



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



Bruno Moreira Lima

**CORRESPONSABILIZAÇÃO ENTRE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E
NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

São Luís

2019

Bruno Moreira Lima

**CORRESPONSABILIZAÇÃO ENTRE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E
NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz.

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do cuidado em saúde.

São Luís

2019

Bruno Moreira Lima

**CORRESPONSABILIZAÇÃO ENTRE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E
NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Maranhão.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz.
Universidade Federal do Maranhão
(Presidente/orientadora)

Profa. Dra. Núbia Cristina da Silva Rocha
Universidade Federal de Minas Gerais
(Membro externo)

Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira
Universidade Federal do Maranhão
(Membro interno)

Aprovado em: 29 de Outubro de 2019.

São Luís

Moreira Lima, Bruno.

CORRESPONSABILIZAÇÃO ENTRE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E
NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL / Bruno
Moreira Lima. - 2019.

60 f.

Orientador(a): Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Decisão
compartilhada. 3. Saúde da Família. I. Abreu Fonseca
Thomaz, Erika Barbara. II. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A Universidade Federal do Maranhão, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a realização do mestrado.

Ao Professor Dr. Luiz Augusto Facchini, da Universidade Federal de Pelotas, e demais coordenadores da avaliação externa do PMAQ-AB; bem como a toda a equipe que coletou e supervisionou a coleta dos dados.

Ao Ministério da Saúde, pelo financiamento do PMAQ-AB.

A CAPES, pelo financiamento da RENASF.

A minha orientadora, Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, pelo suporte, construção coletiva, sabedoria compartilhada, pelas suas correções e incentivo.

A minha família, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos amigos Heloísa Maria, Cirlândio Coutinho, Lívia Cristina, Ellen Rose, Evanilde da Silva, John Lenon, Joelmara Furtado, Patrícia Veras, Danyele Carneiro, Ivonice Cirqueira, Neusa Amorim, Joama Gusmão e Maria Madalena que estiveram junto comigo durante todo o mestrado.

E a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização desse trabalho.

Dedico este trabalho a todos os profissionais da APS que atuam de forma incansável, buscando sempre qualificar seu processo de trabalho em prol da comunidade assistida.

RESUMO

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foram criados pela portaria 154/2008 no intuito de aumentar a resolubilidade e o escopo de ações da Atenção Primária à Saúde (APS) através do trabalho compartilhado com as equipes de Atenção Básica (eAB). A Corresponsabilização no cuidado em saúde é fortalecida pelo matriciamento que utiliza conceitos de trabalho compartilhado, cogestão e interdisciplinaridade. Diante dos desafios e das expectativas relacionadas ao NASF-AB, torna-se importante a realização de pesquisas que abordem e ampliem as discussões sobre corresponsabilização e que ajudem a melhorar a resolubilidade da APS. Esse estudo teve como objetivo avaliar o processo de trabalho do NASF-AB com ênfase na corresponsabilização com as eAB. Trata-se de um estudo ecológico, transversal com abordagem avaliativa, com a participação de 1.774 equipes de NASF-AB e 17.157 eAB que receberam apoio do NASF-AB e aderiram ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no período de 2013/2014 e que foram submetidas à avaliação externa do programa. Todas as análises estatísticas foram feitas no pacote STATA (*Statacorp* LLC), versão 14.0. A região Norte teve o menor índice de adequação com percentual de 51,13% para as equipes de NASF-AB e de 35,01% para as eAB avaliadas, a região Sudeste obteve os melhores resultados com 59,91% de adequação para as equipes de NASF-AB e de 74,20% para as eAB, o indicador com a pior performance para as eAB foi o de acesso com 22,05% de adequação e para as equipes de NASF-AB foi o de monitoramento e avaliação com 19,80%, o indicador com melhor resultado para ambas as equipes foi o de visita domiciliar com os percentuais de adequação de 86,85% e 90,79% respectivamente para as eAB e para as equipes de NASF-AB. Conclui-se que a maioria das equipes do NASF-AB do Brasil não trabalham de forma compartilhada e baseada no matriciamento com as eAB.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Decisão compartilhada. Saúde da Família.

