de um procedimento científico. Portanto, pesquisa avaliativa pode ser entendida como “o julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta ainda não respondida” e isso ocorre “em geral ou em um contexto particular, através do recurso de metodologias científicas” a partir das características dessas práticas (SILVA, 2008, p. 17).

Dentre os pesquisadores de avaliação da qualidade de serviços de saúde, Avedis Donabedian (2001) se destaca no contexto mundial a partir da década de 60 com a

sistematização da avaliação qualitativa da atenção médica baseada em três aspectos, denominada tríade: estrutura, processo e resultado. Ele aponta uma série de atributos relacionados aos efeitos do cuidado médico (eficácia, efetividade e impacto); aos custos (eficiência); à disponibilidade e à distribuição dos recursos (acessibilidade e equidade) e; à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade) (DONABEDIAN, 2001). Para esse autor, os prestadores, consumidores e a sociedade em geral têm concepções diferentes sobre o que é boa qualidade em saúde, mas todos identificam a importância, tanto dos aspectos técnicos quanto interpessoais, para a dimensão qualidade.

Na tríade proposta por Donabedian (2001), estrutura corresponde às características estáveis dos provedores para execução dos serviços, ou seja, os recursos, tanto físicos quanto humanos: estrutura física, equipamentos e insumos, quantidade e qualificação dos profissionais e recursos financeiros disponíveis para a manutenção da infraestrutura e da tecnologia para a viabilização dos serviços. Processo é compreendido como a execução das atividades e da dinâmica estabelecida nas relações entre profissionais de saúde e pacientes e deverá estar fortemente relacionado ao resultado para ser utilizado como estimativa da qualidade. Resultado é entendido como o final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas do usuário com o cuidado prestado. Além dos aspectos físicos e fisiológicos, compreende também a melhora da função social e psicológica do paciente, conhecimentos adquiridos sobre a doença ou situação de saúde e as atitudes a elas relacionadas.

A FIG 1 representa o quadro conceitual de Donabedian, considerado uma tríade que corresponde às noções de Teoria Geral de Sistemas: *input*, processo e *output*¹.

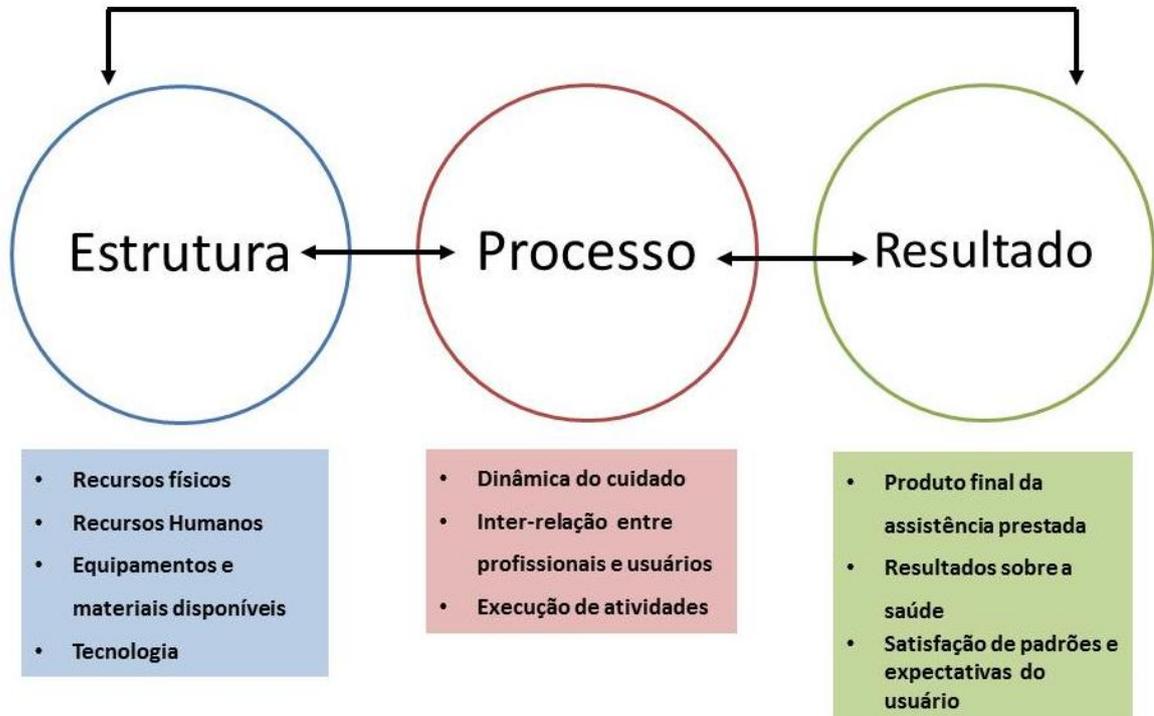


FIGURA 1: Representação da Tríade de Donabedian.
Fonte: Autora

As práticas que têm sido mais frequentemente objeto de avaliação são aquelas resultantes da ação social planejada, tais como políticas, programas e serviços de saúde, sendo política de saúde entendida como conjunto de medidas tomadas pelo Estado, incluindo normas, diretrizes e programas refletidos em ações, orientações e investimentos, para fazer frente aos problemas de saúde apresentados pela população (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

¹ Teoria Geral dos Sistemas: “De acordo com a visão sistêmica, as propriedades essenciais de um organismo ou sistema vivo, são propriedades do todo, que nenhuma das partes possui. Elas surgem da interação e das relações entre as partes. Essas propriedades são destruídas quando o sistema é dissecado, física ou teoricamente, em elementos isolados. Embora possamos discernir partes individuais em qualquer sistema, essas partes não são isoladas, e a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes. (...) As propriedades das partes não são propriedades intrínsecas, e só podem ser entendidas dentro do contexto do todo mais amplo. (...) Na abordagem sistêmica, as propriedades das partes podem ser entendidas apenas a partir da organização do todo. Em consequência o pensamento sistêmico concentra-se não em blocos de construção básicos, mas em princípios de organização básicos. O pensamento sistêmico é “contextual”, o que é o oposto do pensamento analítico. A análise significa isolar alguma coisa a fim de entendê-la; o pensamento sistêmico significa colocá-la no contexto de um todo mais amplo.” (CAPRA, 2006, p. 40, 41).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) tem empreendido esforços para a execução das políticas públicas com base no monitoramento e na avaliação de processos e resultados, buscando induzir os gestores dos três níveis de governo a ofertarem serviços de qualidade e que estejam de acordo com a necessidade da população. Um dos exemplos mais recentes desse esforço é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tem como um dos objetivos, a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS). O PMAQ está estruturado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. A primeira fase é a Adesão e a Contratualização, que é a adesão formal ao Programa e o estabelecimento de compromissos e indicadores das equipes da atenção básica com os gestores municipais e destes com o gestor federal. A segunda fase é o Desenvolvimento que envolve a elaboração de ações que serão desenvolvidas pelas equipes e pelos gestores com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional), que deverão ser estruturadas de forma contínua e sistemática pelas equipes e pelos gestores. A terceira fase, a Avaliação Externa, consiste na verificação das condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes da atenção básica, realizada por Instituições de Ensino e Pesquisa. Por fim, a quarta fase, Recontratualização, consiste na repactuação, entre as equipes da atenção básica e os gestores, de novos padrões e indicadores, estimulando a incorporação de um processo cíclico de monitoramento a partir dos resultados alcançados pelo programa. Lançado em 2011, o PMAQ da Atenção

Básica contemplou, em seu primeiro ciclo, a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica, incluindo equipes de saúde bucal. Em 2013, o segundo ciclo do programa amplia sua abrangência, incorporando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Centros de Especialidades Odontológicas no escopo da avaliação (BRASL, 2012).

Existem pesquisas sendo realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e gestores realizando esforços para avaliar e aprimorar seus resultados. Contudo, a criação do NASF ainda deve ser problematizada. Essa política de recente implantação, que tem como finalidade ampliar a abrangência e a efetividade da APS, faz jus à realização de pesquisa avaliativa específica para investigação dos resultados alcançados, possíveis problemas e barreiras à sua implementação, com o objetivo de subsidiar, com dados cientificamente validados, estratégias de gestão e de política que estejam socialmente adequadas.

Nesse sentido, pretende-se, na presente pesquisa avaliativa, tendo como referencial teórico uma aproximação do modelo conceitual de Donabedian, adaptar em sua tríade estrutura – processo – resultado, indicadores² identificados como essenciais para o cumprimento dos objetivos propostos para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e analisar a atuação de suas equipes em Belo Horizonte, considerando seus dois focos de responsabilidade: equipe Saúde da Família (eqSF) e população. Parte-se do pressuposto de que a implementação de políticas e programas, como no caso do NASF, é um processo complexo, que exige mudanças na cultura e no *modus operandi* das instituições e, principalmente, nos atores que

² Indicador é uma variável, característica ou atributo que é capaz de sintetizar, representar ou dar maior significado ao que se quer avaliar (OPAS, 2008).

estão na ponta e que são responsáveis diretos pela sua implementação. Acredita-se que uma avaliação permanente do processo de trabalho dessas equipes e das ações propostas pelo gestor federal, pactuadas a nível local, poderá nortear os ajustes necessários para a efetivação do NASF.

1.1 Contextualização do objeto – o NASF

O NASF é uma política de implantação recente, instituída pela Portaria GM 154, de 24 de Janeiro de 2008 e publicada em 04 de Março de 2008, pelo Ministério da Saúde (MS), tendo como principal objetivo apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços. A ESF é a vertente brasileira da Atenção Primária à Saúde (APS) e, como tal, representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos da realidade para que possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população (COSTA *et al.*, 2009; BRASIL, 2010). Embora a implantação da ESF tenha provocado mudanças na organização dos serviços e nas práticas dos profissionais, a complexidade cada vez maior dos problemas de saúde, imposta pela mudança nos perfis demográfico e epidemiológico, somada a questões socioeconômicas, políticas e culturais, ressaltou a necessidade de ampliação dos saberes para uma gestão de casos mais abrangente, resolutiva e efetiva dos problemas sanitários do território (BRASIL, 2010; PAIM *et al.*, 2011) Nesse contexto a criação do NASF tem também como objetivo, “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica de forma a aumentar sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde” (BRASIL, 2010, p. 10).

A Portaria 154 preconizava que as equipes de NASF deveriam ser compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. No campo da medicina:

acupunturista, ginecologista, homeopata, pediatra e psiquiatra são as especialidades indicadas. As demais profissões são assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional. A composição das equipes é definida pelo gestor municipal de acordo com os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O NASF, atualmente é regulamentado pela Portaria nº 2.488, publicada em 21 de outubro de 2011, e se configura como uma equipe multiprofissional que atua de forma integrada com as equipes de SF, as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), e com o Programa Academia da Saúde. Outras categorias profissionais foram incluídas na lista definida anteriormente pela Portaria 154 para a composição da equipe do NASF: geriatra, internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, arte educador e profissional de saúde sanitaria (profissional graduado na área da saúde com pós-graduação em saúde pública ou saúde coletiva, ou graduada diretamente em uma dessas áreas) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Com a publicação de outra Portaria (nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012), o MS criou uma terceira conformação de equipe NASF, aumentando a possibilidade de que todos os municípios estruturarem o NASF, desde que tenham pelo menos uma equipe de SF. As três modalidades de NASF existentes hoje são: NASF 1, quando for vinculado a 5 a 9 equipes SF e / ou equipes de AB para população específica, com uma carga horária total da equipe de no mínimo 200 horas semanais; NASF 2, quando for vinculado a 3 a 4 equipes SF e / ou equipes de AB, sendo a carga horária total da equipe de no mínimo 120 horas semanais; e o NASF 3, quando

estiver vinculado a 1 até 2 equipes SF, sendo a carga horária mínima de 80 horas semanais. Nas três modalidades, cada ocupação não poderá ter carga horária semanal menor que 20. Na modalidade NASF 1, a carga horária máxima de cada ocupação, será de 80 horas e nas duas outras modalidades será de 40 horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em relação aos princípios e diretrizes do SUS e da APS, a integralidade deve ser a bússola do NASF, levando em conta que este é um conceito polissêmico. Dentre os muitos sentidos do termo integralidade, o NASF, enquanto uma equipe que conta com múltiplos profissionais, conhecimentos e abordagens disciplinares variadas, não pode perder de vista o sentido da integralidade como abordagem integral do sujeito, inserido em seu contexto cultural e familiar, para não incorrer nos riscos de fragmentação do usuário e de desresponsabilização da assistência, para, desta forma, potencializar a possibilidade das equipes de ampliarem a qualidade do cuidado prestado pelas ESF (BRASIL, 2010).

Os dois focos de responsabilidades do NASF são a eqSF e a população e, por isso, suas metas de trabalho devem conter indicadores de resultado tanto para a população quanto para a equipe. Os resultados alcançados dependem da capacidade de articulação e de trabalho em conjunto dos profissionais da ESF, NASF e do gestor, mantendo-se em constante planejamento e pactuação³. Espera-se, por exemplo, como resultado da ação compartilhada no acompanhamento de casos, a construção de protocolos e a redução de filas de espera para consultas especializadas. Em relação à equipe, o NASF deve suscitar mudanças no processo

³ Para a adequada organização do processo de trabalho dos profissionais do NASF, a definição das ações e tarefas deve ser estabelecida e ajustada entre gestor, equipe do NASF e equipe SF, de forma cuidadosa, em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio (BRASIL, 2010).

de trabalho e criar espaços para discussão e gestão coletiva sobre temas importantes para o entendimento do quadro de saúde da população adscrita, bem como para a discussão de casos e construção de projetos terapêuticos⁴ (BRASIL, 2010).

Dessa forma, espera-se aumentar a capacidade de compreensão e resolução da eqSF em identificar riscos e vulnerabilidade e eleger casos prioritários e complexos, com base na visão compartilhada de outros profissionais para definição de condutas e formas de agir. Além disso, espera-se que os profissionais, tanto da equipe do NASF quanto da SF, sejam cada vez mais capazes de, por meio do apoio matricial⁵, exercer a coordenação e a continuidade do cuidado, atributos fundamentais da APS. Portanto, o NASF deve atuar com base nas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e da humanização (BRASIL, 2010).

Assim, para que essa nova equipe de profissionais cumpra com sua missão de apoiar e compartilhar responsabilidades com as eqSF, a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF são elementos fundamentais. Conforme preconizado pelo gestor federal, o apoio matricial, enquanto metodologia de gestão do cuidado, deve contribuir não apenas para ampliar o leque de ofertas terapêuticas, como também provocar a corresponsabilização entre as equipes, tendo em vista os conceitos de equipe de referência e apoio matricial especializado. Ou

⁴ Projeto Terapêutico Singular (PTS) é definido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário (BRASIL, 2010).

⁵ Apoio matricial ou matriciamento refere-se à metodologia de trabalho na qual profissionais de referência e especialistas mantêm relação entre si e compartilham campos de conhecimento de modo horizontal, de forma a gerar novos saberes e possibilidades de atuação, diminuindo a fragmentação do cuidado (CAMPOS *et al.*, 2007).

seja, a equipe de referência é responsável sanitária por uma população adscrita, enquanto a equipe de apoio matricial, composta por especialistas, deve disponibilizar suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, segundo as suas necessidades e as da população local. Em síntese, o NASF é uma experiência ancorada nos conceitos de equipe de referência e apoio matricial, cujo processo de trabalho se pauta nas ações compartilhadas com a eqSF, sejam elas individuais ou coletivas, assim como em ações comuns nos territórios de sua responsabilidade.

1.2 A implantação do NASF em Belo Horizonte – particularidades

Em 2005, portanto antes da criação do NASF pelo Ministério da Saúde, dois Distritos Sanitários de Belo Horizonte, Barreiro e Norte, já contavam com suas equipes de reabilitação alocadas na atenção básica, denominadas Núcleo de Apoio em Reabilitação (NAR). Essas equipes eram compostas pelos profissionais fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista e psicólogo. A decisão da SMSA de buscar novos arranjos assistenciais para a APS teve como fator motivador a descoberta pelas eqSF de inúmeras pessoas com limitações funcionais, restritas em seus domicílios (LOPES *et al.*, 2010). Dessa forma, o NAR nasceu com o objetivo de

[...] implementar ações de reabilitação em nível primário de atenção à saúde, possibilitando o acesso da população a intervenções preventivas e reabilitadoras o mais precocemente possível, a fim de manter e / ou melhorar suas condições de saúde (BELO HORIZONTE, 2004, p. 4).

Já nessa época, a SMSA manifestava preocupação com a capacidade de resposta da rede de serviços de saúde à demanda apontada pelas eqSF.

Nesse contexto, o NAR despontou também como um elo entre a APS e os serviços de reabilitação no nível secundário, pela possibilidade de oferta de ações de

reabilitação, mais próximo ou dentro do próprio domicílio, facilitando o acesso das pessoas com maior comprometimento funcional. Importante ressaltar que a implantação do NAR em Belo Horizonte aconteceu por decisão do gestor municipal e não contou com recursos financeiros do Ministério da Saúde para seu financiamento. O NAR contava com equipes volantes, que trabalhavam na lógica do apoio matricial, capacitando as eqSF para a prestação de assistência básica em reabilitação, atendendo, de forma compartilhada, usuários com deficiências ou limitações funcionais, cuidadores, familiares e pessoas em situação de risco ou alto grau de vulnerabilidade, por meio de abordagem individual, domiciliar e coletiva (LOPES *et al.*, 2010; COIMBRA *et al.*, 2010).

A publicação da Portaria 154 pelo Ministério da Saúde, em 2008, de certa forma, ratifica a política já iniciada em Belo Horizonte de implantar equipes compostas por diversas profissões da área da saúde na atenção básica e por apresentar características semelhantes à metodologia do NAR:

Dentre estas, o fato de as equipes serem formadas por profissionais de diversas áreas do conhecimento, a atuação de equipes de apoio matricial junto às ESF e em seu território, a responsabilização compartilhada pelos casos, a discussão e elaboração conjunta de projetos terapêuticos com as ESF, a ampliação e qualificação do acompanhamento longitudinal da ESF, e também o fato de não se constituir como porta de entrada do sistema, e sim como equipe de apoio às ESF” (COIMBRA *et al.*, 2010, p.439).

Além de confirmar a necessidade de outras especialidades para ampliar o escopo das ações das eqSF, a Portaria 154 traz o incentivo financeiro para implantação e custeio das equipes de NASF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Logo após a sua publicação, a SMSA de Belo Horizonte reestruturou e ampliou as equipes dos antigos NAR de forma a implementar os NASF nos nove distritos sanitários. Visando ao incremento das ações de promoção da saúde, optou-se pela incorporação de profissionais de educação física e da assistência farmacêutica nas equipes, sendo

que os demais profissionais preconizados na Portaria não foram incorporados, a saber: médicos acupunturista, ginecologista, homeopata, pediatra e psiquiatra.

Assim, a proposta de trabalho e organização dos NASF em Belo Horizonte manteve alguns dos fluxos definidos previamente para os NAR, seguindo características próprias da organização da rede no município, como a continuidade do apoio matricial fornecido pelas equipes de saúde mental às ESF; o apoio dos médicos ginecologistas e pediatras às equipes do NASF, no que se refere ao atendimento e à educação permanente; e a continuidade do encaminhamento de usuários para os médicos homeopatas e acupunturistas, também lotados em alguns centros de saúde (TURCI, 2008; COIMBRA *et.al.*, 2010). Atualmente, Belo Horizonte conta com 58 Núcleos onde atuam aproximadamente 389 profissionais de diferentes categorias: assistente social, profissional de educação física, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e farmacêutico. A Tabela 1 mostra o quantitativo de profissionais integrantes das equipes de NASF, incluindo, também, as equipes lotadas nos serviços especializados de reabilitação em Belo Horizonte.

TABELA 1 - Distribuição dos recursos humanos da Rede de Reabilitação de Belo Horizonte, 2013

	FONO	FISIO	TO	AS	PSICO	NUTRI	ED FÍSICO	FAR MACEU	ENF	MÉ DICO	TOTAL
NASF	47	77	36	24	39	53	56	57	0	0	389
CREAB* CS	5	20	12	2	1	1	0	0	1	2	44
CREAB* L	5	18	9	2	2	1	0	0	3	4	44
CREAB* NO	4	15	9	2	1	2	0	0	1	2	36
TOTAL	61	130	66	30	43	57	56	57	5	8	513

*CREAB CS – Centro de Reabilitação Centro SUL / CREAB L – Centro de Reabilitação Leste / CREAB NO – Centro de Reabilitação Noroeste
Fonte: Coordenação de Reabilitação / SMSA. Belo Horizonte, 2013.

O NASF possui uma coordenação central, representada pela Coordenação de Reabilitação e estruturada na Gerência de Assistência da SMSA. Por sua vez, cada NASF distrital conta com um coordenador que tem, como uma de suas responsabilidades, favorecer a integração da equipe local com o nível central e distrital. A agenda de trabalho prevê reuniões conjuntas entre as coordenações locais e central do NASF e destas com outras gerências e áreas técnicas, como a gerência de rede complementar (incluindo os centros de especialidades médicas e centros especializados de reabilitação), a gerência do serviço de atenção domiciliar, etc., com vistas a viabilizar o entendimento e a coordenação do cuidado em rede.

Segundo a Coordenação de Reabilitação, as bases atuais do trabalho em Belo Horizonte seguem os princípios do SUS, as diretrizes da APS no município, as diretrizes da Política Nacional da Pessoa com Deficiência, o modelo assistencial de funcionalidade e a lógica do apoio matricial (Belo Horizonte, 2010). O trabalho está organizado em dois eixos: assistência ao usuário (1) e educação permanente (2). No eixo 1 estão previstos a atenção domiciliar para as pessoas restritas ao leito ou ao domicílio que necessitam de reabilitação, a atenção individual para casos específicos, a orientação e o tratamento para usuários com alteração funcional ou em risco de desenvolver agravos e, ainda, atividades coletivas, junto às ESF ou específicas dos profissionais NASF. Importante ressaltar, que os documentos da SMSA reforçam que a atenção individualizada não é o principal foco de atenção do NASF em Belo Horizonte, ao contrário da atenção domiciliar e das atividades em grupo (Belo Horizonte, 2004 e 2010). No eixo 2, a educação permanente é garantida institucionalmente, com previsão de reuniões mensais entre NASF e eqSF. Essas reuniões são espaços importantes que devem privilegiar a efetivação de ferramentas tecnológicas preconizadas pelo gestor federal para o NASF: pactuação de apoio,

clínica ampliada, elaboração de projeto terapêutico singular e projetos para o território e, ainda, apoio matricial (MAGALHÃES, JUNIOR, 2010). Importante enfatizar que os dois eixos convergem em vários momentos do cotidiano de trabalho das equipes, de forma a potencializar as ações realizadas.

A sustentação de uma política de concepção inovadora e abrangente como a do NASF exige conhecimento profundo de suas diretrizes, além do monitoramento dos resultados e uma avaliação sob o ponto de vista dos gestores, dos profissionais envolvidos e dos usuários, para identificar possíveis problemas que possam se constituir em barreiras ou dificuldades para a consolidação da proposta. Assim, esta pesquisa avaliativa tem como desafio conjugar informações produzidas por indicadores sistematicamente formatados e reflexões geradas pelas dimensões cotidianas das ações profissionais desenvolvidas junto aos usuários do SUS, em contextos de experimentação, inovação e criação coletiva.

1.3 Objetivo Geral

Analisar aspectos da tríade Estrutura, Processo e Resultados, que permeiam a operacionalização dos serviços prestados pelos NASF e viabilizam a sua atuação em dois Centros de Saúde de Belo Horizonte.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Caracterizar, por meio do levantamento dos perfis epidemiológico e demográfico, a população adscrita dos usuários acompanhados pelas equipes do NASF em compartilhamento com as eqSF;
- Definir indicadores, com base na tríade proposta por Donabedian, que permitam analisar as ações que estruturam o trabalho do NASF junto aos

profissionais da própria equipe, da eqSF e usuários, considerando seus dois focos de responsabilidade: equipe e população; e

- Conhecer as experiências e a avaliação dos usuários em relação ao reconhecimento, ao acesso e à utilização dos serviços prestados pelos profissionais do NASF.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo, local e participantes

Foi realizada uma pesquisa avaliativa em Belo Horizonte, no período de julho a novembro de 2013, com o objetivo de analisar a operacionalização dos serviços prestados pelo NASF no município. Para compor a amostra deste estudo, foram selecionados dois NASF e suas respectivas eqSF, estruturados nos DS Barreiro e Nordeste.