ABSTRACT

The Expanded Family Health and Primary Care Centers (NASF-AB, as per its Portuguese acronym) were established by Decree 154/2008 with the purpose of increasing the solvability and scope of Primary Health Care (PHC) actions through the work shared with the Primary Care Teams (PCT). Co-responsibility in health care is strengthened by the matrix support process that uses concepts of shared work, co-management and interdisciplinarity. Given the challenges and expectations related to NASF-AB, it is important to perform surveys that address and expand the discussions about co-responsibility, which may help us to improve the solvability of PHC. This study aimed to evaluate the work process of NASF-AB with emphasis on the co-responsibility with PCT. This is an ecological and cross-sectional study, with an evaluative approach, with the participation of 1,774 NASF-AB and 17,157 PCT teams that received support from NASF-AB, adhered to the second cycle of the Brazilian Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ) in the period 2013/2014 and that were submitted to the external evaluation of this program. All statistical analyses were performed in the STATA package (Statacorp LLC), version 14.0. The North region had the lowest adequacy index, with percentages of 51.13% for the evaluated NASF-AB teams and 35.01% for the PCT teams, while the South region obtained the best results, with 59.91% adequacy for the NASF-AB teams and 74.20% for the PCT teams. The indicator with the worst performance for PCT was access, with 22.05% adequacy; and for the NASF-AB teams, we found the monitoring and evaluation indicator, with 19.80%, while the indicator with the best result for both teams was the home visit, with the percentages of adequacy of 86.85% and 90.79% respectively for the PCT and NASF-AB teams. We can conclude that most NASF-AB teams in Brazil do not work in a shared way and based on the matrix support with PCT.

Keywords: Primary Health Care. Shared decisions. Family Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características das equipes de Atenção Básica apoiadas pelo NASF-AB.....	35
Tabela 2 - Características das equipes do NASF-AB avaliadas	37

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Modelo Lógico de Corresponsabilização entre eAB e NASF- AB..... 17
- Figura 2 - Proporção de equipes com adequação aos indicadores de planejamento, Brasil, 40
2014.....
- Figura 3 - Proporção de equipes com adequação aos indicadores de acesso, Brasil, 41
2014.....
- Figura 4 - Proporção de equipes com adequação ao indicador de consulta compartilhada, Brasil, 41
2014.....
- Figura 5 - Proporção de equipes com adequação ao indicador de educação permanente, Brasil, 42
2014.....
- Figura 6 - Proporção de equipes com adequação ao indicador de Discussão de Casos, Brasil, 43
2014.....
- Figura 7 - Proporção de equipes com adequação ao indicador de atividade comunitária, Brasil, 43
2014.....
- Figura 8 - Proporção de equipes com adequação ao indicador de visita domiciliar, Brasil, 44
2014.....
- Figura 9 - Proporção de equipes com adequação aos indicadores de monitoramento e avaliação, Brasil, 44
2014.....

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
EPS	-	Educação Permanente em Saúde
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
MS	-	Ministério da Saúde
NASF-AB	-	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PMAQ -AB	-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PTS	-	Projeto Terapêutico Singular
PST	-	Projeto Saúde no Território
SUS	-	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo Geral.....	20
2.2	Objetivos Específicos.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.....	21
3.2	Interdisciplinaridade.....	23
3.3	Apoio Matricial/Matriciamento.....	23
3.3.1	Conceito.....	23
3.3.2	Finalidade.....	24
3.3.3	Como o NASF-AB realiza o matriciamento na APS?.....	24
3.3.3.1	<i>Trabalho Grupal.....</i>	<i>25</i>
3.3.3.2	<i>Atendimento Domiciliar Compartilhado.....</i>	<i>25</i>
3.3.3.3	<i>Atendimento Individual Compartilhado.....</i>	<i>26</i>
3.3.3.4	<i>Projeto Terapêutico Singular (PTS).....</i>	<i>26</i>
3.3.3.5	<i>Clínica Ampliada.....</i>	<i>27</i>
3.4	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	27
3.4.1	Objetivos do PMAQ-AB.....	28
3.4.2	Segundo ciclo do PMAQ-AB.....	28

3.4.3	Avaliação externa e certificação das equipes participantes do PMAQ-AB...	28
4	METODOLOGIA.....	30
4.1	Tipo de estudo.....	30
4.2	Participantes.....	30
4.3	Variáveis e indicadores.....	30
4.4	Fontes de dados.....	30
4.5	Análise de dados.....	34
4.6	Considerações éticas.....	34
5	RESULTADOS.....	36
6	DISCUSSÃO.....	48
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	ANEXO A - APROVAÇÃO COMITÉ DE ÉTICA.....	61
	APÊNDICE A -Quadro 1- Descrição das variáveis.....	62

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pelo primeiro contato que o cidadão tem com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal ferramenta para reordenar o modelo de atenção à saúde no Brasil e substituir o modelo tradicional. A ESF representa uma estratégia para o fortalecimento da APS na busca de atender aos atributos de universalidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, ampliando o acesso e impactando os condicionantes/determinantes da saúde dos habitantes do território (MAFISSONI *et al.*, 2018).