A definição dos locais e dos participantes desta pesquisa foi feita por conveniência, como é próprio deste tipo de abordagem. Dessa forma, o critério usado para seleção dos DS pautou-se na escolha dos NASF com maior e menor tempo de implantação no município: o DS Barreiro, cuja implantação se deu em 2004, com a criação do NAR (precursor do NASF), e, o DS Nordeste, implantado em 2008, ano de publicação desta política.

Após a definição dos distritos, realizada em conjunto com a coordenação central da reabilitação, a coordenação local do NASF apontou os dois polos de NASF que comporiam a amostra. Na ocasião da implantação da Portaria 154, o município de Belo Horizonte optou por dividir a equipe do NASF distrital em grupos menores, caracterizando polos de atuação compostos por profissionais que são responsáveis pela oferta de apoio a um determinado número de CS (COIMBRA *et al.*, 2010). A FIG 2, a seguir, representa os distritos sanitários de Belo Horizonte e o agrupamento dos Centros de Saúde por Polo de NASF, nos distritos estudados.

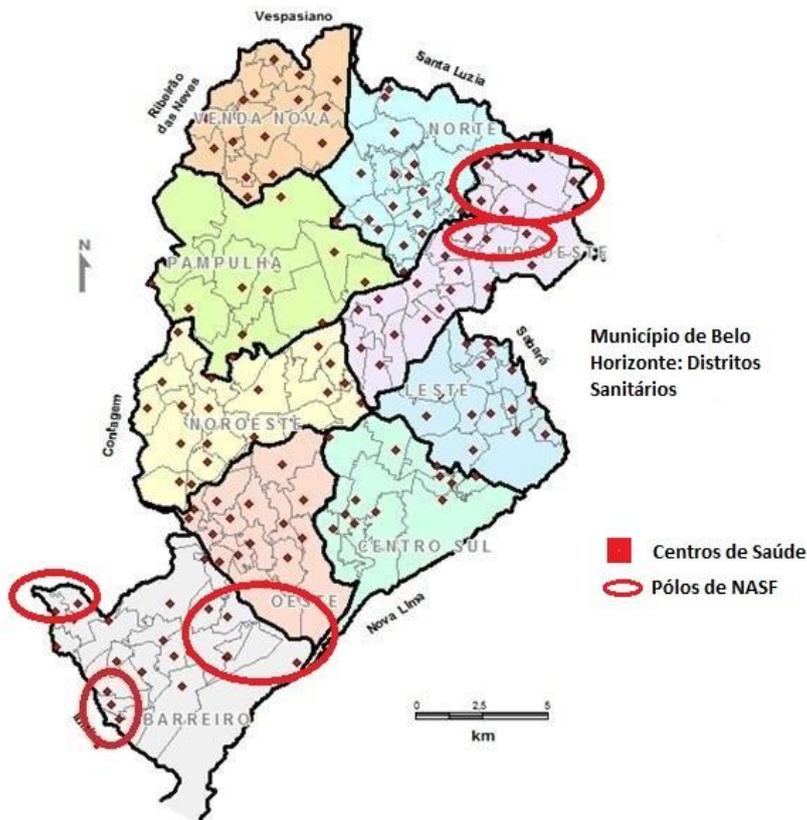


FIGURA 2 - Exemplo do agrupamento dos Centros de Saúde por Pólos de NASF nos Distritos Sanitários. (modificado pela autora). Belo Horizonte, 2013.
Fonte: Modificado pela autora.

Dessa forma, os dois polos de NASF escolhidos, um em cada distrito estudado, elegeram uma equipe de SF localizada em seu território de atuação. Para a indicação das eqSF, os NASF foram orientados a considerar as seguintes características: equipes com a composição mais próxima do previsto em lei e, gerentes e profissionais motivados a participar da pesquisa. O NASF localizado no DS Barreiro (NASF 1) constitui-se em um polo vinculado a dois CS (Lindeia e Regina). Foi definido que a pesquisa seria realizada no CS Lindeia e uma equipe de SF foi escolhida, entre as cinco equipes ali estruturadas. Essa equipe é composta por um médico, uma enfermeira, quatro ACS e dois técnicos de enfermagem, além de contar com o apoio de um dentista e um auxiliar de consultório dentário. O NASF localizado no DS Nordeste (NASF 2) constitui-se em um polo vinculado a três CS

(São Paulo, Cachoeirinha e Padre Fernando) e indicou no CS São Paulo uma, das quatro eqSF que estão ali lotadas. Essa equipe é formada por um médico, um enfermeiro, três ACS, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene bucal. A FIG 3 mostra, de forma esquemática o processo de seleção da amostra:

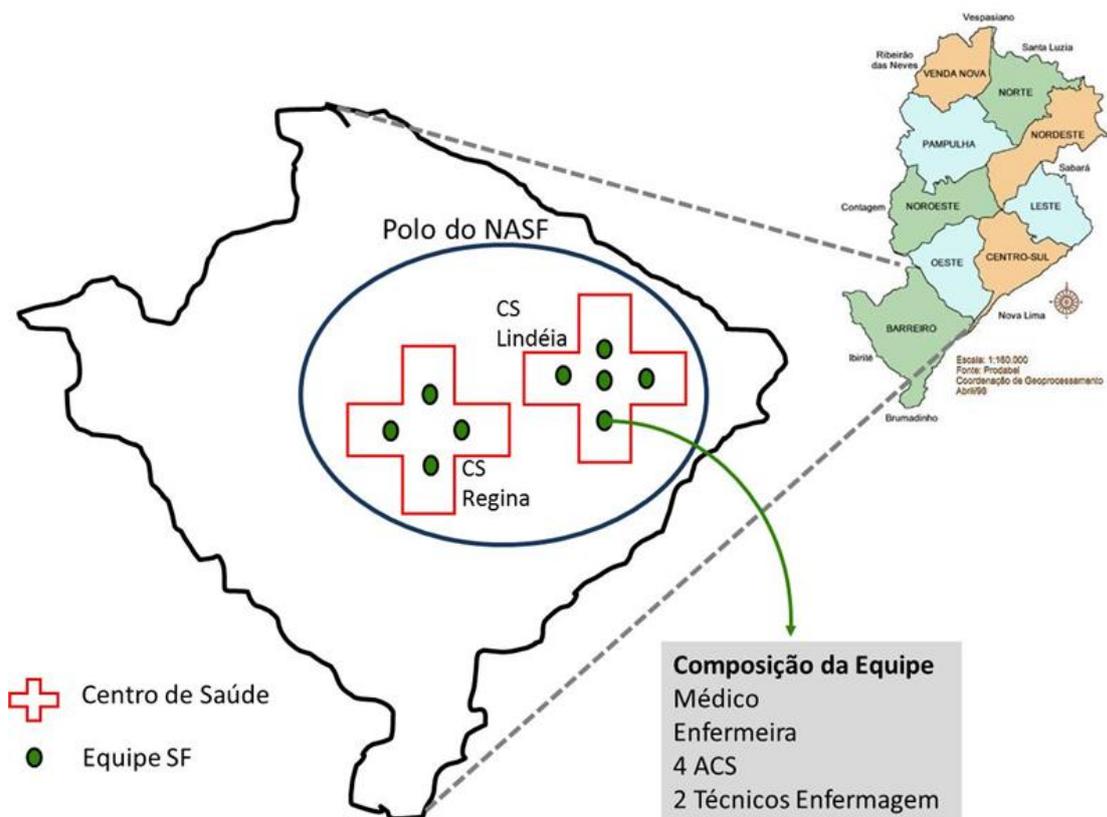


FIGURA 3 - Seleção da amostra
 Fonte: Autora

Os usuários que participaram da pesquisa foram selecionados por conveniência, durante uma semana típica de funcionamento da unidade. Os mesmos foram abordados pela pesquisadora e duas bolsistas e questionados sobre a utilização (própria ou de algum familiar) das ações oferecidas pelo NASF naquela unidade. Em caso afirmativo, o usuário era convidado a participar da pesquisa e aqueles que

aceitavam, respondiam, face a face, ao questionário, após a leitura e assinatura do termo de consentimento (ANEXO A, APÊNDICE A).

2.2 Instrumentação

Diversas fontes foram empregadas para a coleta dos dados: 1) fichas referentes à população atendida pelo NASF; 2) registros de reuniões entre as equipes de NASF e eqSF; 3) entrevistas com gerentes de centros de saúde, profissionais do NASF e eqSF e usuários.

Foram elaborados três questionários semiestruturados, distintos, sendo um para gerentes dos CS e profissionais das equipes SF, um para profissionais do NASF e um terceiro para usuários. Dessa forma, para a estruturação dos questionários, foram consideradas as dimensões correspondentes a cada aspecto da tríade Donabedian, estrutura – processo – resultado, e o público ao qual se destinavam (APÊNDICES B, C e D).

Os instrumentos de coleta de dados foram analisados e validados por um comitê de experts, constituído por profissionais com perfil acadêmico e conhecimento ou experiência em Atenção Primária e NASF. A consulta aos especialistas contribuiu para aumentar a validade de conteúdo dos questionários. Consensos e convergências entre as diferentes fontes consultadas foram consideradas para o formato final dos instrumentos.

Os indicadores analisados neste estudo foram construídos a partir de perguntas retiradas dos questionários, utilizando-se como referência a tríade de Donabedian. Dados secundários também fizeram parte deste estudo e foram obtidos por meio das fichas de atendimentos dos profissionais do NASF, bem como dos registros das

reuniões de matriciamento realizadas entre as equipes de NASF e SF. Fazem parte do conteúdo das fichas as seguintes informações: dados de identificação (nome, sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação no mercado de trabalho, tipo de renda); tipo de atendimento realizado (individual, visita domiciliar); tipo de doença (cardiovascular, endócrina / nutricional / metabólica, neurológica, osteomuscular, outras); procedimento realizado (anamnese / primeira avaliação, atendimento específico, orientação individual, orientação familiar, adaptação domiciliar, treinamento do cuidador); conduta / encaminhamento (alta, retorno, encaminhamento para outro profissional do NASF, Programa de Atenção Domiciliar PAD, Grupo Operativo / NASF, outra especialidade, Serviço secundário de Reabilitação, Internação para Reabilitação, Órtese / Prótese / Meio Auxiliar de Locomoção, equipamentos sociais, não compareceu); atendimento compartilhado (médico generalista, médico de apoio a ESF, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, outro profissional) (ANEXO B).

2.3 Processamento dos dados e plano de análise

A informação utilizada neste trabalho foi coletada e analisada sob a integração dialógica das abordagens qualitativa e quantitativa na perspectiva da triangulação de métodos.

Pode-se compreender avaliação por triangulação de métodos como expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um constructo específico. Além da integração objetiva e subjetiva no processo

de avaliação, essa proposta inclui os atores do projeto e do programa, não apenas como objetos de análise, mas, principalmente, como sujeitos de autoavaliação (MINAYO, 2005).

Dito de outra forma, a triangulação de métodos representa uma combinação de múltiplas técnicas a fim de encontrar resultados mais complexos e próximos da realidade, sem os quais não seria possível encontrá-los.

As informações das fichas de registro de atendimentos realizados pelos profissionais do NASF⁶, assim como os questionários (gerentes, profissionais e usuários), foram processados e analisados no programa Microsoft Excel (2010), a partir da construção e revisão de bancos de dados.

Para a construção e análise dos indicadores num primeiro momento foram pré-estabelecidos os parâmetros, aqui entendidos como a forma como o indicador foi operacionalizado. Esses parâmetros derivaram das questões contidas nos questionários aplicados aos gerentes, profissionais do NASF e eqSF e usuários. Em seguida, foram arbitrados critérios de valoração, ou seja, foi criado um barema para a avaliação. Todos os parâmetros tiveram o mesmo valor, ou seja, não foram alocados pesos diferenciados entre eles. A definição dos critérios de valoração ou do barema adotado neste estudo foi feita com base em normatizações do MS para o NASF e para as ações esperadas na atenção básica, na opinião dos experts e, ainda, em outros estudos de avaliação no campo da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; MELO, 2009; BRASIL, 2010).

⁶ As informações geradas por esta fonte foram usadas para auxiliar na definição dos critérios adotados neste estudo para a valoração dos indicadores que compõem a tríade, bem como na interpretação dos mesmos. Dessa forma, não serão apresentados no corpo da dissertação, mas estão disponíveis para consulta no APÊNDICE E.

Algumas regras decisórias gerais, no que se refere à valoração de parâmetro, foram estabelecidas. Para questões (origem dos parâmetros) compostas por várias opções de respostas, arbitrou-se uma regra de decisão, considerando-a positiva se a mesma tivesse três opções de respostas marcadas por 60% ou mais dos respondentes. Por exemplo: *“pensando na última reunião da qual você participou, quais os profissionais da ESF estavam presentes?”* ou *“Vou apresentar uma lista de profissionais. Quais o Sr. conhece ou sabe que existe nesta unidade?”*. Nesses casos, a ocorrência de três opções como respostas, em 60% ou mais dos respondentes, indicou uma valoração positiva da questão. Em relação a questões com escalas variando de 0 a 10, determinou-se o valor 7 como o valor mínimo para se considerar a questão como positiva.

A seguir, é apresentada uma descrição detalhada da construção dos indicadores e dos critérios específicos adotados para a valoração dos parâmetros ou o barema para cada dimensão da tríade de Donabedian (1980) (QUADRO 1).

QUADRO 1– Aspectos da Tríade de Donabedian – indicadores, definição, fonte e critérios para valoração. Belo Horizonte, 2013

Tríade	Indicadores	Descrição	Fonte de dados	Crítérios para valoração / Barema
1. ESTRUTURA	1.1. Espaço físico	Percepção de usuários e profissionais do NASF sobre o espaço físico da unidade de saúde.	Questionário usuário: Dimensão 3 (questão 19) Questionário profissional NASF: Dimensão 4 (questão 18); Dimensão 7 (questões 40 e 4) e Dimensão 8 (questão 48).	POSITIVO se considerado adequado por pelo menos - 60% dos profissionais. - 60% dos usuários.
	1.2. Acessibilidade urbana	Informações do usuário sobre a condição de alcance para utilização com segurança e autonomia dos espaços urbanos em seu trajeto até o CS e das dependências do CS.	Questionário usuário: Dimensão 2.	POSITIVO se considerado adequado por pelo menos: - 60% dos usuários.
	1.3. Equipamentos / profissionais	Categorias e qualificação dos profissionais que compõem as equipes e, equipamentos / recursos.	Questionário usuário: Dimensão 3 (questão 20). Questionário profissional NASF: Dimensão 2, Dimensão 4 (questões 22.2 , 22.3 e 22.4), Dimensão 6 (questões 37 e 37.1) e Dimensão 8 (questão 49). Questionário profissional eqSF e gerente: Dimensão 2 (questões 12 e 12.1).	POSITIVO quando pelo menos: - 60% dos profissionais estiverem satisfeitos com equipamentos e recursos para o desempenho das atividades, e a média de satisfação for maior ou igual a 7 numa escala de zero a 10. - 60% dos profissionais terem realizado, no mínimo, uma atividade de formação / capacitação ao ingressar no NASF e duas atividades de educação permanente / capacitação oferecidas pelo município. - Desejável que pelo menos 60% dos usuários identifiquem ou reconheçam o NASF.

	2.1. Gestão da demanda e informação	Acompanhamento e organização da demanda por meio de sistematização da informação.	Questionário profissional NASF: Dimensão 6 (questões 35, 38, 39).	<p>POSITIVO quando os dois parâmetros abaixo forem realizados por, pelo menos, 60% dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento das solicitações de apoio das ESF - Gestão da Informação.
	2.2. Planejamento das ações	Planejamento das ações desenvolvidas pelo NASF e ESF.	<p>Questionário profissional eqSF e gerente: Dimensão 2 (questões 13, 13.1, 13.2, 13.3, 15, 16, 17,18 e 19).</p> <p>Questionário profissional NASF: Dimensão 3 e Dimensão 4 (questões 15, 19, 20, 20.1, 20.2, 21, 21.1, 21.2, 22, 22.1, 23, 23.1, 23.2).</p>	<p>POSITIVO quando houver coincidência dos parâmetros abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência de reuniões com temas pertinentes a realidade do território e participação multiprofissional (ESF e NASF). - Compartilhamento das agendas ESF e NASF.
2. PROCESSO	2.3. Apoio Matricial	Arranjo de trabalho que visa favorecer a troca de conhecimentos entre os profissionais e capacitá-los para o cuidado.	<p>Questionário profissional eqSF e gerente: Dimensão 2 (questão 14) Dimensão 3.</p> <p>Questionário profissional NASF: Dimensão 5, Dimensão 4 (questões 24, 24.1, 24.2, 24.3).</p>	<p>DESEJÁVEL que sejam constatados os parâmetros descritos abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frequência definida para reunião entre ESF e NASF. - Compreensão / concretização do constructo: 60% dos profissionais confirmem a realização de, no mínimo três ações, conforme a frequência abaixo: <ul style="list-style-type: none"> Discussão de casos – SEMPRE. Educação Permanente – SEMPRE. Consultas compartilhadas – QUASE SEMPRE. Consultas individuais específicas – ÀS VEZES. Grupos terapêuticos ou de educação permanente – SEMPRE. Visitas domiciliares – QUASE SEMPRE. Intervenções na comunidade –

2.4. Vínculo / responsabilização	Diretriz para o cuidado integral com vistas a estimular a autonomia e a cidadania promovendo a participação do usuário durante a prestação do cuidado.	Questionário usuário: Subdimensão 4.2.	<p>QUASE SEMPRE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação / Interação ESF e NASF. - Atendimento a solicitação de apoio em tempo oportuno. - Perfil generalista do apoiador.
3.1. Satisfação	Contentamento dos usuários e profissionais NASF resultante daquilo que se deseja ou que se espera dos cuidados em saúde	<p>Questionário usuário: Subdimensão 4.4 (questões 42, 42.2, 42.2, 42.3, 44 e 45)</p> <p>Questionário profissional NASF: Dimensão 8 (questões 52, 53, 54, 55, 65, 66 e 68)</p>	<p>POSITIVO quando pelo menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60% dos profissionais relatarem estar satisfeitos com o trabalho e a média de satisfação for igual ou maior a 7 numa escala de zero a 10. - 60% dos usuários relatarem estar satisfeitos com o atendimento recebido e a média de satisfação for igual ou superior a 7 numa escala de zero a 10.
3. RESULTADO			
3.2. Resolutividade	Capacidade de resolver ou finalizar um processo, simplificando, agilizando as etapas e procedimentos	<p>Questionário profissional eqSF e gerente: Dimensão 4</p> <p>Questionário profissional NASF: Dimensão 6 (questão 36)</p> <p>Questionário usuário: Subdimensão 4.4 (questão 43)</p>	<p>POSITIVO quando os dois parâmetros abaixo forem adotados:</p> <p>Emprego de mensurações ou sinalizadores de resolutividade por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100% dos gerentes. - 60% dos profissionais NASF e da eqSF. <p>Associado aos parâmetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepção dos profissionais. - Percepção dos usuários.

3 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas etapas, sendo que a primeira contém a descrição dos participantes da pesquisa: dados demográficos da população das duas unidades de saúde selecionadas, perfil dos usuários, dos profissionais do NASF e eqSF e dos gerentes das unidades. A segunda etapa está estruturada de forma a dar visibilidade aos indicadores construídos a partir da coleta de dados e que compuseram a tríade que norteou esta pesquisa avaliativa.

3.1 Caracterização dos participantes e do local de pesquisa

Os dois CS, Lindeia (CS1) e São Paulo (CS2) possuem uma população total de 26.157 pessoas em seu território. A área de abrangência de cada unidade é composta por um conjunto de setores censitários contíguos (microáreas) que são a menor divisão territorial adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa divisão permite que as equipes locais tenham informação com relação à situação de saúde da população adscrita. A combinação de dados demográficos produzidos pelo censo do IBGE com dados do sistema de informação da SMSA (informação em saúde), dados socioeconômicos e de urbanização permite estabelecer o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS)⁷ de cada setor censitário. Após o cálculo, o IVS recebe as seguintes categorizações, tendo em vista o risco à saúde: Muito Elevado (ME), Elevado (EL), Médio (MD) e Baixo (B) risco (Belo Horizonte, 2012).

⁷ IVS - Índice de Vulnerabilidade à Saúde é uma medida que sintetiza diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente num único indicador para analisar as características de grupos populacionais vivendo em determinadas áreas geográficas (BELO HORIZONTE, 2012).

TABELA 2 -: Distribuição da população por sexo, faixa etária e Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS). Belo Horizonte, 2013

CENTRO DE SAÚDE 1										
	FEM	FEM	FEM	FEM	FEM	FEM	FEM	FEM		TOTAL
IVS*	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 39	40 - 59	60 - 69	70 - 79	FEM 80 +	FEM
B	15	20	26	19	143	89	30	10	7	359
EL	21	13	23	29	104	74	16	7	5	292
MD	425	418	524	470	2411	1556	489	204	102	6599
TOTAL	461	451	573	518	2482	1719	535	221	114	7250
	MASC	MASC	MASC	MASC	MASC	MASC	MASC	MASC	MASC 80	TOTAL
IVS	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 39	40 - 59	60 - 69	70 - 79	+	MASC
B	27	19	22	24	142	77	29	11	2	353
EL	11	18	34	25	125	68	15	11	2	309
MD	419	489	480	510	2247	1319	420	159	40	6083
TOTAL	457	526	536	559	2514	1464	464	181	44	6745
CENTRO DE SAÚDE 2										
	FEM	FEM	FEM	FEM 15 -	FEM	FEM	FEM	FEM	FEM 80	TOTAL
IVS	1 - 4	5 - 9	10 - 14	19	20 - 39	40 - 59	60 - 69	70 - 79	+	FEM
ME	9	6	15	19	28	26	3	2	0	108
EL	85	85	87	108	405	294	70	40	39	1213
MD	267	340	370	435	1904	1537	499	278	175	5805
TOTAL	361	431	472	562	2337	1857	572	320	214	7126
	MASC	MASC	MASC	MASC	MASC	MASC	MASC	MASC	MASC	TOTAL
IVS	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 39	40 - 59	60 - 69	70 - 79	80 +	MASC
ME	10	10	8	9	29	15	3	2	0	86
EL	81	88	101	107	355	266	51	26	11	1086
MD	295	329	405	397	1836	1337	332	182	64	5177
TOTAL	386	427	514	513	2220	1618	386	210	75	6349

(IVS)* B = Baixo Risco / MD = Médio Risco / EL = Elevado Risco / ME = Muito Elevado Risco.
 Fonte: Gerência de Tecnologia e Informação em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde.

O CS 1 possui 20 microáreas classificadas, de acordo com o risco, como B (1), EL (1) e MD (18). Conta com cinco ESF para 13.995 habitantes (7.250 do sexo feminino e 6.745 masculino), assim distribuídos nas suas microáreas: 91% da população

residem em área de MD risco, 4%, em área de EL risco e 5%, em área de B risco. Nas faixas etárias de 20 a 39 e de 40 a 59 anos estão concentradas a maioria dos habitantes (36% e 23%, respectivamente).

Uma população de 13.475 habitantes (7.126 mulheres e 6.349 homens) ocupa o território do CS 2, o qual se encontra dividido em 24 microáreas, classificadas como: ME (1), EL (4), MD (17) e duas microáreas que ainda não foram avaliadas. Grande parte da população está em área de MD risco (82%), 17%, em área de EL risco e 1% reside em área de ME risco, configurando uma situação de vulnerabilidade superior ao CS1. As faixas etárias de maior concentração se encontram entre 20 a 39 e de 40 a 59 anos (34% e 26%, respectivamente).