Os Núcleos de Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foram criados pela portaria GM Nº 154 de 24 de janeiro de 2008 com o escopo de inserir um rol de serviços na ESF, ampliando sua abrangência e resolubilidade, como também garantir a integralidade da assistência em saúde aos usuários do SUS (BRASIL, 2008).

Nessa vertente de fortalecimento da APS, o Ministério da Saúde criou através da portaria 1.654/2011 o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), propondo avaliar e explicitar as diferentes realidades encontradas nas equipes de Atenção Básica (eAB), como também ampliar e melhorar a qualidade da assistência prestada pelas mesmas (LIMA *et al.*, 2019).

No período de 2013/2014 participaram do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) 17.157 equipes de Atenção Básica (eAB) distribuídas nas seguintes regiões com as respectivas quantidades: Norte (997); Nordeste (7.420); Sudeste (5.575); Sul (2.070) e Centro-Oeste (1.095). Participaram também 1.813 equipes de NASF-AB assim distribuídas conforme segue: Norte (133); Nordeste (835); Sudeste (531); Sul (192) e Centro-Oeste (122) (BRASIL, 2015).

Campos (1999) propôs um novo arranjo organizacional para o trabalho compartilhado entre profissionais de saúde das equipes interdisciplinares, denominando-o de equipes de referência com apoio especializado matricial. Esse modelo alterou a lógica de referência e contra referência predominante nos serviços de saúde. Essa nova metodologia de trabalho fundamenta-se na

corresponsabilização entre equipes pelo usuário, fazendo com que as equipes de referência não usem apenas a lógica de transferência de responsabilidades.

A corresponsabilização em saúde é considerada uma inovação na forma de trabalhar, propicia que os profissionais envolvidos na assistência possam compartilhar, aprender, decidir e ter maior responsabilidade sobre o processo de trabalho e resultados da gestão compartilhada (PENEDO, GONÇALO; QUELUZ, 2019).

O trabalho do NASF-AB fundamenta-se na metodologia do matriciamento diferentemente do modelo tradicional de prestação de cuidados que prioriza a assistência curativa, especializada, fragmentada e individual. Tem como proposta de trabalho inovar em direção à corresponsabilização fazendo com que os profissionais da APS reflitam sobre as práticas na comunidade e que realizem a gestão integrada do cuidado por meio de atendimento compartilhado e interdisciplinar (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018).

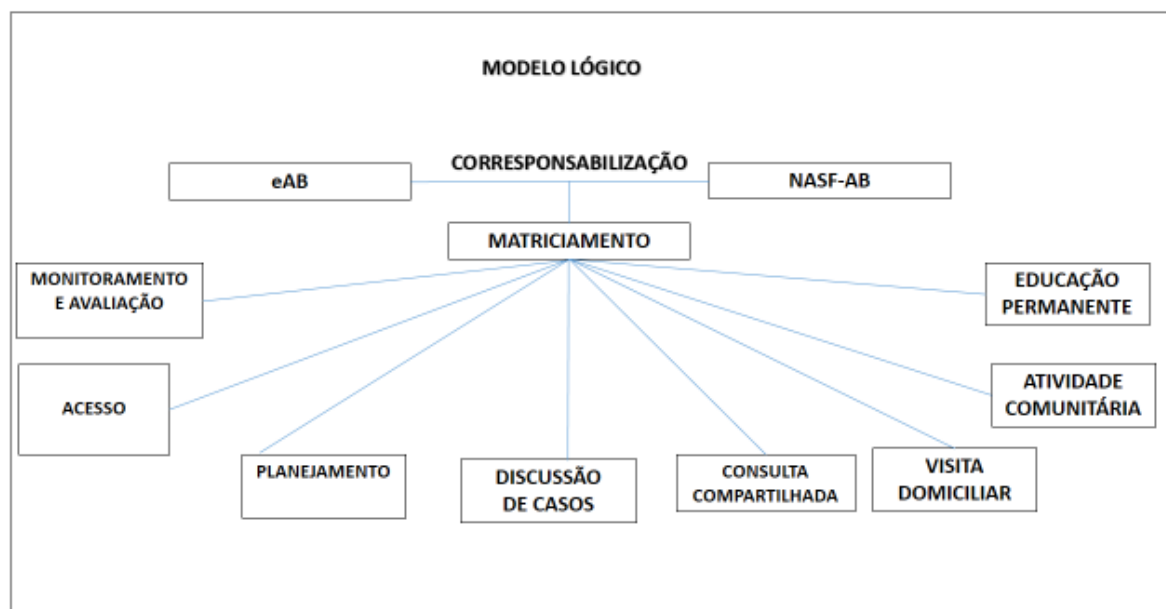
Em linhas gerais, matriciar significa compartilhar, apoiar, corresponsabilizar-se por determinada demanda de saúde apresentada por uma pessoa, uma família, ou uma comunidade (BARROS *et al.*, 2015).