Durante a coleta de dados, considerando uma semana típica em cada unidade, 529 pessoas que frequentavam os dois CS foram questionadas sobre a experiência, própria ou de algum familiar, com ações e procedimentos realizados pelo NASF. Dentre essas, 61 (11,5%) responderam positivamente à pergunta inicial e aceitaram participar da pesquisa. Somente uma usuária que já havia recebido atendimento do NASF se negou a responder o protocolo de coleta de dados. A distribuição dos participantes segundo a unidade de saúde se encontra no gráfico abaixo.

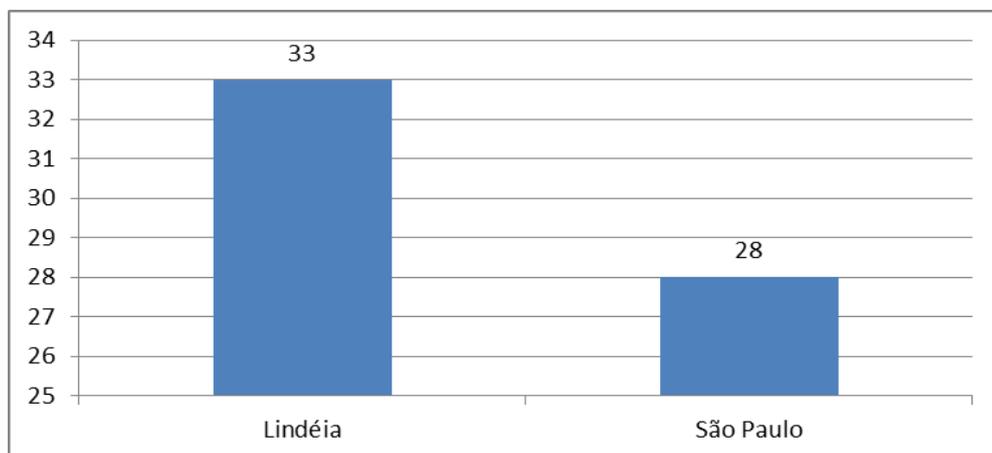


GRÁFICO 1 - Distribuição dos usuários do NASF que participaram da pesquisa, segundo o Centro de Saúde (n=61). Belo Horizonte, 2013.
Fonte: Dados de pesquisa.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (45), idade entre 40 - 60 anos (22) e acima de 60 (26), casados (33), com ensino fundamental completo (32) e não tinham atividade laboral remunerada (49). Entre aqueles que trabalhavam, 7 tinham carteira assinada e 5 eram autônomos. Com relação à renda, tanto individual quanto familiar, uma frequência maior de respondentes recebia até 2 salários mínimos (SM), 20 e 38 usuários respectivamente, (GRAF 2 e 3). Aproximadamente 33% (20) dos participantes não tinham renda própria.

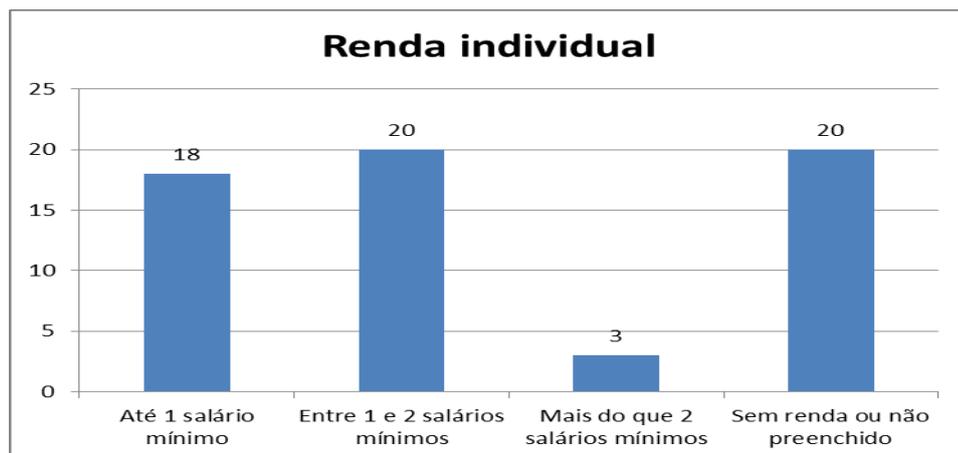


GRÁFICO 2 - Distribuição da renda individual dos usuários do NASF (n=61). Belo Horizonte, 2013.
Fonte: Dados de pesquisa.

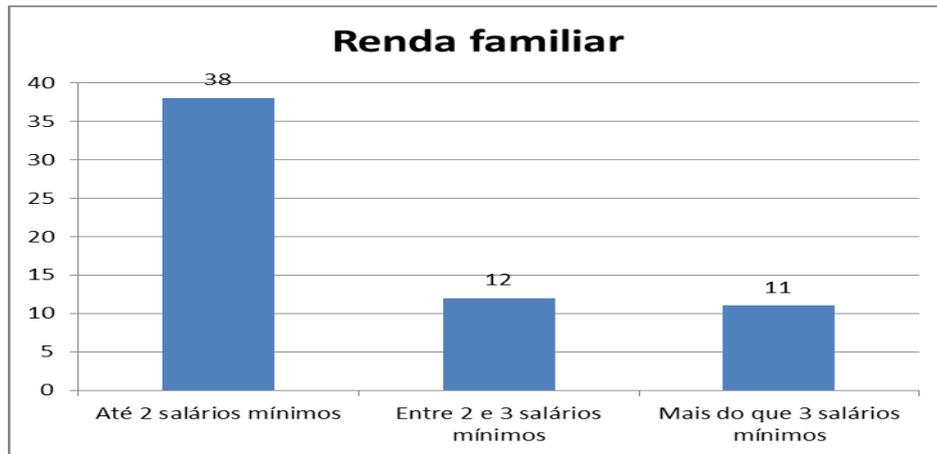


GRÁFICO 3 - Distribuição da renda familiar dos usuários do NASF (n=61). Belo Horizonte, 2013.
Fonte: Dados de pesquisa.

Quando questionados se a família recebia algum benefício do governo, 10% (6) responderam que recebem o bolsa família, 2% (1) recebem Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o restante não recebia nenhum tipo de benefício (54). A maioria dos usuários entrevistados (52) declarou não ter plano privado de saúde e depender totalmente do SUS para cuidar da sua saúde.

Nos dois CS selecionados para a pesquisa, Lindeia e São Paulo, uma equipe de NASF tem cinco eqSF de referência e a outra tem quatro eqSF. A composição quanto ao número de profissionais e carga horária das duas equipes de NASF selecionadas, bem como os profissionais que responderam ao questionário, encontram-se na TAB 3.

TABELA 3 - Composição das equipes de NASF participantes da pesquisa. Belo Horizonte, 2013.

Categorias Profissionais	NASF 1 / CS Lindeia		NASF 2 / CS São Paulo		Entrevistados
	Quantidade	Carga Horária Total / Semana	Quantidade	Carga Horária Total / Semana	
Profissional Educ. Física	01	40	01	40	02
Farmacêutico	01	40	02	60	01
Fisioterapeuta	01	20	02	40	02
Fonoaudiólogo	01	40	01	40	02
Nutricionista	01	40	01	40	02
Psicólogo	01	20	01	20	02
Terapeuta ocupacional	01	20	00	00	01

Fonte: Dados pesquisa

Responderam ao questionário, 12 profissionais do NASF, sendo 2 profissionais de educação física, um farmacêutico, 2 fisioterapeutas, 2 fonoaudiólogos, 2 nutricionistas, 2 psicólogos e um terapeuta ocupacional. Desses, a maioria é mulher (8), idade inferior a 40 anos (50%) e grande parte havia cursado pós-graduação (especialização (7) e mestrado (1)). A metade dos entrevistados (6) trabalha na PBH há menos de cinco anos e 8 estão no NASF há menos de três anos. Importante destacar que entre os entrevistados, 8 já tinham experiência prévia de trabalho na atenção básica antes de ingressar no NASF. Prevaleceu a jornada de 40 horas semanais e vínculo de trabalho apenas com a PBH. Cinco profissionais declararam receber de 6 a 8 SM, quatro de 4 a 6 SM e o restante de 2 a 4 SM por mês. Somente um profissional tem como regime de trabalho, contrato administrativo, sendo os demais estatutários.

Das duas eqSF selecionadas, 11 profissionais responderam ao questionário, sendo 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 2 enfermeiros, 2 médicos e 3 técnicos de enfermagem. Todas eram do sexo feminino, idade acima de 40 anos e escolaridade

assim distribuída: 4 ensino superior (especialização e residência) e 7 ensino médio completo. Com relação ao tempo de trabalho, a maioria está na PBH há mais de cinco anos (9) e há mais de dez anos na ESF (7). Um pouco mais da metade das entrevistadas não teve experiência prévia na atenção básica (6). O regime de trabalho predominante é o estatutário e a remuneração mensal oscilou entre até 2 SM (4), e acima de 8 SM (3).

Participaram, ainda, desta pesquisa, três gerentes dos CS (sendo um adjunto), um médico e duas enfermeiras, idade entre 28 e 49 anos, todos com curso de pós-graduação (especialização e residência).

3.2 Descrição dos indicadores da tríade estrutura – processo – resultado

3.2.1 Estrutura

Para a dimensão estrutura foram usados três indicadores: espaço físico, acessibilidade urbana e equipamento / profissionais. Conforme detalhado na metodologia, esses indicadores foram construídos a partir de variáveis do questionário dos profissionais (NASF e eqSF) e usuários (Quadro 1).

Com relação ao espaço físico, tanto os profissionais quanto os usuários consideraram o espaço da unidade como adequado. Entre os profissionais, 83% (10) responderam estar satisfeitos com o espaço disponível na unidade, no entanto, quanto solicitados a avaliar a sua satisfação em uma escala de zero a dez, a média de satisfação encontrada foi 5,3. Entre os parâmetros usados para a construção desse indicador, os profissionais do NASF consideraram inadequados o conforto / ambiência e a acessibilidade arquitetônica, analisada numa perspectiva inclusiva. Para balizamento das respostas com relação a satisfação e percepção dos

profissionais do NASF quanto a esse indicador, foi usada uma pergunta controle: *você deixa de realizar atividades / atendimentos por falta de espaço ou estrutura física?* Um pouco mais da metade dos profissionais entrevistados (7) responderam que sim.

Dos 61 usuários que responderam ao questionário, 34 pessoas consideraram o espaço físico do CS como bom / muito bom, seguidas por 27 que avaliaram como razoável / ruim. Dos quatro parâmetros empregados, apenas o conforto / ambiência foi considerado inadequado pelos usuários.

Uma síntese das informações referentes ao espaço físico é apresentada na TAB 4.

TABELA 4 - Descrição dos parâmetros de avaliação do espaço físico pelos profissionais do NASF e usuários. Belo Horizonte, 2013.

Parâmetros	Profissionais NASF (n=12)		Usuários (n=61)	
	Adequado *MB+B	Inadequado MR+R	Adequado MB+B	Inadequado MR+R
Estrutura física	10 (83%)	2 (17%)	34 (56%)	27 (44%)
Limpeza	8 (67%)	4 (33%)	37 (61%)	24 (39%)
Conforto / Ambiência	3 (25%)	9 (75%)	23 (38%)	37 (61%)
Acessibilidade arquitetônica	4 (33%)	8 (67%)	39 (64%)	22 (36%)

*MB – Muito Bom; B – Bom; MR – Muito ruim; R – Ruim.

Fonte: Dados de pesquisa.

Todos os parâmetros que compuseram o segundo indicador de estrutura, acessibilidade urbana, avaliados apenas pelos usuários, foram considerados positivos. Todos os participantes informaram que a unidade de saúde é relativamente próxima a sua residência, não encontrando dificuldades para chegar até a mesma. A maioria se desloca a pé, gastando no máximo 20 minutos no percurso. Apenas 9 das 61 pessoas entrevistadas, relataram dificuldade de deslocamento e as barreiras citadas foram: presença de bueiros e esgotos em ruas /

calçadas / passeios, falta de adaptação no transporte coletivo, ausência de transporte coletivo, rua em aclive acentuado e medo de assalto / insegurança nas ruas. Quatro usuários relataram como barreira para a ida ao CS as próprias dificuldades funcionais (restrição ao leito e dificuldade para caminhar). No terceiro indicador de estrutura, equipamentos / profissionais disponíveis para a realização das atividades, 63% (7) dos profissionais do NASF que responderam a esta questão (11), se mostraram muito insatisfeitos com relação a equipamentos e recursos, sendo a média de satisfação encontrada 3,6. A disponibilidade reduzida de transporte para as visitas domiciliares e atividades externas à unidade é uma das causas de insatisfação e, de acordo com os entrevistados, a disponibilidade de veículos atende apenas parcialmente às necessidades de sua agenda. O uso do computador para as atividades cotidianas na unidade foi respondido afirmativamente por 50% dos entrevistados, portanto, pelos critérios previamente definidos, este parâmetro teve uma avaliação negativa.

Ao serem indagados sobre a composição da equipe NASF, a maioria dos integrantes da eqSF e os gerentes consideraram que as categorias profissionais da equipe NASF estão de acordo com a necessidade da população adscrita. Os que avaliaram que não (3), consideram ser importante a presença do assistente social e uma maior carga horária para o psicólogo.

A qualificação dos profissionais é um importante componente do aspecto estrutura. Perguntados sobre a questão, quase todos da equipe NASF afirmaram ter recebido formação específica quando iniciaram suas atividades no CS (83%, 10) e participado de atividades de educação permanente (66%) oferecidas pelo município. De acordo com os critérios predefinidos, 60% (7) dos profissionais participaram de pelo menos

três atividades de formação, capacitação ou educação permanente. A TAB 5 descreve o tipo de qualificação recebida pelos profissionais.

TABELA 5 - Atividades de formação, capacitação e educação permanente realizadas pelos profissionais do NASF (n=12). Belo Horizonte, 2013.

Atividades de formação ao ingressarem no NASF	Número de profissionais (n=12)
Curso introdutório	5
Oficinas e reuniões informativas	5
Acompanhamento / observação em outro serviço	2
Atividades de capacitação / educação permanente	
Organização do processo de trabalho da AB e / ou do NASF	9
Princípios e diretrizes da AB	7
Promoção da saúde	6
Discussão de casos complexos / elaboração de Projeto Terapêutico Singular	4
Saúde do Idoso	5
Metodologia de trabalhos com grupos	4
Reabilitação / Saúde da pessoa com deficiência	2
Ações de vigilância no território, Saúde mental, Condições crônicas, Saúde da Criança	2
Construção do Projeto de Saúde do Território, Tabagismo, DST / AIDS, Oficinas de Qualificação da APS	1

Fonte: Dados de pesquisa.

Diante da apresentação aos usuários, de uma lista das categorias de profissionais que atuam no CS, aqueles que tradicionalmente desenvolvem suas atividades na atenção básica e têm um contato mais próximo, foram imediatamente identificados: ACS, médico, enfermeiro e dentista. Muitos usuários reconheceram o técnico de enfermagem e o psicólogo (39), seguido pelo fisioterapeuta e nutricionista (36), e, por último, o assistente social, o farmacêutico e o fonoaudiólogo (30). Quando perguntados se sabiam o que é o NASF, apenas 8 usuários responderam afirmativamente, enquanto os demais, mesmo após a explicação do significado da

sigla, não conseguiram identificar a equipe na unidade. Assim, é possível perceber que o usuário reconhece alguns dos novos profissionais alocados na atenção básica, mas ainda não identifica o NASF enquanto um programa que conta que uma equipe multiprofissional.

3.2.2 Processo

Para a construção dos indicadores referentes à dimensão processo da tríade de Donabedian, foram formuladas questões para os gerentes dos CS, profissionais do NASF, eqSF e usuários, sobre a gestão da demanda e informação, planejamento das ações, apoio matricial e vínculo.

O primeiro indicador, gestão da demanda e informação busca refletir a realidade dos profissionais do NASF quanto ao monitoramento das solicitações de apoio das eqSF e o registro das ações nos prontuários. Menos da metade dos profissionais do NASF entrevistados (5) relatou monitorar as solicitações das demandas da equipe SF à qual está vinculado. Quanto ao registro no prontuário, alguns profissionais responderam que documentam manualmente em prontuário específico do NASF (5) e outros em prontuário *online* utilizado pela eqSF com cópia no prontuário NASF (5). Quase todos (11) utilizam os formulários padronizados pela SMSA para informar a produção e alimentar o Sistema de Informação.

O segundo indicador dessa dimensão, construído a partir de questões respondidas pelos profissionais do NASF, da eqSF e por gerentes, está relacionado com o planejamento das ações no território nos últimos 12 meses. Os profissionais da eqSF tiveram uma maior frequência de participação em reuniões de planejamento de ações junto a outros setores e profissionais da AB. Quanto a atividades de

planejamento especificamente com o NASF, somente dois profissionais responderam positivamente a esta questão. O tema mais discutido nessas reuniões refere-se às necessidades e às demandas das equipes de referência (10), enquanto temas como perfil demográfico, epidemiológico e questões ambientais foram citados somente por dois entrevistados. Os profissionais que participaram desse planejamento se encontram descritos no GRAF 4.

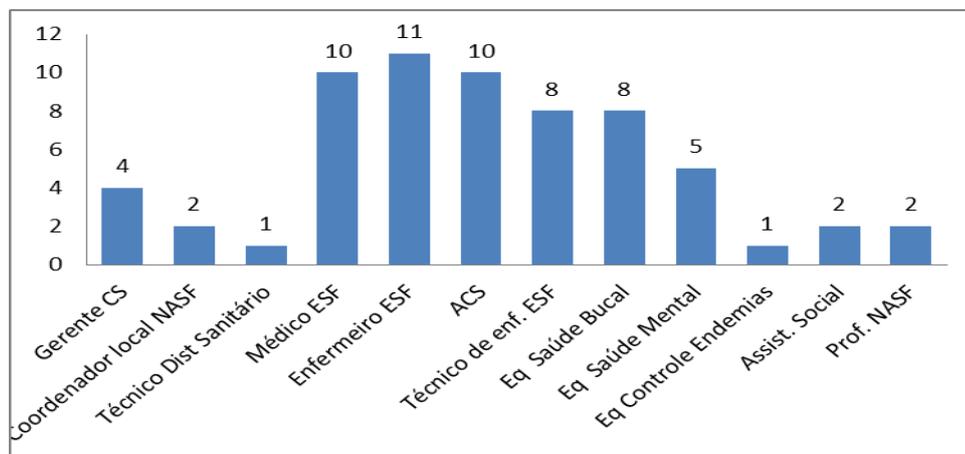


GRÁFICO 4 - Distribuição dos profissionais participantes das reuniões de planejamento de acordo com ESF e gerentes. Belo Horizonte, 2013.
Fonte: Dados de pesquisa.

Na forma como o NASF está estruturado, o conhecimento da agenda dos profissionais é um componente importante para a implementação das ações, tendo em vista que a disponibilidade do profissional define o acesso do usuário e o compartilhamento de casos. Quando perguntados sobre o conhecimento da agenda do NASF, 9 profissionais da SF responderam que esta informação é transmitida verbalmente durante as reuniões mensais de matriciamento e, em algumas situações, de forma escrita (6). Cabe destacar que as solicitações de apoio da eqSF para o NASF são assim respondidas: sugestão de postergar o caso para a próxima reunião conjunta (8) e discussão imediata do caso (6). Em casos urgentes ou

imprevistos, o profissional do NASF é acionado pelo telefone pessoal ou por recado verbal deixado no CS. O tempo para atendimento das solicitações de apoio é de 15 dias a um mês, considerado o tempo adequado pelos profissionais da eqSF (9).

Os profissionais do NASF relataram, em sua maioria (8), participação em atividades de planejamento somente com a própria equipe. Os temas desses encontros de planejamento convergem aos discutidos pela eqSF e dizem respeito, principalmente, às necessidades e às demandas das equipes de referência. A distribuição dos profissionais do NASF nas reuniões de planejamento é apresentada no GRAF 5.

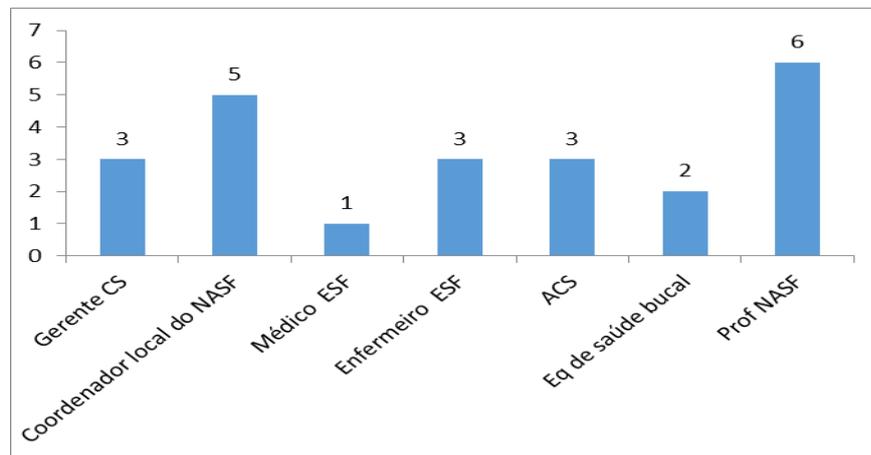


GRÁFICO 5 - Distribuição dos profissionais participantes nas reuniões de planejamento das ações de acordo com NASF. Belo Horizonte, 2013.

Fonte: Dados de pesquisa.

Quanto à disponibilização de suas agendas, os profissionais do NASF confirmaram as informações da ESF.

Com relação às atividades cotidianas desenvolvidas pelo NASF, foi possível constatar que os profissionais cumprem o que está disposto na normatização, a saber, atividades na comunidade e intersetoriais, grupos terapêuticos e de educação em saúde, visitas domiciliares, atendimentos compartilhados, entre outras. No entanto, os critérios estabelecidos neste estudo para a avaliação dos parâmetros de

planejamento, permitem inferir que essas atividades parecem não ser definidas em conjunto com a eqSF, o gerente e a comunidade, uma vez que, além da insuficiência de reuniões entre equipes (NASF e eqSF) para fins de planejamento, a temática relativa a perfil e necessidades do território não foi apontada pelos profissionais.

Os parâmetros que nortearam a avaliação do planejamento das ações foram reuniões (temas e participação multiprofissional) e compartilhamento de agendas e são representados na FIG 4.

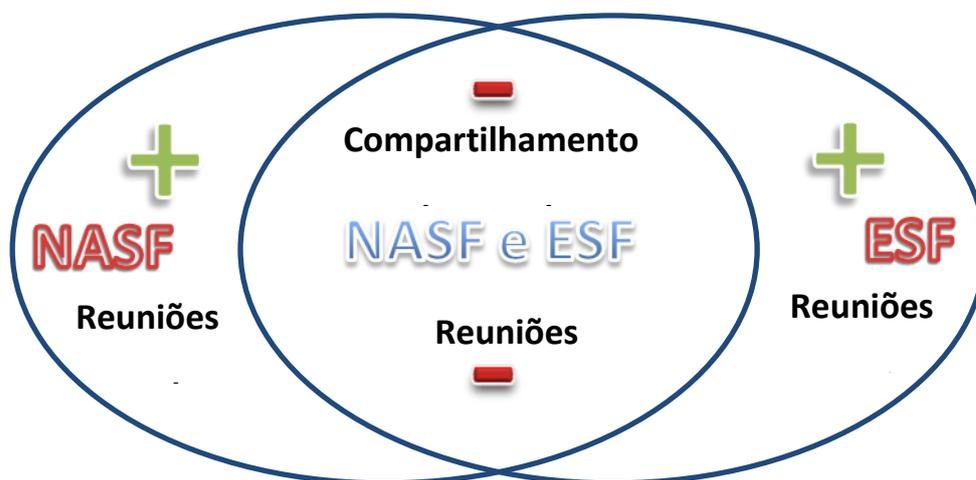


FIGURA 4 - Representação esquemática dos parâmetros Reuniões e Compartilhamento de Agendas do NASF e eqSF: + Positivo - Negativo.
Fonte: Autora.

O terceiro indicador que compõe a dimensão processo está relacionado ao **apoio matricial** e, para sua construção, os profissionais das duas equipes e os gerentes responderam a questões relacionadas às ações necessárias para subsidiar o suporte técnico-pedagógico e / ou clínico-assistencial, facilitando a troca de saberes entre os profissionais e capacitando-os para a coordenação do cuidado.

Neste estudo, foram definidos cinco parâmetros, considerados necessários para a operacionalização e viabilização do apoio matricial como ferramenta de trabalho: 1) agenda com frequência definida para reunião entre eqSF e NASF, 2) compreensão / concretização do constructo, 3) comunicação / interação eqSF e NASF, 4) atendimento a solicitação de apoio em tempo oportuno e, 5) perfil generalista do apoiador. A ocorrência (ou não) desses parâmetros permitiu a identificação das fragilidades desse indicador.

Sobre a frequência das reuniões, constatou-se pelas respostas dos profissionais entrevistados que as reuniões entre as equipes de apoio e referência, ou seja, NASF e eqSF ocorrem mensalmente e duram até uma hora e meia.

Para verificar a compreensão e concretização do construto apoio matricial, os respondentes foram questionados sobre as ações que acontecem nos encontros das duas equipes. De acordo com os profissionais da SF e gerentes, as equipes realizam em conjunto, visitas domiciliares (14), discussão de casos e construção de projetos terapêuticos (13), organização da demanda para atendimento individual (12), consultas compartilhadas (11) e consultas individuais específicas (10). A resposta dos profissionais do NASF para as ações compartilhadas com a eqSF foi semelhante à dos gerentes e profissionais da SF. No entanto, chama a atenção o fato de que ações dessa natureza, fundamentais na atuação do NASF, não sejam rotineiras nas agendas dos profissionais. Na pergunta sobre a frequência da realização dessas ações, 8 profissionais do NASF disseram que, às vezes, realizam consulta compartilhada; o mesmo número, que às vezes realiza intervenção na comunidade; um pouco menos da metade (5) respondeu que às vezes realiza ações de educação permanente; e 5 quase sempre participam de discussão de casos.

O parâmetro comunicação e interação entre as equipes foi visualizado pelas respostas dos profissionais do NASF, permitindo identificar a existência de critérios e fluxos definidos em conjunto pelas equipes e gerentes, para organizar as ações rotineiras e eventuais. Foram citados critérios para consultas clínicas específicas de cada categoria profissional (11), fluxos definidos para encaminhamento para especialidade, incluindo tratamento de reabilitação, concessão de equipamentos especiais, como órteses, próteses, cadeira de rodas, e consultas com especialidades (10), critérios para solicitação de apoio em situações urgentes / imprevistas (9) e para atendimento a demanda espontânea (5). Diante da necessidade de apoio em situação urgente ou imprevista, os profissionais do NASF responderam que são acionados pela equipe de referência pelo telefone pessoal (10), por telefone no CS (5) e recado verbal deixado no CS (4). Vale ressaltar que a oferta de apoio à demanda espontânea é realizada por menos da metade dos profissionais, por meio de discussão de caso e consulta compartilhada.

Sobre a discussão dos casos complexos entre equipes ou profissionais especialistas de outros níveis de atenção, seja por meio de telefone ou reuniões, mais da metade dos profissionais do NASF responderam não lançar mão desta estratégia (7). Essa estratégia é desejada para a coordenação dos casos complexos em um sistema que se pretende organizar em rede. O restante (5) afirmou que participa de reuniões nos serviços especializados (Centros de Reabilitação), em escolas da comunidade, junto ao Programa Saúde na Escola (PSE)⁸ e, algumas vezes, junto à coordenação de Reabilitação da SMSA.

⁸ Programa de Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de

Considerando, ainda, a interação entre as equipes, quando questionados sobre sua participação em ações de qualificação da atenção à saúde, os profissionais do NASF responderam que fazem discussão de fluxos de atendimento (8), discussão de temas difíceis (4), casos exemplares⁹ (4) e, alguns não participam de nenhuma destas ações (4). Reforça o parâmetro interação entre as equipes, o consenso compartilhado por todos na equipe SF e os gerentes, sobre a existência de integração entre os profissionais de referência e de apoio e de envolvimento do NASF com as dificuldades que aparecem no cotidiano do território.

Observa-se a consistência das respostas das duas equipes quanto ao tempo para atendimento da solicitação de apoio (15 dias a um mês), com tempo considerado adequado por todos.

A resposta de todos os respondentes também foi convergente no que diz respeito ao quinto parâmetro do indicador apoio matricial, ao concordarem que os profissionais do NASF apresentam perfil generalista, não restringindo sua atuação a um determinado ciclo de vida. A avaliação do indicador apoio matricial foi trabalhada a partir dos parâmetros propostos, sem uma definição quantitativa dos mesmos, devido à complexidade desta atividade. Os parâmetros de frequência de reunião, atendimento da solicitação de apoio em tempo oportuno e o perfil generalista atenderam ao desejável, segundo os critérios deste estudo e a normatização. O parâmetro compreensão e concretização do constructo apoio matricial foi avaliado segundo o critério de frequência definido para cada item (sempre, quase sempre, às

ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2008b).

⁹ Caso exemplar é um caso (ou situação) multideterminado, que exige a participação de mais de uma categoria profissional para seu entendimento e, às vezes, também de outros setores. (Definição da autora).

vezes, nunca) e não alcançou valoração positiva. Como a ferramenta apoio matricial é um dos eixos de estruturação do NASF é desejável que os profissionais estejam familiarizados com o conceito e com todos os aspectos que envolvam a sua operacionalização.

O quarto indicador de processo, vínculo / responsabilização, foi construído a partir dos questionários dos usuários. Neste estudo, o nome e os parâmetros desse indicador foram definidos com base na perspectiva do NASF enquanto equipe de apoio e a estruturação do serviço de saúde em rede, e é uma aproximação do atributo aceitabilidade de Donabedian (1980). Para esse autor, aceitabilidade diz respeito aos efeitos do cuidado na percepção dos usuários sobre a assistência recebida. De acordo com critério predefinido (três respostas positivas por pelo menos 60% dos respondentes), esse indicador foi valorado como positivo. Na Tabela 6 são descritos alguns dos parâmetros usados.

TABELA 6 - Descrição dos parâmetros usados no questionário dos usuários para a construção do indicador vínculo / responsabilização (n=61). Belo Horizonte, 2013.

Questões	Sim	Não	Não respondeu
Foi avaliado / examinado	56 (92%)	3 (5%)	2
Recebeu explicação sobre seu problema	47 (77%)	14 (23%)	0
A explicação contribuiu para a melhora do quadro de saúde	38 (81%)	9 (19%)	0
Recebeu explicação sobre como seria realizado o atendimento	46 (75%)	15 (25%)	0
Recebeu material informativo / orientação escrita	32 (53%)	26 (43%)	3
Recebeu orientação sobre melhora / piora dos sintomas	38 (62%)	19 (31%)	4
O profissional perguntou sobre outras questões além da situação que motivou o atendimento	34 (56%)	23 (38%)	4
O profissional deu tempo para falar sobre outras preocupações	50 (82%)	11 (18%)	0
Foi atendido em local reservado	48 (79%)	10 (16%)	3
Foi chamado pelo nome	55 (90%)	1 (2%)	5

Fonte: Dados de pesquisa.

3.2.3 Resultado

Para a dimensão resultado, da tríade Donabedian (1997), foram construídos dois indicadores: satisfação, a partir de perguntas feitas a usuários e profissionais do NASF e resolutividade, cujas perguntas foram direcionadas a gerentes, profissionais das duas equipes e usuários.

A construção do primeiro indicador de resultado, satisfação, baseou-se em perguntas feitas aos profissionais do NASF e usuários, relacionadas com o trabalho e com a atenção recebida, respectivamente. A avaliação desse indicador foi positiva, de acordo com os parâmetros aqui definidos, e sua análise está descrita a seguir.

Questionados sobre o sentimento de felicidade e valorização com o trabalho que realizam, a maioria dos integrantes do NASF respondeu afirmativamente à questão. Esses profissionais expressaram também um alto grau de satisfação com as atividades que desenvolvem em equipe e com as reuniões das quais participam para apoio matricial, com a gerência da unidade e com a coordenação local do NASF. A TAB 7 sintetiza essas informações.

Tabela 7 - Satisfação dos profissionais do NASF. Belo Horizonte, 2013.

Satisfação	0 a 3	4 a 7	8 a 10	Média
Trabalho em equipe	0	3 (25%)	9 (75%)	8,3
Reuniões de apoio matricial	1 (8%)	2 (17%)	9 (75%)	6,9
Reuniões com a coordenação local das UBS	1 (8%)	6 (50%)	5 (47%)	7,0
Reuniões com a coordenação local do NASF	0	3 (25%)	9 (75%)	8,7
Satisfação com o trabalho	0	5 (42%)	7 (58%)	7,5

Fonte: Dados de pesquisa.

A maioria dos usuários entrevistados, quando perguntados sobre a impressão com a atenção recebida do NASF, considerou que os profissionais foram atenciosos e respeitosos, além de demonstrarem conhecimento para analisar ou avaliar seu problema. Somente 12% (7) dos usuários, não indicariam o atendimento ou o tratamento recebido para outra pessoa (Tabela 8).

TABELA 8 - Impressão dos usuários sobre o atendimento dos profissionais NASF. (n=61). Belo Horizonte, 2013.

Questões	Sim	Não	Não sei / Não respondeu
O profissional foi atencioso	57 (93%)	1 (2%)	3 (5%)
O profissional foi respeitoso	58 (95%)	1 (2%)	2 (3%)
O profissional demonstrou conhecimento	54 (89%)	2 (3%)	5 (8%)
Eu indico o atendimento para outra pessoa	52 (85%)	7 (12%)	2 (3%)

Fonte: Dados de pesquisa.

Entre os usuários que avaliaram a satisfação com o atendimento, 76% (42) deram nota de 8 a 10, sendo a média 8,5.

O segundo indicador, resolutividade, foi construído com perguntas direcionadas a todos os participantes da pesquisa: gerentes e profissionais das duas equipes e usuários. As respostas dos gerentes e integrantes da equipe SF coincidem ao afirmarem que houve aumento da resolutividade das ações na atenção básica, em seu território após a implantação do NASF. Cabe destacar que o parâmetro usado para construir esse indicador é “adoção de alguma forma de mensuração da resolutividade”. No caso dos gerentes, os três responderam que não adotam nenhuma medida ou sinalizador, a avaliação da resolutividade está ancorada apenas na sua percepção.

Quanto aos profissionais da SF, 8 (72%) disseram que utilizam os seguintes sinalizadores: melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados (6), redução de encaminhamentos equivocados ou desnecessários para a atenção especializada (4), melhoria dos indicadores de saúde da população do território (2) e redução do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente encaminhados ao NASF (1).

Com relação aos sinalizadores usados pelos profissionais do NASF para avaliar o impacto das suas ações nas solicitações de apoio das equipes de SF, foram apontadas a melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados (6) e a redução de encaminhamentos equivocados ou desnecessários para a atenção especializada (5). Outros sinalizadores citados por esses profissionais foram a redução do número de solicitações de atendimentos desnecessários ao NASF (3) e melhoria dos indicadores de saúde da população do território (1). Apenas um respondeu que não avalia o impacto de suas ações.

Importante considerar que, no arranjo de trabalho preconizado para o NASF e as ESF, é desejável que a equipe de referência se aproprie de conhecimentos e saberes disponíveis e ofertados pela equipe de apoio. Dessa forma, espera-se que o conhecimento agregado contribua para que as ações realizadas no território pela ESF sejam cada vez mais qualificadas e resolutivas. Diante disso, uma pergunta controle foi feita aos profissionais da equipe SF e gerentes: *“Em sua opinião, os profissionais da atenção básica, se apropriam dos conhecimentos agregados pelo NASF para qualificar suas práticas?”* As respostas mostraram dissenso entre os respondentes: 8 (57%) responderam afirmativamente, 5 (36%) responderam algumas vezes e 1 respondeu que não.

A avaliação da resolutividade na perspectiva dos usuários também não foi consensual, o que limita a valoração final deste indicador: 15 (25%) responderam que sim, 23 (38%) que o seu problema foi resolvido em parte e 21 (35%) responderam que não.

4 DISCUSSÃO

Conforme descrito anteriormente, esta pesquisa avaliativa analisou a atuação do NASF no município de Belo Horizonte e, para isto, entrevistou gerentes, profissionais das eqSF, dos NASF e usuários de duas unidades de saúde localizadas nos DS Barreiro e Nordeste em Belo Horizonte. Foram utilizadas, como referencial teórico para essa avaliação, as recomendações de Avedis Donabedian, mais precisamente uma adaptação da sua tríade composta pelas dimensões: estrutura, processo e resultado. Para cada uma das dimensões da tríade, foram construídos indicadores, de modo a evidenciar os aspectos que permeiam a operacionalização das ações dos NASF.

A população da área de abrangência dos dois CS incluídos nesta pesquisa apresentou um perfil semelhante ao encontrado em outros estudos com participantes usuários da atenção básica: mulheres, acima de 40 anos, sem atividade laboral remunerada, baixa escolaridade e renda, tanto individual quanto familiar, de até 2 SM (LIMA-COSTA *et al.*, 2008; PIRES, *et al.*, 2013).

Os profissionais que compõem as eqSF e NASF são, em sua maioria, generalistas, com experiência de trabalho anterior na atenção básica e qualificação formal (pós-graduação) em saúde pública, o que seguramente impacta positivamente na qualidade do trabalho desenvolvido (GIL, 2005).

Os nove indicadores construídos para compor a tríade proposta por Donabedian sinalizaram avanços alcançados desde a implantação do NASF em 2008. Por outro lado, aspectos estruturais, de gestão e de formação, que ainda necessitam de atenção e investimento, foram evidenciados. Este estudo parte do pressuposto de

que uma avaliação com base nessa tríade exige cautela na sua interpretação, tendo em vista que os indicadores não devem ser analisados de forma isolada, mas entendidos em um esforço de articulação intra e entre parâmetros, indicadores e dimensões. Assim, tem-se como perspectiva que essa avaliação é constituída por elementos distintos, mas que estes elementos estão associados e combinados, compondo um todo complexo, que não pode ser reduzido a análises e interpretações das partes (MORIM, 2006).

Nesse sentido, optou-se pela construção de indicadores a partir de várias fontes de informação (entrevistas, atas de reunião, ficha de atendimento do NASF), opinião de diferentes atores (profissionais, gestores e usuários), apreciação de comitê de expert, subsídio teórico reconhecido no campo de estudos de avaliação (Donabedian) e regulamentações referentes ao funcionamento do NASF (portarias, resoluções e relatórios).

Para a discussão desses indicadores, os mesmos serão contextualizados e problematizados em sua dimensão específica e, posteriormente, serão representados numa perspectiva sistêmica, incorporando as mediações e as múltiplas relações estabelecidas entre eles.

Em relação aos indicadores da dimensão Estrutura, Espaço Físico foi valorado como inadequado para o desenvolvimento das atividades na atenção básica. Dos quatro parâmetros que compuseram esse indicador, avaliado pelo NASF e pelos usuários, apenas a limpeza foi avaliada como positiva pelos dois grupos. É importante chamar a atenção para o fato dos profissionais terem considerado a acessibilidade

arquitetônica¹⁰ como um problema nas unidades de saúde, tendo em vista, que entre as ações desenvolvidas pelo NASF está prevista a atenção a pacientes com deficiências e limitações funcionais. Vale ainda ressaltar que a SMSA reconhece a inadequação da acessibilidade de várias unidades de saúde já em funcionamento e busca garantir que o projeto arquitetônico, seja de reforma, ampliação ou construção de novas unidades, contemple as normas previstas nas resoluções da ANVISA e da ABNT¹¹.

Ainda, é preciso considerar a ambiguidade das respostas dos profissionais quanto à satisfação com a estrutura física das unidades onde trabalham. Se por um lado declaram-se satisfeitos com a estrutura física, por outro relatam ter deixado de realizar suas atividades por falta de espaço adequado. Esse resultado corrobora outro estudo realizado em Belo Horizonte, onde se constatou que os profissionais do NASF se ressentiam da carência de infraestrutura física e espaços adequados, além da escassez de materiais para realizar suas atividades, ocasionando a perda de qualidade de suas ações (RANGEL, 2012).

É fato que a maioria das unidades da rede básica de saúde do município não foi construída para abrigar o crescente número e a diversidade de profissionais e atividades que vêm ocorrendo desde a implantação da ESF. Com a incorporação dos profissionais do NASF e a conseqüente necessidade de arranjos internos para sua acomodação nos espaços das unidades, seja para (re)organização das práticas

¹⁰ Acessibilidade é entendida como um conjunto de qualidades que deve dispor o ambiente construído de modo a ser confortável e seguro proporcionando autonomia a todos os cidadãos, independente de suas habilidades ou dificuldades em executar as tarefas do cotidiano (MORAES, 2007).

¹¹ ABNT. NBR 9050. Acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. Segunda edição: 31.05.2004.
ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

do trabalho, atendimentos ao usuário ou para a guarda de objetos pessoais, ficou evidente a urgência de uma estrutura física que atenda de modo satisfatório, tanto o trabalhador quanto o usuário. Nesse sentido, cumpre citar que o investimento realizado pela SMSA na reestruturação física das unidades permitiu que, em dezembro de 2008, ano de implantação das equipes do NASF, 80% dos centros de saúde do município abrigassem até quatro equipes de SF, relação considerada adequada, permitindo maior conforto e privacidade para trabalhadores e usuários e facilitando a organização do processo de trabalho (LOPES *et al.*, 2010).

Convém lembrar ainda que a fragilidade das estruturas físicas das unidades básicas de saúde é apontada pelo MS como uma das dificuldades para a mudança das práticas em saúde das equipes de SF em todo o Brasil. Nesse sentido, foi reeditado, pelo MS em 2013, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de orientar os municípios e o Distrito Federal quanto ao cadastro de novas propostas de ampliação, construção e reforma, considerando que a melhoria da estrutura física da UBS é facilitadora da mudança das práticas das equipes de saúde (BRASIL, 2013). Para além da estrutura física precária, Campos já apontava problemas no desenho arquitetônico dos prédios onde funcionam os serviços de saúde, divididos em uma sucessão de pequenas salas, como obstáculo para a operacionalização do método de trabalho de apoio matricial (CAMPOS *et al.*, 2007), proposto como mecanismo facilitador de integração do trabalho das equipes.

Quanto à existência de sede própria para o NASF, esta é uma questão que merece reflexão e que ainda gera polêmica e desacordos entre os profissionais. Devido ao contexto inicial de implantação das equipes no município de Belo Horizonte, ocorrida em 2004, dois NASF têm sede própria, sendo que um deles, NASF 1, participou

desta pesquisa. Esse fato faz com que os profissionais se desloquem entre os dois CS de referência e a sede. Se por um lado, a existência de sede própria disponibiliza mais espaços para as atividades e otimiza a capacidade produtiva da equipe, por outro pode afastá-la da equipe de referência, dificultar a integração e levar a não responsabilização do cuidado por parte da equipe de SF.

Ainda sobre o componente Estrutura, vale salientar que apenas o indicador Acessibilidade Urbana, teve avaliação positiva sob a ótica dos usuários. Donabedian (*apud* REIS *et al.*, 1990) distingue dois aspectos da acessibilidade: o sócio-organizacional e o geográfico. Estão incluídos no primeiro aspecto, atributos referentes aos recursos e à organização do serviço (como sexo e especialização dos profissionais e preferências do cliente) e ao próprio usuário (condição social, cultural, econômica e educacional), que podem facilitar ou dificultar os esforços do usuário em obter o cuidado. A acessibilidade geográfica refere-se ao percurso e está relacionada com o tempo e a distância percorrida pelo usuário para ter acesso ao cuidado. Neste estudo, optou-se por investigar o segundo atributo e, para os usuários entrevistados, o deslocamento até o CS é feito a pé e é considerado fácil. A minoria que relatou alguma dificuldade ou barreira para chegar ao local de atendimento, citou a violência e a insegurança das ruas ou as próprias dificuldades funcionais. Esse resultado atende à recomendação do MS, no que se refere à incorporação do NASF na própria unidade básica de saúde, com vistas a facilitar e potencializar o acesso geográfico da população adscrita, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2011).

No tocante ao terceiro indicador desse domínio, o parâmetro referente aos Equipamentos e Profissionais foi parcialmente negativo. A disponibilidade de

recursos para as atividades não é satisfatória para o NASF, constatando-se a insuficiência, por exemplo, de computadores e acesso à internet, além da falta de veículos para o transporte dos profissionais para atividades externas à unidade, como as visitas domiciliares. O gestor municipal, de acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, é responsável por “disponibilizar espaço físico adequado nas UBS e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem o NASF” (BRASIL, 2012). Relatos de experiências têm mostrado que essas dificuldades com relação a equipamento, recurso e espaço físico são encontradas de forma repetida no cotidiano de trabalho, podem gerar atrito entre os profissionais, desestabilizando a relação entre as equipes, e, ainda, corroer a motivação dos trabalhadores e a satisfação do usuário (AZEVEDO, 2010).

A composição da equipe NASF quanto às categorias e à qualificação foram os aspectos positivos nesse indicador, sendo possível perceber o investimento, ainda que tímido, que o município vem fazendo na formação e na capacitação de seus profissionais. Destaque deve ser feito ao esforço da SMSA para viabilizar a Educação Permanente¹², visando à formação dos profissionais em rede. Nesse sentido, no período de 2009 a 2012, a partir do Plano Diretor da Atenção Primária – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, foram realizadas as Oficinas de Qualificação da Atenção Primária (MINAS GERAIS, 2009). O primeiro ciclo desse movimento envolveu a formação de todos os profissionais da APS e o segundo ciclo, ocorrido no período de 2011 a 2012, envolveu os gestores e todos os profissionais

¹² Educação Permanente em saúde é entendida como o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho onde o aprender e o ensinar têm como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e que sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde (BRASIL, 2004).

da atenção secundária (CES), sendo que a programação contou com encontros conjuntos dos profissionais dos dois níveis de atenção. Com relação especificamente aos profissionais da Rede de Reabilitação, incluindo o NASF, em 2012 realizou-se uma capacitação inserida no contexto de Educação Permanente, denominada Reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação cujo foco principal foi provocar reflexões e discussões em relação ao trabalho desenvolvido pelos profissionais, com vistas a estimular mudanças no modelo assistencial da reabilitação do nosso município. Esse processo de formação, financiado pelo MS, teve como eixo orientador as premissas que norteiam a constituição da reabilitação na rede pública e o modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS) (SAMPAIO *et al.*, 2012; BRASIL/MS, 2012; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Não obstante os movimentos realizados pela SMSA, no sentido de qualificar os profissionais da rede de serviços de saúde, é imprescindível que se garanta a continuidade dos mesmos, pois de acordo com Campos (1999), dispositivos transitórios como treinamentos, oficinas de planejamento, capacitações, entre outros, são usados para enfrentar a lógica organizacional fragmentada dos serviços de saúde e não são suficientes para estimular o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e valorização do cuidado interdisciplinar (CAMPOS, 1999).