As ações de matriciamento podem ser realizadas durante: a) a **discussão de casos** sendo realizadas na perspectiva interdisciplinar, considerando a abordagem familiar; b) as ações de **educação permanente** valorizando, o processo de formação dos profissionais da APS e baseando-se na discussão sobre as realidades encontradas, articulando teoria e prática; c) as **atividades comunitárias** considerando que o território é espaço de vivências, de identidades, trajetórias pessoais, coletivos organizados, movimentos sociais, de ação deliberada das pessoas, como também de relações sociais e redes de poder; d) o **planejamento** do NASF-AB, que deve ser realizado na perspectiva do trabalho colaborativo com as equipes de referência e gestão; e) o **acesso** das equipes de referência ao NASF-AB, através da construção de fluxos para o cuidado e pactuação para organização do processo de trabalho; f) o **monitoramento e avaliação** do trabalho do NASF-AB, como processo reflexivo e formativo; g) a **visita domiciliar**, discutindo os seus objetivos, definindo um roteiro a seguir e definindo quais profissionais do NASF-AB acompanharão o Agente Comunitário de Saúde (ACS) nos domicílios; e h) a **consulta compartilhada** que possibilita, conhecimento da realidade do usuário, aumento do vínculo de confiança, facilita coleta de dados, comunicação e pactuação

de ações pelo profissional do NASF-AB (OLIVEIRA; CAMPOS, 2016; DANTAS; PASSOS, 2018; BRASIL, 2008, 2009, 2011, 2012, 2014).

Um modelo lógico (Figura 1) foi criado para nortear o presente estudo. Os documentos oficiais consultados para sua construção com ênfase na “corresponsabilização” entre eAB e NASF-AB foram as seguintes portarias: de criação do NASF-AB (nº 154/2008), de aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (nº 2.436/2017) e de redefinição dos parâmetros de vinculação dos NASF-AB (nº 3.124/2012); além dos ‘Cadernos de Atenção Básica’ nº 27, que apresentam as diretrizes do núcleo, e nº 39, que apresentam ferramentas para a gestão e para o trabalho do NASF-AB (BRASIL, 2008, 2009, 2012, 2014,2017).

Figura 1: Modelo Lógico de Corresponsabilização entre eAB e NASF-AB.



Fonte: O Autor, 2019.

Legenda: eAB: Equipe de Atenção Básica; NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

Há poucas evidências sobre o processo de trabalho compartilhado entre as equipes do NASF-AB e as eAB. Araújo e Galimbertti (2013), ao buscarem compreender como ocorre a colaboração entre os profissionais da APS, observaram que as ações compartilhadas são marcadas por conflitos. Machado e Camatta (2013) verificaram que nem sempre as atividades de matriciamento são realizadas conforme o preconizado pelas portarias ministeriais.

As práticas de atenção à saúde que utilizam o matriciamento como ferramenta potencializadora do trabalho interdisciplinar demonstram uma distância considerável do que é preconizado por normas ministeriais e o que é efetivamente realizado. A forma de como as atividades devem ser desenvolvidas está presente na maioria das vezes somente no ideário dos profissionais (MAFFISSONI *et al.*, 2019).

Segundo Castro e Campos (2016), predominam estudos qualitativos sobre matriciamento e sua aplicação metodológica na maioria dos estudos está relacionada à rede de saúde mental e sua articulação com a APS, existindo uma frequência menor de artigos que investigam as atividades de matriciamento realizadas pelo NASF-AB.

Diante dos desafios e das expectativas relacionadas à corresponsabilização intermediada pelo matriciamento entre NASF-AB e as eAB, torna-se importante a realização de uma avaliação de âmbito nacional que evidencie as potencialidades e limitações desse processo de corresponsabilização na APS. As perguntas norteadoras do estudo são: há corresponsabilização entre NASF-AB e as eAB? Caso exista, há diferença entre as regiões do país?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o processo de trabalho do NASF-AB com ênfase na corresponsabilização do cuidado com as e AB.