No entanto, faz-se necessário considerar que metade dos profissionais declarou certo distanciamento entre sua formação e as práticas assistenciais propostas para a atenção básica. De fato, tradicionalmente, a formação dos profissionais zela pelos aspectos técnicos de cada área em detrimento do estímulo para o trabalho em equipe multiprofissional, além de não enfatizar as necessidades do trabalho na APS

(ANDRADE *et al.*, 2012; FRAGELLI *et al.*, 2012; GIL, 2005). Nesse sentido, é importante refletir sobre a postura tradicional dos profissionais, que considera o usuário e a população como seres acríticos e obedientes à prescrição de normas disciplinares, e garantir a qualificação profissional por meio da reconstrução cotidiana das ações educativas desde a formação do profissional até a produção da Educação Permanente, visando ao estabelecimento de novas práticas em saúde (MITRE *et al.*, 2012). Essa questão tem provocado movimento e discussão por parte dos Ministérios da Saúde e da Educação há algum tempo e os investimentos governamentais mais recentes visam à proposição de currículos que contemplem um perfil acadêmico de um profissional alicerçado em competências, habilidades e conteúdos voltados ao modelo de atenção proposto pelo SUS e de acordo com as necessidades da população. Embora não seja tarefa fácil, o caminho que as universidades têm para a formação prática dos alunos, de forma a atender a esse modelo, é a utilização da “casa dos outros”, representada pelos serviços do SUS, o que exige cogestão: contrato com as equipes e com o gestor, discussão e análise dos problemas de saúde da população entre professores, profissionais e alunos, explicitação e discussão dos conflitos ditos e não ditos (CAMPOS, 2012). Dentre as estratégias adotadas para a reordenação da formação estão o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o Telessaúde Brasil (FERRAZ *et al.*, 2012). Vale ressaltar que a SMSA mantém parceria com várias Instituições de formação de nível superior para o desenvolvimento dessas estratégias na rede de serviços e o CS se constitui em um local privilegiado de atuação, facilitando o envolvimento dos profissionais do NASF e das eqSF com os professores e alunos. Merece destaque também, a implementação

da Residência Multiprofissional de Saúde em 2012, parceria da SMSA com o Hospital Municipal Odilon Behrens, envolvendo as diversas categorias que compõem o NASF e possibilitando a formação dos residentes no contexto dos serviços que compõem a rede de saúde do município.

Outro fato de relevância deste trabalho e que também foi observado em outro estudo foi o desconhecimento da população em relação ao NASF (SOUZA *et al.*, 2013). Até mesmo os usuários que tiveram a experiência de atendimento individualizado, não conseguiram relacionar o profissional com a equipe NASF. A maioria dos usuários reconhece o médico, o enfermeiro, o dentista, o ACS e o técnico de enfermagem como profissionais que fazem parte da equipe do CS, ao contrário das categorias que compõem o NASF, cujas práticas se encontram consolidadas nos níveis complementares da atenção. Além disso, a pouca tradição na Saúde Pública faz com que o espaço da Atenção Básica seja um campo novo que exige desses profissionais uma atuação que possa levar ao reconhecimento e à valorização pela sociedade. A expressão de surpresa de alguns usuários ao ouvir a explicação sobre o NASF e sua composição demonstra também a necessidade de maior divulgação dessa política junto à comunidade, seja por meio das atividades individuais e coletivas, nas reuniões da comissão ou conselho de saúde, de cartazes nas unidades e pelos próprios profissionais. Importante refletir que o desconhecimento sobre o NASF pode não impedir a participação dos usuários nas atividades desenvolvidas, mas no decorrer do tempo, pode comprometer a articulação de uma proposta de corresponsabilização do cuidado em saúde, entre as equipes da atenção básica e a população.

Na segunda dimensão da tríade, Processo, três dos quatro indicadores revelaram a necessidade de importantes ajustes relacionados à organização do processo de trabalho para o cumprimento da missão do NASF estabelecida pelo MS, qual seja: realizar o apoio e o compartilhamento de responsabilidades com a equipe de SF, contribuindo para o aumento da resolutividade, incremento da qualidade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na APS (BRASIL, 2010). Colocado dessa forma, o processo de trabalho do NASF exige que o planejamento das ações seja feito, conjuntamente com as equipes de SF que a ele se vinculam, com foco nos territórios de sua responsabilidade e em constante processo de avaliação da efetividade e reprogramação das ações.

Os indicadores relacionados à Gestão da Demanda e Informação e ainda, o Planejamento das Ações se materializam por meio do compartilhamento das agendas, existência de reuniões conjuntas e multiprofissionais, registro das informações e avaliação do impacto das ações. Apesar da realização de reuniões para planejamento, verificou-se que não existe coincidência das agendas entre as equipes de referência e de apoio e, ainda, que temas pertinentes ao perfil do território não são abordados. Merece consideração também, a forma não padronizada de registro das informações e utilização dos prontuários. Apesar da implantação do “prontuário eletrônico” em todos os CS do município, em muitas unidades os profissionais do NASF ainda não têm acesso ao sistema por falta de infraestrutura (salas, computadores e pontos de rede). Diante disso, os registros são realizados em prontuário de papel separados da equipe de SF e, ainda, nas Unidades onde há acesso ao sistema, os registros são feitos em prontuário eletrônico utilizado pela equipe de SF, com cópia em papel no NASF. Esse fato pode

ocasionar dificuldades entre as equipes para compartilhar as informações sobre os casos, além de demandar mais tempo dos profissionais para essa tarefa.

Sobre a questão do registro das informações, chama a atenção na análise das fichas de atendimentos, elaboradas e preenchidas pelo NASF, a incompletude dos dados, fato que não permite uma caracterização fidedigna do perfil da população atendida, nem dos tipos de intervenções e desfechos das ações desenvolvidas pelos profissionais. Essa ficha, apesar de não se constituir no prontuário, é parte integrante dele e foi criada para ser a “folha de rosto” que caracteriza o atendimento do NASF. É evidente a necessidade de que todo registro, tanto em fichas de identificação do usuário quanto no próprio prontuário, seja completo, legível, objetivo e conciso, além de permitir a identificação da autoria (VASCONCELLOS *et al.*, 2008). Sistemas de informação com dados de qualidade são essenciais para que se possa dar visibilidade ao trabalho dos profissionais do NASF e para o planejamento de ações conjuntas e específicas das equipes e profissionais. Nesse sentido, fazem-se necessárias a sensibilização e a qualificação dos profissionais do NASF, no sentido de se comprometerem com a qualidade da informação gerada. Além do completo preenchimento, é preciso atentar para a importância do conteúdo dos instrumentos de registro na área da reabilitação. Os dados coletados devem permitir a construção de banco de dados com informações demográficas e clínicas, mas, principalmente, informações novas e coerentes com o foco de atuação dos profissionais da reabilitação, funcionalidade e incapacidade humana, o que contribuirá também para o adequado planejamento dos serviços. Tendo isso em foco, um instrumento de registro foi construído coletivamente pelos profissionais da Rede de Reabilitação de Belo Horizonte, produto da capacitação citada anteriormente, Reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação. Este

instrumento, denominado Protocolo de Levantamento de Problemas da Reabilitação, visa fornecer informações relevantes para a tomada de decisões clínicas e de fluxo e sua elaboração foi norteada pelo modelo biopsicossocial. A proposta é que seja utilizado pelo profissional no primeiro contato com o usuário, seja no NASF ou no Centro de Reabilitação, de forma a viabilizar a construção de um banco de dados que possibilite o conhecimento da população que procura e utiliza os serviços de reabilitação do município e suas principais demandas (SAMPAIO *et al.*, 2012).

Embora faça parte do planejamento das ações, o terceiro indicador do domínio Processo, Apoio Matricial, foi definido como um indicador único por sua complexidade e pelo entendimento de que o mesmo é central para o trabalho do NASF enquanto equipe de apoio, sendo inerente à organização do seu processo de trabalho. Para a operacionalização dessa tecnologia de gestão, devem ser previstos espaços rotineiros de encontros das equipes para definir objetivos e planejar ações individuais ou coletivas, definir prioridades, realizar discussão de casos e de situações complexas, compartilhar atendimentos na própria unidade ou em outros espaços como domicílios, discutir e resolver conflitos, entre outros.

É por meio dessa ferramenta de trabalho que os profissionais compartilharão os seus saberes com as equipes sob sua responsabilidade, para que sejam capazes de resolver os problemas mais comuns e assumirem a coordenação do cuidado dos casos mais complexos. O apoio tem uma função assistencial, que vai demandar ação clínica direta com os usuários, e uma, técnico-pedagógica, que vai demandar ação e apoio educativo com e para a equipe (CAMPOS *et al.*, 2007; BRASIL, 2010).

A grande fragilidade desse indicador, Apoio Matricial, relaciona-se com a compreensão e a concretização do constructo no que diz respeito a suas duas

funções: assistencial e técnico-pedagógica. Foram observadas dificuldades dos profissionais do NASF em realizar os atendimentos compartilhados, discussão de casos e ações de educação permanente, além de atividades coletivas com a equipe de SF. Essa fragilidade foi visualizada também pela análise dos registros das reuniões ocorridas no período estudado, permitindo inferir que as equipes ainda não conseguem priorizar os casos complexos, que exigiriam discussões mais aprofundadas, entre a enorme demanda do cotidiano. Dessa forma, o tempo precioso das reuniões destinadas ao matriciamento é utilizado para “passar casos”, “fazer devolutivas” e garantir o agendamento para cada profissional do NASF.

Outro aspecto revelado pelas atas foi a baixa participação de algumas categorias da equipe de SF nesses encontros, notadamente do médico, do auxiliar de enfermagem e do dentista. Considerando que são espaços garantidos na agenda e destinados à construção dos projetos de cuidado para usuários, famílias ou território sob a responsabilidade da equipe, era de se esperar participação equânime dos profissionais, isto é, a participação das categorias seria definida por meio de seleção mais criteriosa dos casos com necessidade de discussão em equipe.

Outro dado que chama a atenção e confirma a dificuldade na operacionalização do apoio matricial é a aparente valorização do atendimento individual pelos profissionais das equipes de apoio e de referência. Mesmo considerando a diversidade de ações realizadas pelos profissionais do NASF, demonstrada pelo registro no Sistema de Informação da SMSA de um expressivo número de atividades coletivas e visitas domiciliares, tem destaque na agenda dos profissionais, a previsão e a realização de consultas individuais para avaliação e para tratamentos específicos, constatada pela análise das fichas de atendimento, das respostas dos

usuários e dos próprios profissionais das equipes NASF e SF. Esse achado pode estar ligado tanto à questão da falta de espaço para atividades coletivas quanto estar sinalizando uma dificuldade dos profissionais em deixar uma zona de conforto construída tradicionalmente na abordagem clínica individual, para investir em atividades que exigem criatividade e novas habilidades.

Precisa-se atentar para o fato de que o atendimento individual representa importante recurso no serviço de saúde ao agregar conhecimentos específicos dos diversos profissionais e ampliar a clínica, de acordo com a necessidade do usuário. Ao mesmo tempo, esse tipo de atendimento pode reforçar a divisão do conhecimento em várias especialidades e aumentar o risco da fragmentação da atenção, gerando a não responsabilização da equipe (BRASIL, 2010). Considerando que a composição, quanto às categorias profissionais, e a disposição das equipes do NASF devem facilitar o trabalho interdisciplinar, de forma a buscar a resolutividade das ações e a qualidade do cuidado em construção cotidiana da integralidade, outro ponto merece reflexão: o que Campos chama de assimetria das relações. Para esse autor, a assimetria é constitutiva das relações humanas e é constitutivo da sociabilidade. Essa assimetria está presente nas relações de exercício de poder, na capacidade de compreensão, de deliberação e intervenção, de controle sobre o outro e passa por diferentes capacidades de conhecimento. A questão está no uso que as pessoas fazem dessa assimetria, se para dominação ou para autonomia do sujeito. Nesse sentido, as relações estabelecidas entre os profissionais também são assimétricas e cabe ao apoiador fazer uso dessa assimetria não para dominar, mas para interferir nas relações de gestão do trabalho, visando ampliar o grau de diálogo e deliberação conjunta (CAMPOS, 2012).

Dessa forma, a potência do apoio matricial se perde, assim como as ferramentas que poderiam dele resultar como a Clínica Ampliada¹³, o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto de Saúde no Território¹⁴. É preciso refletir, em cada contexto, sobre essas dificuldades e analisar, observando o cotidiano de trabalho, se a causa do problema está na desarticulação entre as equipes. De acordo com Gastão, quando diversos profissionais operam sobre um caso, eles o fazem de maneira vertical, em ações separadas umas das outras, com a suposição de que cada um fazendo a sua parte estaria garantida a qualidade do todo (GASTÃO, 1999). A aposta no apoio matricial como ferramenta de trabalho é fazer com que os profissionais deixem de tomar decisões sobre diagnósticos e intervenções terapêuticas de maneira solitária e passem a fazer isso em grupo, de forma a aumentar a corresponsabilização das equipes e dos usuários sobre o processo saúde-doença e garantir a integralidade do cuidado. Reforça essa escolha o estudo de Mitre *et al.*, ao apontar a fragmentação do cuidado como fator que leva à desmotivação dos próprios profissionais por impedir a visão global do processo terapêutico (MITRE *et al.*, 2012). Esses aspectos encontram semelhança com a visão de sistemas na qual encontra-se ancorada a tríade de Donabedian. Por outro lado, é preciso considerar que o pouco tempo de incorporação do apoio matricial, da clínica ampliada e dos projetos terapêuticos como ferramentas de trabalho no âmbito das políticas públicas, pode contribuir para que não haja, ainda, sistematização e

¹³ Clínica Ampliada é considerada uma ferramenta tecnológica que tem como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia das pessoas, realizar a avaliação diagnóstica, considerando não só o saber clínico, mas também o contexto singular do sujeito, e definir a intervenção terapêutica, considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde (BRASIL, 2010).

¹⁴ Projeto de Saúde no Território é uma estratégia das equipes de referência (equipe de SF) e de apoio (NASF) para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território, que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2010).

definição de processos de trabalho que possam se constituir em exemplos bem sucedidos de operacionalização do NASF (LANCMAN *et al.*, 2013).

Diante desse quadro, faz-se necessário perguntar de que forma ocorre o apoio matricial, premissa do trabalho do NASF, que pressupõe a existência de interdependência profissional e construção de objetivos comuns. Que fique claro que o atendimento individual por si, não se constitui em impedimento para a efetivação do apoio matricial. Ao contrário, essa efetivação pode acontecer a partir da individualização do atendimento e se apresentar nas duas dimensões já citadas. É de se esperar, portanto, que as duas dimensões se misturem em diversos momentos e que, ao mesmo tempo em que se concretiza, a dimensão assistencial pode impulsionar o conceito e a operacionalização da educação permanente, seja por meio de discussão e atendimento compartilhado de casos exemplares e discussão de temas considerados difíceis, pelos profissionais de uma ou de ambas as equipes.

Ainda na perspectiva do atendimento individual, é preciso refletir sobre o papel do NASF no contexto das Redes de Atenção a Saúde (RAS)¹⁵: a equipe NASF não pode se transformar em ambulatório ou serviço especializado para absorver a demanda dos tratamentos individuais que os outros pontos de atenção não dão conta de absorver. Nesse sentido, na publicação de nova edição da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011), o MS reforça a importância da APS e insere o NASF como política junto à eqSF, apontando seu papel estratégico, face às redes de atenção e os níveis de complexidade, enfatizando o trabalho em equipe

¹⁵ Rede de Atenção a Saúde (RAS): arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade da atenção e que tem a APS como base e coordenadora do cuidado (Port. Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010/MS)

multiprofissional e interdisciplinar (ANDRADE *et al.*, 2012). Nesse contexto é que cada profissional do NASF, de acordo com seu saber e em conjunto com os demais, assume seu papel de apoiador junto às eqSF, possibilitando ampliação e agregando conhecimento, de forma a possibilitar o acompanhamento e a responsabilização da equipe de SF sobre casos individuais e coletivos.

É importante comentar que o quarto e único indicador positivo dentro da dimensão processo foi construído com questões dirigidas aos usuários. Denominado neste estudo como Vínculo/Responsabilização, este refere-se, sobretudo, à relação interpessoal entre profissional do NASF e usuário. A percepção do usuário sobre o desempenho do profissional é baseada no interesse demonstrado durante a consulta, pelo exame físico, nas perguntas e nas orientações dadas sobre o problema de saúde. Para Donabedian, essa relação é responsável por grande parte da satisfação geral com o serviço (RICCI, N.A. *et al.*, 2011). É também por meio dessa relação que se constrói e se fortalece o vínculo entre usuário, família e comunidade com a equipe e com alguns profissionais específicos que lhes sirvam de referência, possibilitando a prática de uma clínica adequada (CAMPOS, 2012).

A última dimensão da tríade, Resultado, englobou dois indicadores, Satisfação e Resolutividade. Foi encontrado alto nível de satisfação tanto dos profissionais do NASF quanto dos usuários. Entretanto, é importante considerar que, ainda que satisfeitos, felizes e valorizados com o trabalho que realizam, os profissionais se veem sobrecarregados, com atividades variadas demais e, por vezes, fazendo tarefas burocráticas.

A alta satisfação dos usuários encontrada neste estudo deve ser vista com cautela. Estudos mostram que os usuários tendem a demonstrar gratidão pela forma como

são tratados pelos profissionais e evitam críticas e questionamentos quando conseguem o acesso ao serviço (COSTA *et al.*, 2008; ESPERIDIÃO, 2006; ARMIGLIATO, 2010). No contexto deste estudo, esse parâmetro teve enfoque nos aspectos relacionais do usuário com o NASF na perspectiva da aceitabilidade social, a qual representa a aceitação e a aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população (DONABEDIAN, 1984; ESPERIDIÃO, 2006).

Considerando que os profissionais do NASF têm papel fundamental e são corresponsáveis pela saúde de um território, a finalidade última de suas ações é aumentar a resolutividade¹⁶ da APS. Portanto, espera-se que tanto as equipes NASF e SF quanto a gestão estejam atentas ao impacto das ações implementadas e desenvolvam mecanismos para monitorar a resolutividade, conforme preconizado pelo MS (BRASIL, 2010). Percebeu-se, neste estudo, que, apesar da percepção de todos os integrantes das equipes e gerentes de que houve aumento da resolutividade das equipes de SF a partir da implantação do NASF, não existem mecanismos padronizados para sua mensuração. Esse achado remete ao dado encontrado na dimensão processo, na qual o indicador planejamento das ações foi negativo, permitindo inferir que o pouco conhecimento do perfil de saúde do território leva os profissionais a trabalharem de forma desarticulada e sem mecanismos de avaliação do impacto de suas ações. A não ser nos casos de atendimento individual, em que a melhora do estado de saúde é citada pelos profissionais de ambas as equipes como forma de medir o resultado de seu trabalho. Vale chamar a atenção para um estudo recente, o qual apontou o uso incipiente de indicadores pelos profissionais da ESF de Belo Horizonte na prática dos serviços (MAGALHÃES *et al.*,

¹⁶ Resolutividade diz respeito a capacidade de "identificar riscos, demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais" (BRASIL, 2012).

2012). De fato, essa questão pode representar dificuldade para os profissionais da APS, já que, no contexto atual, com o controle das doenças infecciosas e melhor entendimento dos determinantes sociais da saúde, passou-se a analisar outras dimensões como dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros, para definir o perfil sanitário de uma população (Organização Pan-Americana da Saúde, 2008).

Na tentativa de integrar os resultados procurando apreender as relações mútuas e as influências recíprocas entre os indicadores e as dimensões, saindo de uma visão mais linear para uma exploração da circularidade e causalidade retroativa do fenômeno estudado, foi elaborada a Figura 5.

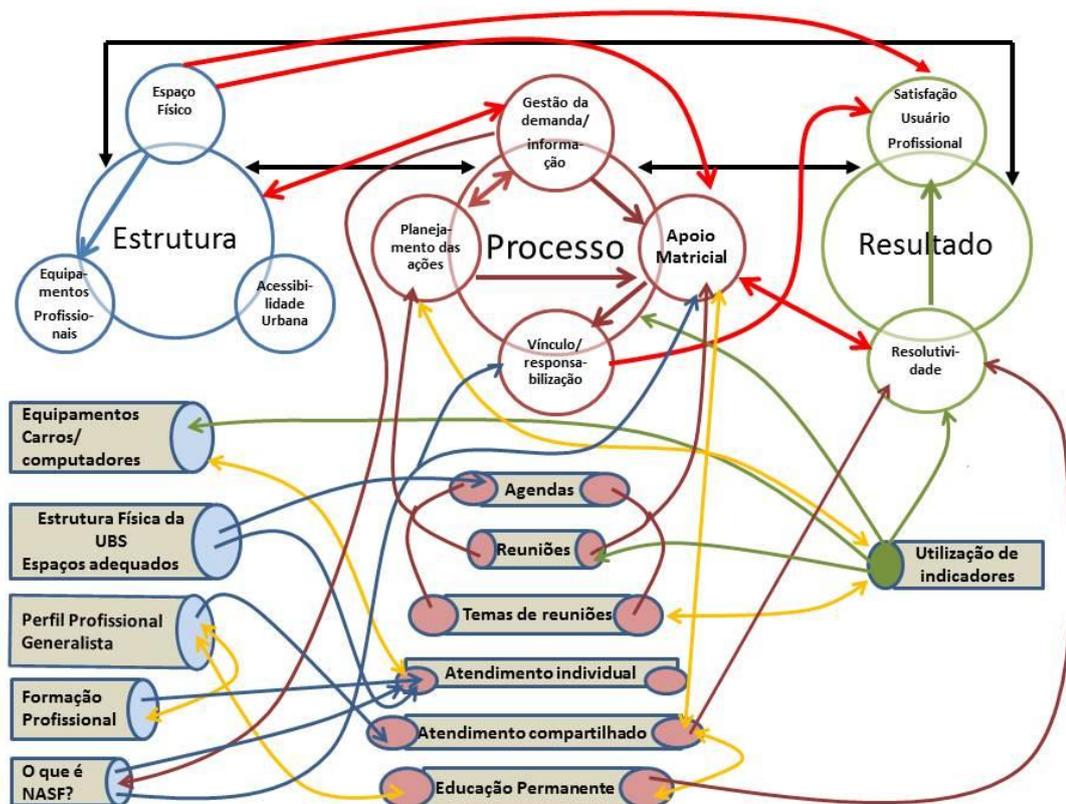


FIGURA 5 - Representação gráfica da interação entre as dimensões e indicadores utilizados na avaliação da atuação do NASF em Belo Horizonte.
Fonte: Autora

Está implícito nesse exercício de integração entre indicadores e dimensões o entendimento de que a avaliação dos resultados de uma política nos moldes do NASF não pode se ancorar em pressupostos tradicionais tais como simplicidade, previsibilidade e objetividade. Traduzir uma realidade multifacetada e complexa como a dos serviços de saúde brasileiros sempre carrega possibilidades de conclusões e recomendações fragmentadas e dispersas. Nesse sentido, a contextualização do fenômeno e o reconhecimento de causalidade recursiva pode ampliar o olhar e ajudar o observador a compreender em que circunstâncias o fenômeno acontece. Assim, tomando como referência Vasconcelos (1995, p. 89) *apud* More *et al*, a Figura 5 deve ser vista numa perspectiva integradora e sem pretensão de representar o objeto estudado em sua totalidade (MORE *et al.*, 2009).