2.2 Objetivos Específicos

- Averiguar se ocorre corresponsabilização entre NASF-AB e eAB;
- Comparar a corresponsabilização entre NASF-AB e eAB nas diferentes regiões do país.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

O NASF-AB foi instituído em 2008 pela Portaria nº 154 do Ministério da Saúde, em dezembro de 2012, seus parâmetros foram redefinidos e aprimorados por meio da Portaria nº 3124. Em linhas gerais, os Núcleos têm como objetivo principal oferecer apoio às ações desenvolvidas pela eAB, além de ampliar a abrangência dessas ações segundo os princípios da territorialização e da regionalização. O NASF não se configura como porta de entrada do sistema de saúde. Dessa forma, deve atuar de forma integrada às eAB, ou seja, priorizar as demandas identificadas e acordadas entre as duas equipes (GONÇALVES *et al.*, 2015).

A Portaria n. 2.436/17 estabelece a revisão de diretrizes e normas para a APS. Reforça as diretrizes da interdisciplinaridade e intersectorialidade ao afirmar, como atribuições da ESF e do NASF-AB, a coordenação da integralidade do cuidado, articulando ações de promoção à saúde, prevenção de adoecimento, tratamento e reabilitação, com enfoque no trabalho interdisciplinar e na articulação das redes de saúde e intersectoriais (BRASIL, 2017).

O NASF-AB surgiu como proposta tanto para prestar assistência às demandas populacionais não alcançadas pelas equipes que compõem a ESF como para apoiar essas equipes na efetivação da rede de serviços e ampliar sua abrangência, visando a melhorar a qualidade da assistência à população no nível da Atenção Básica, que carece de ações mais eficazes (ANJOS *et al.*, 2014).

A atuação dos NASF-AB deve estar dividida em áreas estratégicas: atividade física, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, do adolescente e do jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2008).

Existem três modalidades de NASF-AB: NASF-AB1, que pode apoiar entre cinco e nove eSF e/ou equipes da Atenção Básica (AB) para populações específicas, tais como a população de rua ou a ribeirinha; NASF-AB 2, que pode

apoiar entre três e quatro eSF e/ou eAB para populações específicas; por fim, o NASF-AB 3, que oferece apoio entre uma e duas eSF e/ou eAB, também para populações específicas. Além disso, tais modalidades se diferenciam pelo número de profissionais na composição das equipes e pela somatória da jornada de trabalho semanal de todos os membros da equipe que varia de 80 horas na modalidade 3 a 200 horas na modalidade 1 (BRASIL, 2012).

De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), de junho de 2017, foram implantadas 4.342 equipes NASF-AB no país, sendo 2.490 da modalidade 1, 1.853 da 2 e 999 das modalidades da 3. O NASF-AB procura superar a lógica de trabalho limitado a alcançar as metas numéricas, através da problematização com as eAB acerca do processo saúde/doença e das possibilidades de enfrentamento das condições de adoecimento (ACIOLE; OLIVEIRA, 2017).

O apoio do NASF-AB às equipes deve se basear na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade, conforme as diretrizes da atenção básica (BRASIL, 2012).

O trabalho do NASF-AB é guiado pelas diretrizes da atenção básica, entre elas: a) **territorialização e responsabilização sanitária** entendida como responsabilidade de uma equipe sobre a saúde da população a ela vinculada; b) **trabalho em equipe** que deve ser colaborativo, múltiplo e interdependente; c) **integralidade** que depende da ação integrada da equipe e capacidade de articulação com outras redes de assistência à saúde; d) **autonomia dos indivíduos e coletivos** sendo um dos principais resultados esperados na APS (BRASIL, 2014).

Assim sendo, o NASF-AB, como constituinte da AB, tem responsabilidade sobre a organização do cuidado, definindo os fluxos assistenciais e garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, de maneira a dar continuidade aos cuidados do usuário (SHIMIZU; FRAGELLI, 2016).

Segundo Brasil (2014), os NASF-AB são equipes multiprofissionais que devem compartilhar práticas e saberes com as equipes de referências apoiadas, em relação às possibilidades de composição da equipe multiprofissional do NASF-AB podemos citar as seguintes profissões: assistente social; profissional de educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte-educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico

veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

3.2 Interdisciplinaridade

O trabalho em equipe não propõe extinguir as especificidades dos trabalhos, mas se constitui na coexistência de intervenções próprias de cada área e execução de ações comuns que podem ser praticadas por agentes de diferentes profissões. Uma equipe integrada deve ser capaz de ter um projeto assistencial comum, com ações parcelares de cada profissional, integradas em um mesmo projeto de trabalho (KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017).

A interdisciplinaridade está sempre situada no campo onde se pensa a possibilidade de superar a fragmentação das ciências e dos conhecimentos produzidos por elas e onde simultaneamente se exprime a resistência sobre um saber parcelado. (THIESEN, 2009, p. 547).

A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe são características do processo de trabalho da ESF, constituindo-se em permanente troca de conhecimentos com articulação no campo de produção do cuidado no cotidiano das práticas, de forma a reafirmar o trabalho em equipe (SILVA; TAVARES, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 18) “[...] interdisciplinaridade é o trabalho em que diversas ações, saberes e práticas se complementam, o prefixo ‘inter’ indica movimento ou processo instalado tanto “entre” quanto “dentro” das disciplinas”.

A interdisciplinaridade na ESF apresenta potencialidade para provocar mudanças na formação dos profissionais envolvidos no cuidado à saúde da comunidade, favorece também a efetivação de um espaço democrático na relação de trabalho em equipe, o termo interdisciplinaridade sugere um trabalho integrado e compartilhado com as diversas áreas do saber (LEITE; VELOSO, 2012).

3.3 Apoio Matricial/Matriciamiento

3.3.1 Conceito

O matriciamiento ocorre pelo encontro operativo de dois sistemas (equipes, serviços, profissionais) com suas incógnitas (problemas, processos e relações de

trabalho), a partir de posições distintas, baseando-se no trabalho colaborativo e de responsabilização mútua (MEDEIROS, 2015).

O termo “matricial” busca trazer uma lógica de relação horizontal entre profissionais de referência e especialistas. Já o termo “apoio” sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista com base no diálogo, sem autoridade (CASTRO; CAMPOS, 2016).

O apoio matricial altera as metodologias tradicionais de trabalho mediante a utilização de mecanismos de personalização, diálogo, decisão compartilhada responsabilização e compromisso entre as equipes e profissionais apoiadores(CASTRO; CAMPOS, 2016).

3.3.2 Finalidade

O Matriciamento objetiva assegurar a retaguarda especializada, tanto assistencial quanto suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção à saúde, buscando construir e ativar a comunicação e o compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais (NAKAMURA; LEITE, 2016).

O apoio matricial possibilita o desenvolvimento de habilidades dos profissionais envolvidos, bem como o acesso a outras informações, à construção de novas estratégias de intervenção, à corresponsabilização e ao fortalecimento do trabalho interdisciplinar (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

O matriciamento tenta superar a lógica do encaminhamento, que pressupõe a hierarquização entre os saberes e a transferência de responsabilidades, para propor a lógica da corresponsabilização, que substitui a relação poder/saber pelo compartilhar de responsabilidades, ao exigir que os profissionais decidam juntos sobre o andamento de cada caso, bem como sobre seu acompanhamento (DANTAS; PASSOS, 2018).

3.3.3 Como o NASF-AB realiza o matriciamento na APS?

O matriciamento realizado pelo NASF-AB se consolida por meio de compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, considerando as responsabilizações comuns das eAB e dos diversos profissionais do próprio NASF-AB (BRASIL, 2014).

Esse apoio matricial se concretiza por meio de espaços de educação permanente, discussão de casos e atendimentos conjuntos, construção coletiva de planos terapêuticos e gestão de serviços, grupos compartilhados entre apoiadores e eAB, intervenções conjuntas no território e ações intersetoriais e atendimentos específicos do apoiador, quando necessário (NAKAMURA; LEITE, 2016).

O matriciamento do NASF-AB para eAB se consolida por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os profissionais, bem como da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de APS (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017). É importante lembrar que a atuação utilizando a lógica do apoio matricial significa compartilhamento/colaboração, mesmo em situações em que sejam realizadas intervenções específicas do profissional do NASF-AB (BRASIL, 2014).

O apoio matricial está presente quando duas ou mais equipes trabalham em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada ampliando a capacidade de cuidado das equipes de referência. O NASF-AB insere-se no âmbito da APS para oferecer esse apoio, que inclui tanto ações com os profissionais das equipes como ações diretas com os usuários do serviço (BRASIL, 2014).

3.3.3.1 Trabalho Grupal

O trabalho em grupo ajuda no rompimento da relação vertical que existe entre profissional da saúde e usuários, propiciando a expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam a saúde (LACERDA *et al.*, 2013).