Este estudo construiu a sua perspectiva de análise, considerando todos os atores envolvidos na implementação da política do NASF, e reconhece que algumas questões aqui discutidas advêm de um contexto macro (decorrente da própria formulação da política) e outras, de um contexto específico do município (micro implementação). Um estudo, realizado no Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (UFMG), classificou a política do NASF quanto a sua tipologia, como um projeto com baixa programabilidade (as atividades são pouco padronizáveis) e elevada interação com os usuários, ou seja, exige níveis relativamente altos de discricionariedade¹⁷ por parte dos trabalhadores que são responsáveis por sua implementação (RANGEL, 2012). Assim, diante da complexidade dessa política e para a sua efetivação, diferentes aspectos relacionados ao profissional, ao trabalho e à gestão precisam ser constantemente

¹⁷ Discricionariedade: liberdade concedida aos administradores públicos, para agirem de acordo com o que julgarem conveniente e oportuno diante de determinada situação, não pautadas em diretrizes particulares, mas orientadas para a satisfação dos direitos coletivos e respeito aos direitos individuais (<http://www.dicionarioinformal.com.br/significado/discricionariedade/525/>).

analisados e repensados, buscando as interconexões que vão se estabelecendo em contextos e épocas distintas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou potencialidades e fragilidades da operacionalização do NASF em Belo Horizonte, utilizando a tríade proposta por Donabedian, que devem ser relacionadas entre si e contextualizadas, para sua compreensão. Dessa forma, tomando o cuidado de considerar a contextualização e a historicidade do objeto, foi possível relacionar os aspectos estrutura-processo-resultado e demonstrar sua interdependência neste estudo. A concretização do trabalho das equipes NASF na perspectiva do apoio matricial é viabilizada por meio do planejamento do trabalho em conjunto com a eqSF. Para isso, a composição de ambas as equipes, bem como a qualificação dos profissionais e a relação interprofissional, exercem influência e direcionam as ações e os projetos que precisam ser coerentes com o perfil sanitário do território e pactuados com a população adscrita. Cumpre ressaltar que uma das potencialidades encontradas neste estudo, está relacionada com o tempo de trabalho dos profissionais de ambas as equipes, sua qualificação e a forma de contrato de trabalho estabelecida pela SMSA (estatutário). Esses fatos, aliados à satisfação com o trabalho demonstrada pelos profissionais do NASF, possibilitam equipes mais estáveis, isto é, uma menor rotatividade de profissionais pode levar a uma maior integração e ao compartilhamento da construção da clínica, fundamentais para o trabalho proposto para a APS. Por outro lado, aspectos da estrutura física, limitações do espaço físico, falta de equipamentos e recursos são fragilidades que podem minar o empoderamento e a construção da autonomia dos profissionais, interferindo no processo de trabalho. Além disso, espaços nas agendas que permitam a troca, as conversas e a explicitação dos conflitos inerentes a todo trabalho em equipe são necessários para que os profissionais não fiquem reféns de suas próprias inseguranças e incertezas. É preciso lembrar que somente a boa

vontade e o desejo dos profissionais de trabalharem em equipe não são suficientes para que isto se realize, ainda mais diante de uma demanda pela assistência que pressiona as agendas, fazendo com que os atendimentos individuais se multipliquem num esforço em vão, que em nada modifica o perfil de saúde do território.

A fragilidade detectada no aspecto processo assume grande proporção neste estudo devido ao caráter central que o arranjo de trabalho, preconizado para o NASF, tem para o alcance dos resultados. O ato de oferecer apoio matricial deve se materializar em ações que permitam, de fato, que isso aconteça. A multifacetada e atribulada agenda dos profissionais do NASF não contempla as principais ações necessárias a essa estratégia de trabalho. Essa situação pode estar enraizada na estrutura, mais precisamente na qualificação dos profissionais das duas equipes. Não a qualificação técnica do núcleo específico do saber, mas a qualificação que o apoiador deve ter de instigar o diálogo, falar sobre o não dito e de tornar as relações interprofissionais horizontalizadas. Claro está também que a insuficiência de espaço físico e recursos adequados para as atividades podem contribuir para essa fragilidade.

Finalmente o resultado, último aspecto da tríade, apesar de parcialmente positivo, demonstrou sua dependência do processo, uma vez que o aumento da resolutividade das ações das equipes SF a partir da implantação do NASF é percebida subjetivamente pelos profissionais, mas não é mensurada. A ausência desse monitoramento origina-se, talvez, na própria dificuldade de planejamento das ações de forma compartilhada, na dificuldade no manejo adequado de indicadores e no pouco conhecimento do perfil de saúde do território.

É preciso considerar que o grande desafio posto para os profissionais do NASF, que é a responsabilidade em implementar as diretrizes e ações preconizadas pela legislação federal, exige mudanças na forma de trabalhar em saúde tanto dos profissionais de sua própria equipe quanto dos profissionais da equipe de referência. Mudanças também são esperadas no comportamento da população atendida, já que as ações do NASF devem se refletir na melhoria das condições de saúde individual e coletiva. Dessa forma, cada NASF poderá ter características diferentes, a depender do contexto de implantação, do perfil de seus profissionais e dos profissionais da equipe de SF, além do perfil da população adscrita.

Assim, a utilização da abordagem proposta por Donabedian foi capaz de responder aos propósitos deste estudo, ao revelar as fragilidades que podem prejudicar a concretização dos objetivos preconizados para o NASF, pela associação e pela combinação dos aspectos e elementos que compuseram a tríade.

Contudo, é preciso enfatizar que, mais do que apontar as fragilidades, este estudo demonstrou a possibilidade de uso dessa abordagem para a avaliação contínua da operacionalização do NASF, com vistas a buscar seu aprimoramento e seu fortalecimento como política na APS.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050**. Acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. 2 ed: Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

ANDRADE *et. al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RESOLUÇÃO (ANVISA). **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde Disponível em:< <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%2520N%25C2%25BA%252050->>Acesso em: 3 de nov. de 2013.

ARMIGLIATO M.E. *et. al.* Avaliação de serviços de saúde auditiva sob a perspectiva do usuário: proposta de instrumento. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. 2010;15(1):32-9

AZEVEDO, B. M. S. A Experimentação da Clínica Ampliada na Atenção Básica de Saúde: Articulando Princípios, Diretrizes e Dispositivos em Cotidianos Complexos. In: **Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Índice de Vulnerabilidade da Saúde**. (2012). Disponível em: <www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/risco2003.pdf> Acesso em: 3 de nov. de 2013.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Gerência de Assistência. Núcleo de Apoio em Reabilitação Barreiro**, (documento interno). Belo Horizonte: SMS, 2004.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Publicada no D.O.U. nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42 (Republicada por ter saído publicada no DOU nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, págs. 47 a 49, com incorreção no original).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS 2488/2011**. Institui a nova Política Nacional de Atenção Básica, revogando a Portaria MS 645/2006. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf->Acesso em: 3 de nov. de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na Escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de mar. de 2002.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, M A.C. Metodologia para Gestão do Trabalho Interdisciplinar em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012

CAMPOS, G.W.S. **Reflexões sobre a Clínica Ampliada em Equipes de Saúde da Família** (2012). Disponível em: http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/cat_view/6-artigos> Acesso em: 3 de nov. de 2013.

CAPRA, F. A. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Editora Cultrix, 2006, 256 p. 40, 41

CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Oficinas de Qualificação Rede**. Disponível em:

http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=ces&lang=pt_BR&pg=10185&tax=33518. Acesso em 01 de março de 2014.

COIMBRA, J.R. *et al*. A experiência dos Núcleos de Apoio em Reabilitação – NAR. In: JUNIOR, H.M.M (org). **Desafios e Inovações na Gestão do SUS em Belo Horizonte**: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012**. Preconiza que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde.

CONTANDRIOPOULOS *et al*. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):705-711, 2006.

COSTA, G.D. *et al*. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008.

DIUCIONÁRIO INFORMAL. Discricionariedade. Disponível em:<<http://www.dicionarioinformal.com.br/significado/discricionariedade/525/>>Acesso em: 3 de nov. de 2013).

DONABEDIAN Avedis. Evaluacion de la calidad de la atención médica. **Revista de Calidad Asistencial**. Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Suplemento número 01, 2001. Volumen 16.

DONABEDIAN Avedis. **The definition of generally and approaches to its assenment explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor. Helth Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The Quality of care:how can it be assessed? **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**; Nov 1997; Vol. 121, 11; ProQuest Nursing Journals p. 1145.

ESPIRIDIANO MA, TRAD LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1267-1276, jun, 2006.

FERRAZ, F. *et al*. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. **O Mundo da Saúde**, São Paulo – 2011;36(3):482-493.

FRANÇA, Júnia Lessa; VASCONCELLOS, Ana Cristina. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 8 ed. Belo Horizonte: UFMG, 2011.

FRANÇOLIN, L. *et al.* A Qualidade dos Registros de Enfermagem em Prontuários de Pacientes hospitalizados. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):79-83

FURTADO *et al.* Avaliação de uma rede de serviços de saúde mental. Efeitos de pesquisa. In: CAMPOS, Rosana Onoko; FURTADO, Juarez Pereira orgs. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011, p. 223-235.

FRAGELLI, T.B.O.; SHIMIZU, H.E. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2012 jul-ago; 65(4): 667-74.

GASTÃO, W. S. C. Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: um Ensaio sobre a Reorganização do Trabalho em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):393-403, 1999

GÉRVAS, J.; FERNÁNDES, M.P. 2012. **Como construir uma atenção primária forte no Brasil?** Resumo Técnico. Madri, Espanha, 2011. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/Visita_Espanhois_2011/Brasil,%20Relatorio%20Resumo%20final%202011.pdf. Acesso em: 10 jun. 2013

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):490-498, mar-abr, 2005.

LIMA-COSTA, M.F; LOYOLA, F.A.I. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 17, n. 4, dez. 2008.

MAGALHÃES A.C.F.; FERREIRA A.L.; CORRÊA L.P. *et al.* Indicadores de Saúde e Qualidade de Vida no Contexto da Atenção Primária à Saúde. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2012 jan/abr; 2(1):31-42.

MALTA, D.C.; MERHY, M.E. A avaliação do Projeto Vida e do Acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME Revista Mineira de Enfermagem** 8(2) 259-267, abr - jun 2004.

MANUAL INSTRUTIVO. **Cadastro de Novas Propostas de Reforma, Ampliação e Construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. Programa de Requalificação de Unidades Básicas De Saúde (UBS). Disponível em http://189.28.128.100/DAB/docs/sistemas/sismob/manual_instrutivo_obra_ubs_0802_013.pdf

MATIDA, A.H, CAMACHO L.A.B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e sínteses no processo de avaliação de programas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(1): 37-47, jan - fev, 2004

MELO, E. M. Q. B. **Avaliação do Grau de Implantação do Pré-Natal de Alto Risco de um Hospital-Escola de Pernambuco, Brasil**. 92 f. (2009). Dissertação (Mestrado em saúde materno infantil); Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, 2009.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de Qualificação de Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**. Oficina I – Análise da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: EESPMG – 2009.

MINAYO, M.C.S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v.1, n.3, p.02-11, 2011

MITRE, S.M. *et al.* Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8):2071-2085, 2012.

MORE, C.L.O.O.; CREPALDI, M.A.; GONÇALVES, J.R.; MENEZES, M. Contribuições do Pensamento Sistêmico à Prática do Psicólogo no Contexto Hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 465-473, jul./set. 2009

MORIM, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2006, 120 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília (DF): Rede Interagencial de Informação para a Saúde; 2008.

PAIM *et al.* **Saúde no Brasil 1**. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Disponível em: www.thelancet.com Publicado *Online* 9 de maio de 2011. Acesso em: 3 de nov. de 2013.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**. 2006;40(N Esp):73-8

PAGANI, R. *et al.* Núcleo de Apoio a Saúde da Família. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. **Cadernos HumanizaSUS, vol 2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

PIRES, M.R.G.M. *et al.* A utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: Problema de Saúde, Procedimentos e Escolha dos Serviços. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, Mar. 2013.

RANGEL, R.C. **Implementação do NASF em Belo Horizonte na perspectiva do apoio matricial: o caso de um NASF do Distrito Norte**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Políticas Públicas do Departamento de Ciência Política,

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG - 2012.

REIS, Eduardo J. F. B. *et al.* Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Caderno de Saúde Pública**, RJ, 6(1): 50-61, jan/mar 1990

SANCHO, L.G; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):765-774, 2012.

SAMPAIO, R. F.; FERREIRA, F. R.; SOUZA, M. A. P. **Reorientação do Modelo Assistencial da Rede de Reabilitação SUS Belo Horizonte**. Belo Horizonte. Caderno de Apoio (IMPRES), 2012.

SERAPIONI. Avaliação da qualidade em Saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 85, junho 2009.

SILVA, M.V. Conceitos, Abordagens e Estratégias para Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z.M.A., SILVA, L.M.V. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, 275 p.

SILVA, L.M.V; FORMIGLI, V.L.A.. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 10, n. 1, Mar. 1994.

SOUZA, F. L. D.; CHACUR, E. P.; Rabelo, M. R. G.; SILVA, L. A. M.; VILLELA, W. V. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, abr./jun. 2013.

VASCONCELLOS *et al.* Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S173-S182, 2008.

ANEXO A - APROVAÇÃO COMITÊS DE ÉTICA: UFMG E SMSA/BH

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE – 0705.0.203.410.11

**Interessado(a): Profa. Rosana Ferreira Sampaio
Departamento de Fisioterapia
EEFFTO - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de abril de 2012, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Análise dos indicadores de resultado do NASF em Belo Horizonte: estudo de caso**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0705.0.203.410-11A

Pesquisadora responsável: Rosana Ferreira Sampaio

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - CEP/SMSA/BH aprovou em 13 de março de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "Análise dos indicadores de resultado do NASF em Belo Horizonte: estudo de caso", bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Rosiene Maria de Freitas

Rosiene Maria de Freitas

Coordenadora Adjunta do CEP/SMSA/BH

ANEXO B - FICHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO DO NASF



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

01- ANAMNESE / AVALIAÇÃO / ACOMPANHAMENTO

<input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> VISITA DOMICILIAR	<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO PARA GRUPO
C.S	ESF	ACS
PRONTUÁRIO		

02- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO	IDADE
ENDEREÇO				TELEFONE
ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	RAÇA / COR	TRABALHA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
RENDA <input type="checkbox"/> SALÁRIO <input type="checkbox"/> BENEFÍCIO <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> OUTROS				

03 - CONDIÇÃO GERAL DE SAÚDE

DOENÇAS (VIDE TABELA)

PATOLOGIA CARDIOVASCULAR ENDÓCRINA / NUTRICIONAL / METABÓLICA NEUROLÓGICA OSTEOMUSCULAR OUTRAS

PERÍODO DE INTERVENÇÃO DO NASF ____ / ____ / ____ À ____ / ____ / ____

1- PROFISSIONAL NASF / DATA

ASSISTENTE SOCIAL							
EDUCADOR FÍSICO							
FISIOTERAPEUTA							
FONOAUDIÓLOGO							
NUTRICIONISTA							
PSICÓLOGO							
TERAPEUTA OCUPACIONAL							
FARMACÊUTICO							

2- PROCEDIMENTOS

ANAMNESE / 1ª AVALIAÇÃO							
ATENDIMENTO ESPECÍFICO							
ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL							
ORIENTAÇÃO FAMILIAR							
ADAPTAÇÃO DOMICILIAR							
TREINAMENTO DO CUIDADOR							

3- CONDUTA / ENCAMINHAMENTO

ALTA							
RETORNO							
OUTRO PROFISSIONAL DO NASF							
ESF							
GRUPO OPERATIVO DO NASF							
PAD							
OUTRA ESPECIALIDADE							
SERVIÇO SECUNDÁRIO DE REABILITAÇÃO							
SERVIÇO TERCIÁRIO DE REABILITAÇÃO							
ÓRTESE / PRÓTESE / MEIO AUXILIAR DE LOCOMOÇÃO							
EQUIPAMENTOS SOCIAIS							

4- ATENDIMENTO REALIZADO COM

MÉDICO DE FAMÍLIA							
MÉDICO DE APOIO PSF							
ENFERMEIRO							
AUXILIAR DE ENFERMAGEM							
ACS							
OUTRO PROFISSIONAL							

4- MOTIVO DA ALTA

<input type="checkbox"/> ALCANCE DOS OBJETIVOS	<input type="checkbox"/> FALTA DE COOPERAÇÃO / PARTICIPAÇÃO FAMILIAR / CUIDADOR	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE ÁREA DE ABRANGÊNCIA
<input type="checkbox"/> FALTA DE COOPERAÇÃO DO USUÁRIO	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/> ÓBITO
	<input type="checkbox"/> ABANDONO	<input type="checkbox"/> OUTROS

SAAA - 03001036 - G

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARTICIPANTE ENTREVISTADO

TÍTULO DO PROJETO: Análise Exploratória dos Indicadores de Resultado dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): A experiência de Belo Horizonte

PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS:

Romilda Euzébio Araújo – pesquisadora – Tel.: (31) 3409-XXXX

Prof.ª Dra. Rosana Ferreira Sampaio – orientadora – Telefone: (31) 3409-XXXX

Prof.ª Dra. Fabiane Ferreira – coorientadora – Telefone – (031) 3409-XXXX

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar deste projeto de pesquisa.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma política proposta pelo Ministério da Saúde em 2008, com objetivo de ampliar as ações e a resolutividade das Equipes de Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária. A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte implantou os NASF e o município conta hoje com 58 pólos vinculados às 551 ESF em 147 Centros de Saúde, distribuídos nos 09 distritos sanitários. Dessa forma, uma avaliação dos resultados alcançados a partir da constituição dessas equipes é muito importante para identificação de possíveis dificuldades ou barreiras para o seu funcionamento adequado tendo como referência os pressupostos definidos pelo Ministério da Saúde. Assim, o objetivo dessa pesquisa é analisar a atuação do NASF em Belo Horizonte por meio do levantamento de indicadores de resultados considerando os dois focos de responsabilidade: equipe e população. **Para isso, serão realizadas entrevistas com gerentes, profissionais do NASF e da equipe SF e usuários dos centros de saúde.**

Caso concorde em participar desta pesquisa, você será **entrevistado** com perguntas relativas ao funcionamento do NASF.

Para assegurar o sigilo e a sua privacidade, você receberá um número de identificação ao entrar no estudo e seu nome não será revelado em nenhuma situação. O material resultante das entrevistas realizadas será utilizado apenas nas análises e na apresentação final da pesquisa, sem identificação do seu nome. A pesquisadora Romilda Euzébio Araújo ficará responsável por guardar e arquivar todo o material coletado e em nenhuma hipótese este material será divulgado e/ou utilizado para outros fins .

Ao participar desta pesquisa você não será submetido a nenhum risco. Você é livre para interromper ou cancelar sua participação, e caso se sinta insatisfeito por qualquer motivo, poderá abandonar a pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo pessoal.

Embora as informações resultantes deste estudo não ofereçam nenhum benefício direto a você, os resultados são importantes para melhor compreensão e identificação da atuação do NASF e poderão contribuir para a ampliação das ações e resolutividade das ESF em Belo Horizonte, por meio da identificação de possíveis problemas e barreiras que ainda possam existir.

Se você desejar esclarecer qualquer dúvida em relação à pesquisa ou a este termo, a qualquer momento, favor entrar em contato com uma das pesquisadoras. Dessa maneira, caso concorde em participar, solicitamos que preencha a **Declaração** abaixo e entregue este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à pesquisadora.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ter todas as suas folhas rubricadas pelo entrevistado e pesquisadora com exceção da última folha, onde devem conter as respectivas assinaturas.

DECLARAÇÃO

Eu, _____ li e entendi todas as informações sobre o estudo, sendo os objetivos e procedimentos explicados claramente. Tive tempo suficiente para considerar a proposta de participação no estudo e oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas. Estou preenchendo este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer questionamento em relação ao projeto. Preenchendo e devolvendo este termo de consentimento, eu estou indicando que concordo em participar do estudo.

Assinatura do (a) participante Data RG

Endereço: _____ Telefone: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 / 9º andar CEP: 30130-007 - Bairro Funcionários - Belo Horizonte – MG
E-mail: coep@pbh.gov.br Telefone: (31) 3277-5309 Fax: (31)3277-7768

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG
Endereço: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – sala 2005 – CEP: 31270-901 – Belo Horizonte – MG E-mail: coep@prpg.ufmg.br Telefone: (031)3409-4592

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAL DO NASF

ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS INDICADORES DE RESULTADO DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): a experiência de BELO HORIZONTE

Mestranda: Romilda Euzébio Araújo
Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio
Coorientadora: Profa. Dra. Fabiane Ferreira

O objetivo principal deste questionário é conhecer a experiência dos profissionais com o NASF em Belo Horizonte, com a perspectiva de estabelecer indicadores que possam fortalecer essa política. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais e seu anonimato é garantido. O tempo previsto para concluir o questionário é de aproximadamente 20 minutos. Agradecemos sua contribuição com a nossa *pesquisa*.

Romilda Euzébio de Araújo

Número de identificação do participante: _____ Data da entrevista: ____/____/____
Função no NASF: _____ UBS (colocar todas as unidades que você trabalha):

DIMENSÃO 1 Identificação Geral

1. Sexo: 1() F 2() M 2. Idade: _____ anos

3. Categoria Profissional:

1() Psicólogo 4() Fonoaudiólogo 7() Educador Físico
2() Fisioterapeuta 5() Terapeuta Ocupacional 8() Nutricionista
3() Farmacêutico 6() Assistente Social 9() Outra

4. Escolaridade

1() Ensino superior completo. Ano de conclusão: _____
2() Especialização 2.1() completa 2.2() incompleta Ano de conclusão: _____
3() Residência 3.1() completa 3.2() incompleta Ano de conclusão: _____
4() Mestrado 4.1() completo 4.2() incompleto Ano de conclusão: _____
5() Doutorado 5.1() completo 5.2() incompleto Ano de conclusão: _____

5. Antes de trabalhar no NASF, você possuía alguma experiência na Atenção Primária?

1() Sim. Onde? _____ 2() Não teve experiência anterior

6. Há quanto tempo você trabalha na PBH? _____ anos e _____ meses

7. Há quanto tempo você trabalha no NASF? _____ anos e _____ meses

8. Seu regime de emprego é:

1() Estatutário 3() Contrato administrativo temporário 2() Celetista 4() Outra: _____

9. Qual é a sua carga horária?

1() 20 horas semanais 2() 30 horas semanais 3() 40 horas semanais

10. Sua remuneração total bruta (no vínculo com a PBH) está na faixa de: (VALOR DO SM = 678,00)

1() Até 2 salários mínimos 3() De 4 a 6 salários mínimos 5() Acima de 8 salários mínimos
2() De 2 a 4 salários mínimos 4() De 6 a 8 salários mínimos

11. Você tem outro vínculo de trabalho?

1() Sim. Carga horária semanal? _____ Onde/Função? _____ 2() Não

DIMENSÃO 2 EDUCAÇÃO PERMANENTE

12. Você recebeu alguma formação específica quando iniciou o trabalho no NASF? 1() Sim 2() Não

12.1. SE SIM, que tipo de formação recebeu?

1() Curso "introdutório" 3() Reunião informativa
2() Oficina de capacitação 4() Outra _____

13. Você já realizou alguma capacitação/educação permanente oferecida pelo município desde sua entrada na Atenção Básica? 1() Sim 2() Não (Se **NÃO**, vá para a pergunta 14)

13.1 A participação nesta capacitação/educação permanente teve alguma influência na sua prática profissional?

- 1() Sim. Por que? _____
2() Não. Por que? _____

13.2 Assinale os temas dos encontros de capacitação/educação permanente dos quais você já participou:

- 1() Princípios e diretrizes da Atenção Básica
2() Organização do processo de trabalho da Atenção Básica e/ou do NASF
3() Discussão de casos complexos/ Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)
4() Promoção da Saúde
5() Construção do Projeto de Saúde no Território
6() Ações de vigilância no território
7() Metodologias de trabalho com grupos: grupos operativos / terapêuticos, educação em saúde
8() Condições crônicas
9() Saúde mental
10() Saúde da Mulher
11() Saúde da Criança
12() Saúde do Idoso
13() Reabilitação/ Saúde da Pessoa com Deficiência
14() Outros _____

DIMENSÃO 3 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DO NASF

14. Nos últimos 12 meses, você participou de alguma atividade de planejamento e programação de ações no seu território de atuação? 1() Sim 2() Não (Se **NÃO**, vá para a pergunta 15)

14.1 Esse planejamento foi realizado:

- 1() De forma conjunta/integrada ao planejamento das equipes AB às quais você está vinculado(a)
2() Somente com a equipe NASF
3() Intersectorial (com outros setores como Educação, Assistência Social, Esportes, etc)

14.2. Por favor, na lista abaixo indique quais profissionais participaram desse planejamento:

- 1() Gerente da unidade de saúde 9() Ginecologista
2() Coordenador local do NASF 10() Equipe de Saúde Bucal
3() Técnico do Distrito Sanitário / referência distrital para a atenção básica 11() Equipe de Saúde Mental
4() Médico da ESF 12() Equipe Controle de Endemias (Zoonoses)
5() Enfermeiro da ESF 13() Equipe da Vigilância Sanitária
6() ACS 14() Coordenador geral do NASF
7() Técnico de Enfermagem da ESF 15() Outros _____
8() Pediatra

14.3. O que foi considerado nesse planejamento? (é possível marcar mais de 1 item):

- 1() Perfil demográfico, epidemiológico e assistencial
2() Perfil territorial e ambiental
3() Necessidades e demandas da(s) equipe(s) de saúde de referência
4() A rede de serviços de saúde existente no município
5() Outros _____

DIMENSÃO 4 ORGANIZAÇÃO DA AGENDA

15. Indique de que maneira você disponibiliza sua agenda para as equipes de referência (é possível marcar mais de 1 item):

- 1() Verbalmente, durante as reuniões com as ESF
2() Escrita, durante as reuniões com as ESF
3() A agenda é afixada na(s) unidades de referência em local visível
4() A agenda não é disponibilizada para as equipes
5() Outra _____

16. Existe cronograma ou escala de utilização de salas na(s) unidades(s) onde você desenvolve as atividades programadas? 1() Sim 2() Não

17. Quais espaços são utilizados para a realização de suas atividades? (Considerar atividades de caráter individual, coletivo, por exemplo, grupos, reuniões ou outras)

- 1() Consultório específico e exclusivo para você
 2() Consultório compartilhado com demais profissionais do NASF
 3() Consultório compartilhado com ESF
 4() Sala de reuniões na unidade
 5() Espaços no território - parques, escolas, praças
 6() Serviços especializados
 7() Outros _____
 8() Não há definição prévia de espaço para desenvolver minhas atividades.