Os espaços criados na formação de grupos de cuidados ou grupos de escuta e acolhimento permitem a troca de informações e saberes entre profissionais e usuários, favorecendo a corresponsabilização entre usuários e serviços, consolidando assim cuidados mais efetivos e gestões mais democráticas do processo saúde-doença (AMARAL, 2016).

O trabalho grupal não deve ser pensado somente como forma de dar conta da demanda, mas sim como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes. (BRASIL, 2014, p. 67).

3.3.3.2 *Atendimento Domiciliar Compartilhado*

O atendimento domiciliar desenvolve atividades importantes como: a realização de ações educativas, orientação sobre autocuidado ao cliente ou ao seu cuidador, bem como a execução destes procedimentos pela equipe multiprofissional no domicílio do cliente. Dessa forma, o atendimento no domicílio compreende todas as ações, sejam elas educativas ou assistenciais, desenvolvidas pelos profissionais de saúde no domicílio do cliente, direcionadas a ele próprio e/ou a seus familiares (LACERDA *et al.*, 2008).

Os atendimentos domiciliares compartilhados realizados por profissionais da eAB e do NASF-AB seguem na maioria das vezes a mesma metodologia e sistemática da atenção domiciliar. No entanto, apresentam algumas peculiaridades típicas do apoio matricial. Entre elas, podemos ressaltar que os profissionais do NASF-AB não possuem vinculação direta/imediata com os usuários, sendo que o vínculo primário do usuário é formado com a eAB de referência e a qualidade desse vínculo determinará uma série de fatores essenciais ao êxito das intervenções propostas. (BRASIL, 2014).

3.3.3.3 *Atendimento Individual Compartilhado*

O atendimento individual compartilhado costuma ser a atividade mais frequente na rotina de trabalho de um profissional do NASF-AB no matriciamento às equipes apoiadas, tornando-se uma oportunidade desse profissional de conversar diretamente com o usuário ou sua família. Esse tipo de atendimento ajuda a fortalecer o vínculo de confiança do usuário com a equipe de Saúde da Família e com os profissionais do NASF-AB; facilita a comunicação e a coleta de dados por parte do apoiador; permite a pactuação de ações por meio de um mediador externo; possibilita ao apoiador contato com a realidade do paciente sem a necessidade de estabelecer uma nova conduta terapêutica (BRASIL, 2014).

3.3.3.4 *Projeto Terapêutico Singular (PTS)*

O PTS é um instrumento de apoio matricial que envolve um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade e tem como objetivo organizar o cuidado em saúde de forma compartilhada e pactuada entre esses mesmos atores, traçando uma estratégia de intervenção para o usuário. A equipe interdisciplinar é fundamental para a

elaboração pactuada e compartilhada do projeto terapêutico, através da troca de percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento na busca pela compreensão da situação ou problema em questão (HORI; NASCIMENTO, 2014).

As reuniões para construção de um PTS são fundamentais para o êxito do mesmo e exige a presença e colaboração de sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, a construção de um PTS pode ser sistematizada em quatro momentos: diagnóstico e análise, definição de ações e metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (BRASIL, 2014).

3.3.3.5 Clínica Ampliada

A clínica ampliada contribui nas intervenções realizadas em usuários e comunidade, a partir do reconhecimento dos profissionais que o processo saúde-doença é dinâmico, reforçando, assim, a necessidade de apoiar as pessoas para lidarem com suas dificuldades e limitações visando à produção do cuidado de maneira contextualizada (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2014).

A Clínica Ampliada se direciona aos profissionais de saúde que fazem clínica na sua prática de atenção aos usuários. Ampliar a clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários e possibilitar a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas com a equipe interdisciplinar e com os próprios usuários (BRASIL, 2009).

A clínica ampliada permite uma mudança positiva da atenção individual e coletiva na área da saúde, possibilitando que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais, ampliando a autonomia do usuário, família e da comunidade (HAFNER *et al.*, 2010).

3.4 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

No contexto da estratégia Saúde Mais Perto de Você, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria nº 1.654, em 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o intuito de promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde através de incentivo financeiro destinado às gestões municipais de saúde, condicionado à

pactuação de compromissos e avaliação de indicadores firmados entre as equipes de Atenção Básica, os gestores municipais e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

O programa foi organizado em quatro fases complementares que funcionam como um ciclo contínuo: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento (que nos dois últimos ciclos tornou-se uma etapa transversal); Avaliação Externa; eRecontratualização (BRASIL, 2011).

3.4.1 Objetivos do PMAQ-AB

O principal objetivo do Programa é garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2013).