18. Você deixa de realizar atividades/atendimentos por falta de espaço ou estrutura física?

- 1() Sim 2() As vezes 3() Não

19. Das atividades abaixo, qual(is) estão previstas em sua agenda? (em conjunto com as ESF ou não): (é possível marcar mais de 1 item)

- 1() Consultas individuais específicas para avaliação
 2() atendimentos individuais específicos para tratamento
 3() Atendimento compartilhado
 4() Grupos terapêuticos e/ou grupos de educação em saúde
 5() Intervenções comunitárias
 6() Visitas domiciliares
 7() Ações de educação permanente
 8() Discussão de casos
 9() Outras _____

20. Você trabalha regularmente com grupos (terapêuticos, operativos, educação em saúde)?

- 1() Sim 2() Não

20.1 SE SIM, há quantas semanas foi o último encontro do qual você participou?

- 1() menos de 1 semana 2() entre 2 e 3 semanas 4() mais de 4 semanas

20.2 Especifique o(s) tema(s) do(s) grupo(s) dos quais você participa e informe se houve participação de outro profissional:

Tema	Participação de outro(s) profissional(is)?		Qual categoria?
	SIM	NÃO	
1() Puericultura			
2() Desnutridos			
4() Respirador oral			
5() Asma			
3() Adolescentes			
4() Idosos			
5() Saúde da Mulher			
6() Gestantes			
7() Nutrição - Obesidade			
8() Nutrição - alimentação saudável			
9() Saúde do Homem			
10() Depressão			
11() Dores crônicas			
12() Cuidadores			
13() Tabagismo			
14() Hipertensos			
15() Diabéticos			
16() Atividade Física - caminhada			
17() Práticas Corporais - Lian Gong			
18() Orientações Posturais - Coluna			
19() Doenças osteodegenerativas			
20() Pessoas com Deficiência			
21() Saúde do Trabalhador - usuários ou trabalhadores das unidades de saúde			
22() Outros			

21. Nos últimos 12 meses você participou de alguma atividade realizada na comunidade (escola, associação de bairro, igreja, CRAS, etc.)? 1() SIM 2() NÃO

21.1 SE SIM, há quantos meses? 1 () menos de 1 mês 2 () entre 3 e 6 meses 3 () mais de 6 meses

21.2 Especifique a(s) atividade(s) da(s) qual(is) você participou:

- 1 () Reunião da Comissão Local ou Conselho de Saúde
 2 () Atividades coletivas (grupos educativos, terapêuticos) com usuários ou trabalhadores das unidades de saúde
 3 () Ações do Programa Saúde na Escola (PSE)
 4 () Ações ou reuniões intersetoriais (Assistência Social, Educação, SLU, etc)
 5 () Outras _____

22. Você realiza visitas domiciliares? 1 () SIM 2 () NÃO

22.1 Se SIM, há quantas semanas foi a última visita domiciliar realizada por você?

- 1 () menos de 1 semana 2 () mais de 2 semanas 3 () mais de 4 semanas

22.2 Você conta com veículo para realizar visitas domiciliares? 1 () SIM 2 () NÃO

22.3. Se sim, qual a disponibilidade do veículo?

- 1 () De 1 a 2 turnos/ semana 3 () Mais de 5 turnos/semana
 2 () De 3 a 5 turnos/ semana 4 () Não conto com veículo

22.4. Essa disponibilidade atende às necessidades de sua agenda?

- 1 () Atende plenamente 2 () Atende em parte 3 () Não atende

23. Você participa de reuniões da equipe NASF? 1 () SIM 2 () NÃO

23.1 Se SIM, qual a duração e frequência média dessas reuniões (considerar todas as reuniões das quais você participa):

- 1 () até 2 horas semanais 3 () até 8 horas semanais 2 () até 4 horas semanais 4 () mais de 8 horas quinzenais

23.2 Quais os temas mais freqüentes dessas reuniões?

- 1 () Planejamento, programação e avaliação das ações
 2 () Discussão de fluxos e modo de organizar o processo de trabalho
 3 () Discussão de casos
 4 () Avaliação de risco e vulnerabilidade da população adscrita
 5 () Educação Permanente da própria equipe, versando sobre temas de interesse comum
 6 () Outros _____

24. Você participa de reuniões da equipe NASF com as ESF? 1 () SIM 2 () NÃO

24.1 Pensando na última reunião da qual você participou, quais os profissionais da ESF estavam presentes?

- 1 () Médico 3 () ACS 5 () Dentista 7 () Outros _____
 2 () Enfermeiro ESF 4 () Técnico de Enfermagem 6 () Auxiliar de consultório dentário

24.2 Qual a duração e frequência dessas reuniões?

- 1 () até 1 hora por equipe / 1 vez por semana 2 () até 1 hora por equipe / 1 vez por mês
 3 () mais de 1 hora por equipe / uma vez por mês 4 () Outra _____

24.3 Quais os temas dessas reuniões?

- 1 () Discussão de casos selecionados pela ESF
 2 () Agendamento de consultas / avaliações; devolutivas de casos para a ESF
 3 () Discussão de casos selecionados em conjunto com a ESF para elaboração / implantação / reavaliação de Projetos Terapêuticos Singulares individuais ou familiares.
 4 () Análise dos territórios em conjunto com a equipe vinculada para a identificação da realidade das populações e reconhecimento de risco coletivo.
 5 () Acompanhamento das propostas e análise dos resultados da intervenção no território.
 6 () Reavaliação de propostas e projetos por ambas as equipes para reconstrução de acordos visando a qualificação do cuidado.
 7 () Educação permanente da ESF versando sobre temas apontados pelos próprios profissionais visando o suporte técnico-pedagógico pela equipe de apoio.
 8 () Outra _____

25. Você poderia descrever as atividades realizadas na sua última semana de trabalho como por exemplo, visita domiciliar, atendimento individual, reunião de matriciamento, etc. (SE VOCÊ TRABALHA

EM MAIS DE UMA UBS, POR FAVOR INDIQUE A SIGLA DO LOCAL AONDE A ATIVIDADE FOI DESENVOLVIDA.)

Turno	Segunda feira	Terça feira	Quarta feira	Quinta feira	Sexta feira
M					
T					

DIMENSÃO 5
ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL ÀS EAB

26. Você realiza ou participa das ações de suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial abaixo?

Atividade	Realiza ou Participa			
	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Nunca
1) Discussão de casos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Educação permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Consultas compartilhadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Consultas individuais específicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Grupos terapêuticos ou de educação em saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Visitas domiciliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Intervenções na comunidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Existe definição de critérios e/ou fluxos para realização de quais ações listadas abaixo? (é possível marcar mais de 1 item)

- 1() Consultas clínicas específicas de cada categoria profissional
 2() Situações urgentes/ imprevistas
 3() Demanda espontânea
 4() Encaminhamentos para especialidades (inclui tratamento de reabilitação, concessão de órteses e próteses, consultas com especialistas)
 5() Outros _____
 6() Não existe definição de critérios e/ou fluxos
 7() Não tenho conhecimento

28. Você faz contato por telefone / e-mail ou participa de reuniões entre equipes de serviços de diferentes níveis para discussão de casos complexos? 1() Sim 2() Não

28.1. Se SIM, cite os serviços envolvidos _____

29. Você restringe sua atuação a determinada faixa etária ou fase do ciclo de vida?

- 1() Sim. Qual? _____ 2() Não

30. Caso haja situação urgente e/ou imprevista, existem formas definidas e pactuadas entre ESF/NASF para acionar o seu apoio profissional? 1() Sim 2() Não

30.1. SE SIM, por quais meios você pode ser acionado nessas situações?

- 1() Telefone pessoal
 2() E-mail
 3() Mensagem de texto/recado escrito deixado na UBS
 4() Recado verbal deixado na UBS
 5() Contato com algum nível de gestão
 6() Outros _____

31. Você oferece apoio a “atenção a demanda espontânea” realizada pelas ESF as quais está vinculado(a)? 1() Sim 2() Algumas vezes 3() Não

31.1 De que forma você oferece este apoio?

- 1() Atendimento/consulta individual sem agenda
 2() Atendimento/consulta individual agendada
 3() Atendimento/consulta compartilhada
 4() Discussão do caso
 5() Outras _____

32. Qual a sua média de tempo para atender a solicitação da equipe a qual está vinculado(a) (seja por meio de discussão do caso, seja por meio da atenção direta ao usuário)?

- 1() Menos de 7 dias 4() Entre 1 e 2 meses
 2() Entre 8 e 14 dias 5() Mais de 2 meses
 3() Entre 15 dias e 1 mês 6() Não sei quanto tempo

32.1. Você considera que este tempo é adequado às necessidades da equipe a qual está vinculado(a)?

- 1() Sim 2() Não

33. Como você realiza ou participa da qualificação da atenção a saúde: (é possível marcar mais de 1 item)

- 1() Discussão de protocolos
 2() Discussão de fluxos de atendimento e encaminhamento
 3() Discussão de temas difíceis
 4() Discussão de casos exemplares
 5() Outros _____
 6() Não realizo (e/ou participo)

34. Como você realiza o compartilhamento de casos com as ESF vinculadas? (possível marcar mais de 1)

- 1() Encaminhamento por escrito
 2() Registro no prontuário
 3() Discussão de casos
 4() Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional
 5() Agendamento de acordo com critérios definidos em conjunto entre ESF e NASF
 6() Por meio de atendimentos compartilhados
 7() Outros _____

DIMENSÃO 6
GESTÃO DA DEMANDA E INFORMAÇÃO

35. Você monitora as solicitações de apoio das ESF, identificando as demandas mais frequentes e o percentual de atendimento da demanda observada?

- 1() Sim 2() Algumas vezes 3() Não

36. Qual(is) do(s) indicador(es) / sinalizador(es) abaixo, você utiliza para avaliar o impacto de suas ações nas equipes apoiadas ?

- 1() Redução do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada
 2() Redução do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF
 3() Melhoria dos indicadores de saúde da população do território
 4() Melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados
 5() Outro(s) _____
 6() Não avalio o impacto das ações

37. Para suas atividades profissionais, você faz uso de computador?

- 1() Sim, na UBS 3() Sim, na UBS e em casa 2() Sim, em casa 4() Não

37.1 Se SIM, você tem acesso a Internet na(s) unidade(s) onde atua? 1() Sim 2() Algumas vezes 3() Não**38. Como você registra no prontuário seus atendimentos?**

- 1() Registro manual em prontuário específico do NASF, separado da ESF
 2() Registro manual no mesmo prontuário da ESF
 3() Registro eletrônico em prontuário online utilizado pela ESF
 4() Registro eletrônico em prontuário online utilizado pela ESF com cópia prontuário do NASF
 5() Outro _____

39. Cite os formulários do sistema de informação que você preenche:

DIMENSÃO 7
ESTRUTURA FÍSICA E ACESSIBILIDADE

40. Indique sua percepção sobre as dependências das unidades de saúde onde você desenvolve atividades: A - Adequado B – Razoável C – Inadequado D - Não se aplica

Dependência	Dimensão (m ²)	Iluminação	Ventilação	Ruído	Privacidade	Mobiliário	Condições conservação área física	Higiene
Sala de espera								
Consultórios								
Sala de reuniões grupos								
Farmácia								
Copa ou cozinha								
Banheiro funcionário								
Sala armário guarda pertences funcionário								

41. O prédio da unidade de saúde é adequado para o acesso de pessoas com deficiência? (CONSIDERAR OS PRÉDIOS ONDE ESTÃO AS ESF PARA AS QUAIS VOCÊ É REFERÊNCIA E O PRÉDIO ONDE FUNCIONA O NASF, SE FOR O CASO) 1() Sim, todos 2() Sim, nem todos 3() Não

42. O acesso ao(s) prédio(s) é feito por:

1() degraus 2() rampas 3() degraus e rampas 4() acesso livre de degraus e rampas

43. No interior do(s) prédio(s) existem:

- 1() degraus entre os diversos ambientes
 2() rampas entre os diversos ambientes
 3() degraus e rampas entre os diversos ambientes
 4() elevador adaptado
 5() não há desníveis entre os ambientes

44. O(s) prédio(s) possui(em) corrimãos:

- 44.1 Nas escadas 1() Sim 2() Não
 44.2 Nas rampas 1() Sim 2() Não
 44.3 Nos corredores 1() Sim 2() Não

45. As portas dos banheiros permitem o acesso de usuários com cadeiras de rodas?

1() Sim, todas 2() Sim, nem todas 3() Não

46. Os banheiros possuem adaptação para usuários com deficiência?

1() Sim, todos 2() Sim, nem todos 3() Não

47. A sala de espera da(s) unidade(s) possuem espaço e disposição de cadeira adequados para a circulação de pessoas com deficiência? 1() Sim, todos 2() Sim, nem todos 3() Não

DIMENSÃO 8
SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL

Assinale nas escalas abaixo o quanto você está satisfeito com:

48. Estrutura física das Unidades de Saúde a qual você está vinculado(a)

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___
Pouco satisfeito muito satisfeito

49. Equipamentos, materiais e recursos para o desenvolvimento de suas atividades

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___
Pouco satisfeito muito satisfeito

50. Atendimento individual a demanda nas Unidades de Saúde

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___
Pouco satisfeito muito satisfeito

51. Atendimento individual a demanda no domicílio

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___
Pouco satisfeito muito satisfeito

52. Trabalho em equipe

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___
Pouco satisfeito muito satisfeito

53. Reuniões de apoio matricial

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___
Pouco satisfeito muito satisfeito

54. Reuniões com a coordenação local das Unidades de Saúde

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___
Pouco satisfeito muito satisfeito

55. Reuniões com a coordenação local do NASF

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

Pouco satisfeito muito satisfeito

Nas questões abaixo, assinale a alternativa que melhor representa o que você pensa ou como se sente:

56. Sente-se seguro e capaz para o desempenho das atividades propostas 1() Sim 2() Não

57. Sente que exigem demais de você 1() Sim 2() Não

58. Sente que assume responsabilidades demais 1() Sim 2() Não

59. Faz muito trabalho burocrático 1() Sim 2() Não

60. Faz atividades / tarefas variadas demais 1() Sim 2() Não

61. Acha que perde tempo com algumas tarefas 1() Sim 2() Não

62. Sente falta de competência para algumas atividades / tarefas 1() Sim 2() Não

63. Tem facilidade / liberdade para apresentar críticas e sugestões de melhoria ao coordenador / ESF / NASF 1() Sim 2() Não

64. Sente que tem perfil e acredita no trabalho que faz 1() Sim 2() Não

65. Sente-se valorizado pelo que faz 1() Sim 2() Não

66. Sente-se satisfeito / feliz com o trabalho que realiza 1() Sim 2() Não

67. Sente que existe distanciamento entre sua formação e o trabalho que realiza 1() Sim 2() Não

68. De zero a 10 como você classifica a sua satisfação com o seu trabalho?

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___
Pouco satisfeito muito satisfeito

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAL ESF e GERENTE CS

ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS INDICADORES DE RESULTADO DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): a experiência de BELO HORIZONTE

Mestranda: Romilda Euzébio Araújo
Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio
Coorientadora: Profa. Dra. Fabiane Ferreira

O objetivo principal deste questionário é conhecer a experiência dos profissionais com o NASF em Belo Horizonte, com a perspectiva de estabelecer indicadores que possam fortalecer essa política. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais e seu anonimato é garantido. O tempo previsto para concluir o questionário é de aproximadamente 10 minutos. Agradecemos sua contribuição com a nossa *pesquisa*.

Romilda Euzébio Araújo

Número de identificação do participante: _____ Data da entrevista: ____/____/____
Função: 1()Gerente CS 2()Médico ESF 2()ACS 3()Enfermeiro ESF 4()Técnico Enfermagem ESF

DIMENSÃO 1 Identificação Geral

1. Sexo: 1() F 2() M 2. Idade: _____

3. Categoria Profissional:

1() Agente Comunitário de Saúde 2() Enfermeiro 3() Médico 4() Técnico de Enfermagem

4. Escolaridade

- 1() Ensino Médio completo. Ano de Conclusão: _____
2() Ensino superior completo. Ano de conclusão: _____
3() Especialização 3.1() completa 3.2() incompleta Ano de conclusão: _____
4() Residência 4.1() completa 4.2() incompleta Ano de conclusão: _____
5() Mestrado 5.1() completo 5.2() incompleto Ano de conclusão: _____
6() Doutorado 6.1() completo 6.2() incompleto Ano de conclusão: _____

5. Antes de trabalhar no NASF, você possuía alguma experiência na Atenção Primária?

1() Sim. Onde? _____ 2() Não teve experiência anterior

6. Há quanto tempo você trabalha na PBH? _____ anos e _____ meses

7. Há quanto tempo você trabalha no NASF? _____ anos e _____ meses

8. Seu regime de emprego é:

1() Estatutário 2() Celetista 3() Contrato administrativo temporário 4() Outra: _____

9. Qual é a sua carga horária?

1() 20 horas semanais 2() 30 horas semanais 3() 40 horas semanais

10. Sua remuneração total bruta (no vínculo com a PBH) está na faixa de: (VALOR SM = 678,00)

1() Até 2 salários mínimos 2() De 2 a 4 salários mínimos 3() De 4 a 6 salários mínimos
4() De 6 a 8 salários mínimos 5() Acima de 8 salários mínimos

11. Você tem outro vínculo de trabalho?

1() Sim. Carga horária semanal? _____ Onde/Função? _____ 2() Não

DIMENSÃO 2 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DA ESF

12. Você considera que as categorias profissionais que compõem o núcleo de NASF de referência para sua equipe estão de acordo com as necessidades apontadas pelo perfil epidemiológico de seu território?

1() Sim 2() Não

12.1 Se NÃO, cite as categorias que você considera importantes para compor o núcleo de NASF.

13. Nos últimos 12 meses, você participou de alguma atividade de planejamento e programação de ações no seu território de atuação? 1() Sim 2() Não (Se **NÃO**, vai para a pergunta 15)

13.1 Esse planejamento foi realizado:

- 1() De forma conjunta/integrada ao planejamento das equipes AB às quais você está vinculado(a)
- 2() Somente com a equipe NASF
- 3() Intersetorial (com outros setores como Educação, Assistência Social, Esportes, etc)

13.2. Por favor, na lista abaixo indique quais profissionais participaram desse planejamento:

- 1() Gerente da unidade de saúde
- 2() Coordenador local do NASF
- 3() Técnico do Distrito Sanitário / referência distrital para a atenção básica
- 4() Médico da ESF
- 5() Enfermeiro da ESF
- 6() ACS
- 7() Técnico de Enfermagem da ESF
- 8() Pediatra
- 9() Ginecologista
- 10() Equipe de Saúde Bucal
- 11() Equipe de Saúde Mental
- 12() Equipe Controle de Endemias (Zoonozes)
- 13() Equipe da Vigilância Sanitária
- 14() Coordenador geral do NASF
- 15() Outros _____

13.3. O que foi considerado nesse planejamento? (é possível marcar mais de 1 item):

- 1() Perfil demográfico, epidemiológico e assistencial
- 2() Perfil territorial e ambiental
- 3() Necessidades e demandas da(s) equipe(s) de saúde de referência
- 4() A rede de serviços de saúde existente no município
- 5() Outros _____

14. Com que frequência os profissionais do NASF se reúnem com a sua equipe?

- 1() Semanalmente 2() Quinzenalmente 3() Mensalmente 4() Outra _____ 5() Não se reúne

15. De que maneira você e sua equipe tomam conhecimento da agenda dos profissionais do NASF de referência (é possível marcar mais de 1 item):

- 1() Verbalmente, durante as reuniões com as ESF
- 2() Escrita, durante as reuniões com as ESF
- 3() A agenda é afixada na(s) unidades de referência em local visível
- 4() A agenda não é disponibilizada para as equipes
- 5() Outra _____

16. Em situações urgentes e/ou imprevistas, como você pode acionar os profissionais do NASF?

- 1() Telefone pessoal 5() Contato com algum nível de gestão
- 2() E-mail 6() Outros _____ 7() Não é possível acionar os profissionais do NASF nessas situações
- 3() Mensagem de texto/recado escrito deixado no CS
- 4() Recado verbal deixado no CS

17. Quando você solicita apoio do NASF no atendimento de algum caso complexo, como estes profissionais recebem esta demanda?

- 1() Atendem prontamente, discutem o caso com você
- 2() Sugerem que você leve o caso para discussão na próxima reunião conjunta
- 3() Propõem-se a realizar um atendimento ou visita domiciliar em conjunto
- 4() Sugerem que você agende o caso para um atendimento individual com determinado profissional do NASF
- 5() Outro _____

18. Em média, quanto tempo o NASF demora a atender a solicitação de apoio de sua equipe, seja por meio de discussão do caso, seja por meio da atenção direta ao usuário?

- 1() Menos de 7 dias 3() Entre 15 dias e 1 mês 5() Mais de 2 meses
- 2() Entre 8 e 14 dias 4() Entre 1 e 2 meses 6() Não sei quanto tempo

19. Você considera que este tempo é oportuno/adequado às necessidades da sua equipe?

- 1() Sim 2() Não

DIMENSÃO 3
ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL

20. Dentre as ações listadas abaixo, quais acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF?

- 1() Consultas compartilhadas
- 2() Consultas individuais específicas
- 3() Planejamento e avaliação de ações
- 4() Grupos terapêuticos ou de educação em saúde
- 5() Visitas domiciliares
- 6() Intervenções na comunidade
- 7() Discussão de casos e construção de planos terapêuticos (projetos terapêuticos singulares)
- 8() Gestão de listas de espera para especialistas
- 9() Organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do NASF
- 10() Discussão de temas/ ações de educação permanente
- 11() Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional
- 12() Mediação de conflitos na equipe
- 13() Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada

21. Algum profissional do NASF restringe sua atuação a determinada faixa etária ou fase do ciclo de vida? 1() Sim 2() Não

22. Você considera que existe integração entre os profissionais do NASF e sua equipe? 1() Sim 2() Não

23. Você considera que o NASF conhece e se envolve com as dificuldades que aparecem no cotidiano do trabalho no território? 1() Sim 2() Algumas vezes 3() Não

DIMENSÃO 4
RESOLUTIVIDADE DA ESF A PARTIR DO TRABALHO DO NASF

24. Você considera que a resolutividade da sua equipe aumentou desde a implantação do NASF neste território? 1() Sim 2() Não

25. Qual(is) do(s) indicador(es) / sinalizador(es) abaixo, você utiliza para monitorar se houve aumento da resolutividade a partir das ações compartilhadas com o NASF?

- 1() Redução do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada
- 2() Redução do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF
- 3() Melhoria dos indicadores de saúde da população do território
- 4() Melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados
- 5() Outro(s) _____
- 6() Não realizo monitoramento

26. Na sua opinião, os profissionais da equipe da atenção básica se apropriam dos conhecimentos agregados pelo NASF para qualificar suas próprias práticas? 1() Sim 2() Algumas vezes 3() Não

27. Cite um ponto positivo e um negativo sobre a atuação do NASF junto a sua equipe.

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA USUÁRIO
ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS INDICADORES DE RESULTADO DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA
FAMÍLIA (NASF): a experiência de BELO HORIZONTE

Mestranda: Romilda Euzébio Araújo
Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio
Coorientadora: Profa. Dra. Fabiane Ferreira

Perguntas para definir se o usuário abordado será entrevistado:

Bom dia! / Boa Tarde!

1- Neste momento, o que o(a) senhor(a) está aguardando no Centro de Saúde?

- Atendimento do NASF *(passar para o item 4)*
 Outro atendimento *(passar para o item 2)*

2- O(a) senhor(a) já foi atendido pelo NASF alguma vez? (Se o usuário não souber o que é NASF nomear os profissionais: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista ou terapeuta ocupacional, educador físico)

- SIM *(passar para o item 4)*
 NÃO *(passar para o item 3)*

3- Alguém da sua família já recebeu atendimento ou visita domiciliar do NASF alguma vez? (Se o usuário não souber o que é NASF nomear os profissionais: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista ou terapeuta ocupacional, educador físico)

- SIM *(passar para o item 4.1)*
 NÃO *(agradecer a atenção e despedir-se)*

4. O(a) senhor(a) poderia responder a um questionário? (falar sobre a pesquisa e, em caso afirmativo, apresentar o TCLE para ser assinado)

- SIM *(assinar o TCLE e iniciar a entrevista)*
 NÃO *(agradecer a atenção e despedir-se)*

Motivo da recusa: _____

4.1. O(a) senhor(a) poderia responder a um questionário e falar sobre o atendimento recebido pelo seu parente?

- SIM *(assinar o TCLE e iniciar a entrevista)*
 NÃO *(agradecer a atenção e despedir-se)*

Motivo da recusa: _____

Esta PESQUISA tem por objetivo analisar a atuação do NASF em Belo Horizonte a partir das experiências e das avaliações dos usuários com relação ao acesso e a qualidade do atendimento recebido. Para isso, precisamos que o Sr(a) responda as perguntas abaixo. O tempo previsto para concluir o questionário é de aproximadamente 25 a 30 minutos. Agradecemos sua contribuição com a nossa pesquisa.

Romilda Euzébio Araújo

Número de identificação do participante: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Responsável pelas informações:

- 1 () Próprio usuário 2 () Responsável/cuidador na presença do usuário
3 () Responsável/cuidador sem a presença do usuário (utilizar questionário usuário 2 - FAMILIAR)

ESF: _____ Centro de Saúde _____

**DIMENSÃO 1
PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO**

1) Idade em anos: _____ 2) Sexo: () F () M

3) Qual é o seu estado civil?

- 1 () Casado (a) 2 () Separado(a) / desquitado(a) judicialmente 3 () Divorciado(a) 4 () Viúvo(a) 5 () Solteiro(a)
6 () Vive com companheiro(a) Sim () Não () Mas viveu () Nunca viveu ()

4) O(a) Sr(a) estudou até que série?

- 1 () Antigo primário 2 () Antigo ginásio 3 () Ensino fundamental/1º grau 4 () Ensino médio/2º grau
5 () Curso superior/graduação/3º grau 6 () Especialização/mestrado/doutorado 7 () Nunca estudou

5) O(a) Sr(a) exerce alguma atividade remunerada? 1 () SIM Ir para a questão 6 2 () NÃO ir para 5.1

5.1 Se NÃO, por qual motivo o(a) Sr(a) não trabalha atualmente?

- 1 () Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos
2 () Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho
3 () Estudos / treinamento
4 () Aposentado(a) por tempo de trabalho/idade
5 () Aposentado(a) por doença/invalidéz
6 () Afastado(a) por doença
7 () Afastado(a) por outro motivo (gestação, mudança, licença, acompanhar familiar doente)
8 () Outro (especifique): _____ IR PARA A PERGUNTA 8

6) Qual é a sua ocupação / atividade atual? _____

7) Neste trabalho o(a) Sr(a) é:

- 1 () Trabalhador(a) doméstica **com** carteira de trabalho assinada
2 () Trabalhador(a) doméstica **sem** carteira de trabalho assinada
3 () Empregado(a) **com** carteira de trabalho assinada
4 () Empregado(a) **sem** carteira de trabalho assinada
5 () Empregador
6 () Autônomo
7 () Trabalhador(a) na produção para o próprio consumo

8) Qual é a sua renda individual (em salários mínimos)? _____ (Valor do SM atual: 678,00)

9) Qual é a renda total da sua família (em salários mínimos)? _____ (Valor do SM atual: 678,00)

10) Sua renda é a principal da família? 1 () SIM 2 () NÃO, mas tenho renda 3 () Não, não tenho renda

11) Além da renda proveniente do trabalho remunerado, a família recebe algum benefício do governo?
(CABE MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 1 () Bolsa Família 2 () Benefício de Prestação Continuada (BPC) 3 () Outro tipo de auxílio 4 () Não recebe

12) O(a) Sr(a) possui Plano de Saúde? 1 () SIM 2 () NÃO

13) A sua moradia é:

- 1 () Própria quitada 2 () Própria/quitada 3 () Alugada 4 () Mora com os pais ou parentes
5 () Outra Qual? _____

21.1) Se SIM, como o(a) Sr(a) ficou sabendo? _____

SE A PESSOA FICAR EM DÚVIDA SOBRE A RESPOSTA, LER AS OPÇÕES ABAIXO:

- 1() Pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) – em visita ou conversa
- 2() TV
- 3() Reunião na comunidade (comissão local/conselho de saúde, associação, igreja)
- 4() Amigos ou vizinhança
- 5() Rádios
- 6() Jornais
- 7() Cartazes e folhetos
- 8() Visita da equipe do NASF
- 9() No Centro de Saúde
- 10() Pelo médico da Equipe de Saúde da Família – em consulta ou visita
- 11() Pela enfermeira da Equipe de Saúde da Família – em consulta ou visita

22) O(a) Sr(a) foi ou está sendo atendido por qual(is) profissional(is)? (CABE MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 1() Psicólogo 2() Fisioterapeuta 3() Farmacêutico 4() Fonoaudiólogo 5() Terapeuta Ocupacional
- 6() Assistente Social 7() Educador Físico 8() Nutricionista 9() Não sabe informar a categoria do profissional

23) Qual o motivo do atendimento? _____

24) Quem indicou ou encaminhou o(a) Sr(a) para esse atendimento/tratamento?

- 1() Médico da ESF/Centro de Saúde
- 2() Enfermeiro da ESF/Centro de Saúde
- 3() Dentista do CS
- 4() Outro profissional do Centro de Saúde. Qual? _____
- 3() Médico especialista da Rede SUS. Qual? _____
- 5() Profissional não médico do Centro de Reabilitação - CREAM ou Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista)
- 6() Outro profissional _____

25) Quanto tempo o(a) Sr(a) esperou pela consulta/atendimento? (Considerar o tempo decorrido entre a indicação do tratamento/encaminhamento e a realização da primeira consulta/avaliação pelo profissional do NASF)

- 1() Imediatamente atendido 2() Até 1 semana 3() Entre 1 semana e 1 mês 4() Entre 1 e 2 meses
- 5() Entre 2 e 6 meses 6() Mais de 6 meses 7() Outro. _____

26) Como o(a) Sr(a) se sente com relação a este tempo:

- 1() Muito satisfeito 2() Satisfeito 3() Insatisfeito 4() Muito insatisfeito

27) O atendimento que o(a) Sr(a) recebeu foi:

- 1() Atendimento individual no Centro de Saúde. Quantos? _____ 2() Visita domiciliar. Quantas? _____

28) O(a) Sr(a) já participou de atividade em grupo com profissional(is) do NASF? 1() SIM 2() NÃO

28.1) Se SIM, qual o tema trabalhado no grupo?: _____

28.2) O(a) sabe quanto(s) profissional(is) participaram do grupo? _____

28.3) Você sabe dizer quais foram esses profissionais? (CABE MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 1() Psicólogo 2() Fisioterapeuta 3() Farmacêutico 4() Fonoaudiólogo 5() Terapeuta Ocupacional
- 6() Assistente Social 7() Educador Físico 8() Nutricionista 9() Não sabe informar a categoria do profissional

28.4) Onde foi realizada a atividade em grupo?

- 1() No próprio Centro de Saúde 3() Em espaço de igreja, de centro comunitário
- 2() Em praça, quadra na comunidade ou parque próximo 4() Outro _____

28.5) Em sua opinião a atividade em grupo foi: 1() Muito boa 2() Boa 3() Regular 4() Ruim 5() Muito ruim

Subdimensão 4.2 -VÍNCULO/RESPONSABILIZAÇÃO/COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Em relação ao(s) profissional(is) do NASF que o(a) atendeu(ram), por favor, responda:

29) Ele(s) examinou(aram) o Sr(a)? 1() SIM 2() NÃO

30) Ele(s) lhe deu(ram) alguma explicação sobre o seu problema? 1() SIM 2() SIM, algumas vezes 3() NÃO

- 31) Em sua opinião, como foi essa explicação?** 1() Muito boa 2() Boa 3() Regular 4() Ruim 5() Muito ruim
- 32) Essa explicação ajudou/contribuiu para melhorar sua saúde?** 1() SIM 2() Parcialmente 3() NÃO
- 33) Ele(s) explicou(aram) como seria realizado o tratamento (frequência, local, duração, etc)?**
1() Sim 2() NÃO
- 34) Ele(s) entregaram a(o) Sr(a) algum material explicativo (como cartilhas, folders, orientações escritas/desenhadas)?** 1() SIM 2() SIM algumas vezes 3() NÃO
- 35) Ele(s) explicaram a(o) Sr(a) como perceber melhora ou piora do seu quadro?** 1() SIM 2() NÃO
- 36) Ele(s) perguntaram a(o) Sr(a) sobre outras coisas/questões que possam interferir na sua saúde, além do seu problema?** 1() SIM 2() SIM, algumas vezes 3() NÃO
- 37) Ele(s) deu(ram) tempo para o(a) Sr(a) falar sobre seus problemas e preocupações?**
1() SIM 2() SIM, algumas vezes 3() NÃO
- 38) Ele(s) atendeu(ram) o(a) Sr(a) em local reservado?** 1() SIM 2() SIM, algumas vezes 3() NÃO
- 39) Ele(s) chamou(aram) o(a) Sr(a) pelo nome?** 1() SIM 2() SIM, algumas vezes 3() NÃO
- 40) O(a) Sr(a) precisou parar o tratamento por algum motivo?** 1() SIM 2() NÃO
- 40.1 Se SIM, foi procurado pelo(s) profissional(is) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?**
1() SIM 2() NÃO
- 40.2 Se SIM, como o(a) Sr(a) foi procurado?**
1() Visita/recado do ACS 3() Contato no próprio CS
2() Visita/telefonema do(s) próprios profissionais 4() Outra forma _____
- 41) Alguma vez o(s) profissional(is) interrompeu(ram) ou desmarcou(ram) seu tratamento?**
1() SIM 2() NÃO
- 41.1 Se SIM, o(a) Sr(a) sabe apontar na lista abaixo o(s) motivo(s)?**
1() Falta de material 5() Fechamento do CS por risco de violência
2() Falta de sala/espço adequado 6() Falta de carro para transportar o(s) profissional(is)
3() Reunião da equipe 7() Outro _____
4() Falta do(s) profissional(is)
- 41.2 Se SIM, esta situação prejudicou seu atendimento?** 1() SIM 2() SIM, algumas vezes 3() NÃO

Subdimensão 4.4 - SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO

- 42) Em sua opinião, o(s) profissional(ais) do NASF que atenderam o(a) Sr(a):**
- 42.1 Foi(foram) atencioso(s)?** 1() SIM 2() NÃO
- 42.2 Foram respeitosos?** 1() SIM 2() SIM, algumas vezes 3() NÃO
- 42.3 Demonstrou(ram) conhecimento para analisar/avaliar sua situação / seu problema?**
1() SIM 2() NÃO
- 43) O(a) Sr(a) considera que seu problema foi resolvido?**
1() SIM
2() Em parte. Por quê? _____
3() NÃO. Por quê? _____
- 44) O(a) Sr(a) indicaria o atendimento/tratamento que recebeu para outra pessoa, um amigo, outro familiar?**
1() SIM 2() NÃO. Por quê? _____
- 45) Em uma escala de zero a 10 como o(a) Sr(a) classifica a sua satisfação com o atendimento recebido no NASF:**
-

APÊNDICE E - PRODUÇÃO DO NASF NO PERÍODO DE 2011 A 2012

Nos dois CS selecionados foram analisadas 384 fichas referentes aos atendimentos realizados pelos profissionais do NASF nos anos de 2011 e 2012. No CS Lindeia foram analisadas 219 e, no CS São Paulo (SP), 165 totalizando 384 fichas de atendimentos individuais. A maioria eram mulheres, média de idade 51 anos, casadas, ensino fundamental. O perfil destes pacientes corresponde ao encontrado em outros estudos realizados em UBS de Belo Horizonte: maioria mulheres, idade acima de 40 anos, casadas, ensino fundamental e dedicadas a atividades do lar.

Quanto ao tipo de atendimento foram realizados 235 atendimentos individuais, 93 visitas domiciliares e 10 avaliações para grupo, totalizando 384 atendimentos nos dois anos, nos dois CS (GRAF 1).

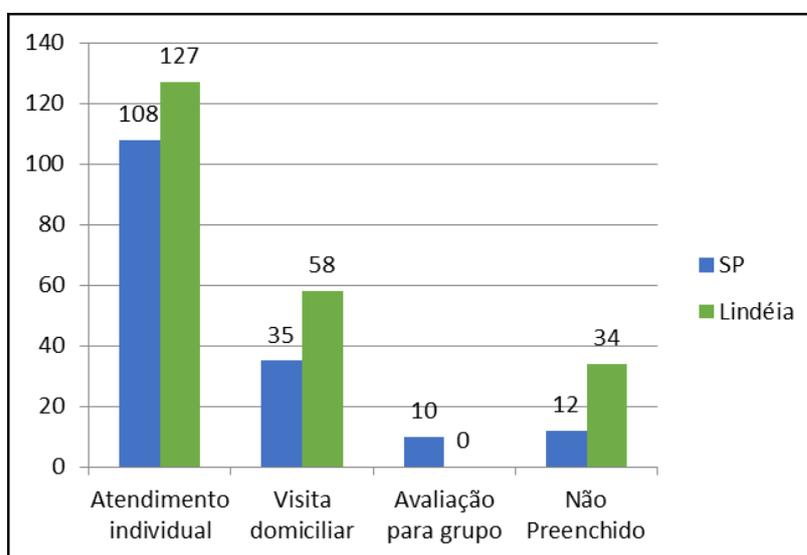


GRÁFICO 1 - Distribuição dos tipos de atendimentos realizados pelo NASF segundo o CS (n=384). Belo Horizonte, 2013

O GRAF 2 mostra que dos atendimentos individuais, a maioria foi realizado pelo nutricionista, seguido do fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo.

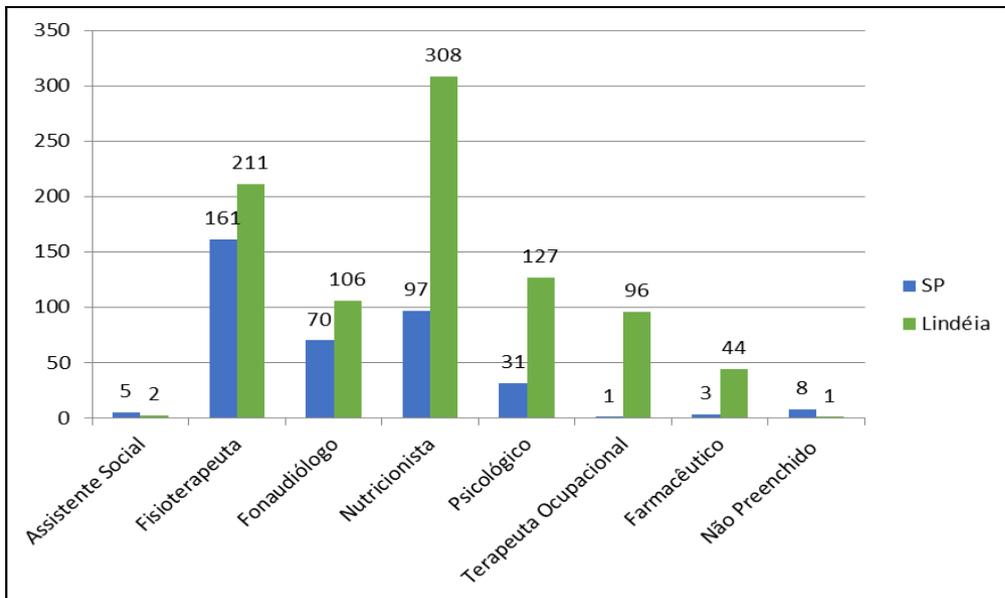


GRÁFICO 2 - Distribuição dos atendimentos realizados pelos profissionais do NASF segundo o CS (n=384). Belo Horizonte, 2013

O GRAF 3 mostra, que dentre os procedimentos e ações realizadas em cada atendimento registrado nas fichas houve predominância de atendimento específico e orientação individual, orientação familiar e anamnese/primeira avaliação, nos dois CS.

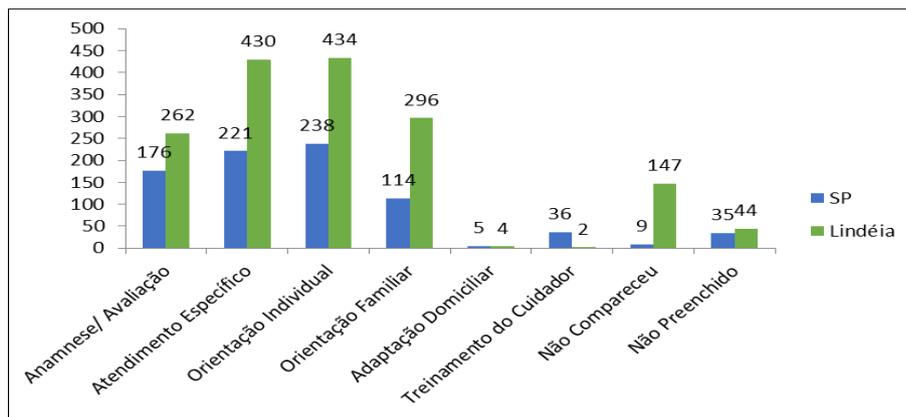


GRÁFICO 3: Ações realizadas nos atendimentos do NASF segundo o CS (n=165) e Lindéia (n=219). Belo Horizonte, 2013

Quanto ao atendimento compartilhado observou-se que a maioria é feito com ACS, com “outro profissional” e com enfermeiro, como mostra o GRAF 4.

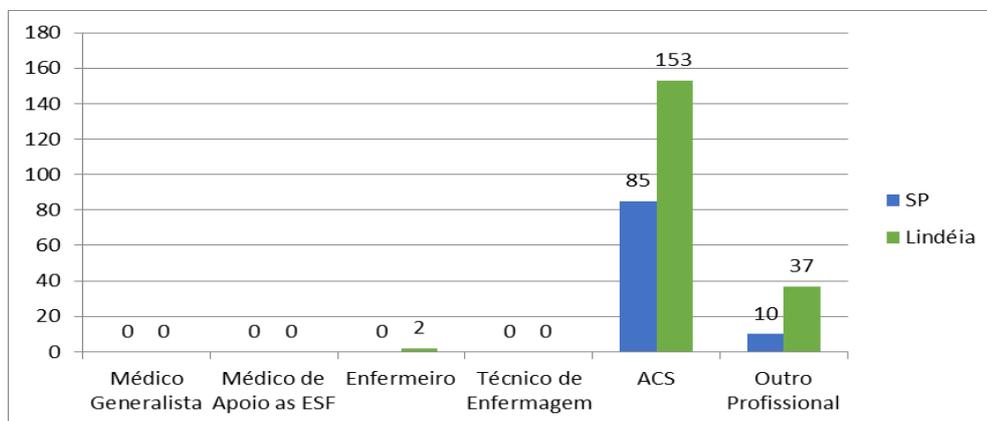


GRÁFICO 4: atendimentos compartilhados realizados pelo NASF (n=384). Belo Horizonte, 2013

Quanto as patologias apresentadas pelos usuários atendidos, predominam as endócrinas/nutricionais/metabólicas, seguidas das osteomusculares e cardiovasculares. Considerando os CS em separado, as patologias endócrinas/nutricionais/metabólicas são predominantes no CS Lindéia, mantendo coerência com o maior número de atendimentos individuais realizados pelo nutricionista nesta unidade. Já no CS São Paulo observou-se maior número de doenças osteomusculares, o que também é coerente com o maior número de atendimentos individuais registrados pelo fisioterapeuta, conforme GRAF 5 abaixo.

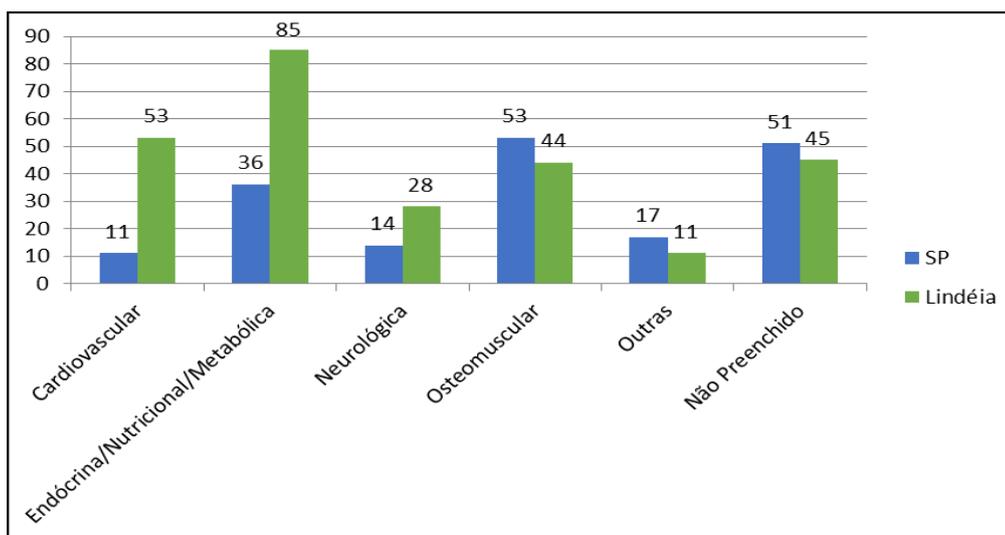


GRÁFICO 5: - Patologias apresentadas pelos usuários atendidos pelo NASF segundo o CS (n=384). Belo Horizonte, 2013

No campo conduta/encaminhamento predomina o registro de retorno, seguido de não comparecimento e alta.

O campo destinado ao registro do motivo da alta não foi preenchido em 113 fichas no NASF vinculado ao CS São Paulo e em 111 no NASF vinculado ao outro CS o que não permitiu a análise deste dado.

A leitura dos registros das reuniões entre NASF e ESF permitiu identificar que 168 reuniões foram realizadas nos anos de 2011 e 2012, nos dois CS selecionados. O objetivo principal desses encontros é viabilizar a oferta de apoio matricial do NASF à ESF e propiciar a discussão de casos, elaboração e acompanhamento das propostas terapêuticas além de possibilitar a educação permanente de ambas as equipes. O profissional mais assíduo às reuniões é o ACS, seguido do enfermeiro. As maiores ausências ficam por conta do médico e do técnico de enfermagem. Em todas as reuniões sempre estavam presentes, no mínimo, 2 profissionais do NASF de categorias diferentes.