O PMAQ-AB se propõe a induzir e avaliar a qualidade da Atenção Básica como parte das redes prioritárias, bem como produzir condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade da atenção (CASOTTI *et al.*, 2014).

O PMAQ-AB tem como finalidade induzir mudanças tanto no modelo de atenção quanto de gestão, impactar na situação de saúde da população, promover o desenvolvimento dos trabalhadores e orientar os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

3.4.2 Segundo ciclo do PMAQ-AB

O segundo ciclo do PMAQ-AB possibilitou adesão universal das Equipes de Atenção Básica (Equipes Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica Parametrizada, Equipes de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2013).

Conforme descrito nas diretrizes do PMAQ-AB, todas as Equipes de Atenção Básica participantes do Programa deverão se organizar de maneira a assegurar os princípios da Atenção Básica, tais como a definição do território de atuação das UBS e da população adstrita por eAB (BRASIL, 2013).

3.4.3 Avaliação externa e certificação das equipes participantes do PMAQ-AB

A avaliação externa faz parte da terceira fase do PMAQ-AB, nessa fase foram coletadas informações em parceria com as instituições de ensino superior sobre as condições de acesso e qualidade dos NASF-AB participantes do programa,

para isso foi criado um instrumento contendo padrões de qualidade, princípios e diretrizes que norteiam a atuação do NASF-AB na APS (BRASIL, 2015).

Ao aderir ao PMAQ-AB o município passa a receber 20% do componente de qualidade do PAB variável por eAB. Quando é realizada a Avaliação Externa e concluída a certificação, esse percentual, a depender do desempenho alcançado por cada eAB, pode ser interrompido, no caso de desempenho insatisfatório, manter-se em 20% ou aumentar para 60%, chegando a 100%. A Certificação das equipes participantes depende da implantação e adequação aos padrões de qualidades exigidos pelo programa (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

A classificação das equipes participantes após avaliação externa foi realizada considerando o desempenho das equipes que fazem parte do mesmo estrato, as categorias de estratificação são: muito acima da média, acima da média, mediano ou abaixo da média e insatisfatório (ABREU *et al.*, 2018).

Das 1.813 equipes de NASF-AB participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB, tivemos a seguinte distribuição de acordo com o desempenho das referidas equipes: muito acima da média (285 equipes que representam 15,7%), acima da média (604-33,3%), mediano ou abaixo da média (884-48,8%), e desclassificado (40-2,2%) (BRASIL, 2015).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se um estudo ecológico, transversal com abordagem avaliativa. Os estudos ecológicos permitem a comparação da ocorrência de doenças/condições relacionadas à saúde e a exposição de interesses entre um grupo de pessoas ou agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo) para verificar a associação entre elas. Nesse tipo de estudo a unidade de análise é o grupo populacional ao invés de indivíduos (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Conforme Hartz (1997, p. 31), a avaliação normativa consiste em “[...] fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos.”

Nesse estudo, será realizada a avaliação do processo de trabalho compartilhado entre NASF-AB e eAB baseando-se em critérios e normas. Segundo Hartz (1997, p. 35) “[...] esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados”.

Ainda segundo Hartz (1997), a pesquisa avaliativa realiza um julgamento expost de uma intervenção usando métodos científicos, relacionando essa intervenção com o contexto no qual ela se situa, objetivando auxiliar na tomada de decisões.

4.2 Participantes

Participaram do estudo as 1.813 equipes de NASF-AB e 17.157 eAB que receberam apoio do NASF-AB e aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB no período de 2013/2014 situadas em 5.077 municípios que foram submetidos à avaliação externa do programa.

4.3 Variáveis e indicadores

Foram selecionadas do banco de dados do PMAQ-AB variáveis correspondentes ao estudo, almejando-se informações dos profissionais do próprio NASF-AB e dos profissionais da Atenção Básica que são apoiados pelo NASF-AB.

As variáveis se referem à adequação da composição das equipes às necessidades do território ao acesso das equipes ao NASF-AB à articulação das ações de apoio técnico-pedagógico e clínico assistencial; ao planejamento das ações do NASF-AB; à organização da agenda à organização do apoio matricial às eAB à gestão da demanda e da atenção compartilhada; e ao registro de atividades.

Os indicadores do estudo foram construídos a partir das variáveis selecionadas, considerando-se vinte e dois indicadores do processo de trabalho compartilhado entre NASF-AB e eAB (Quadro 1).

4.4 Fontes de Dados

Foram utilizados os dados da avaliação externa do PMAQ-AB, realizada no segundo ciclo do PMAQ-AB, no período de dezembro de 2013 a março de 2014, pelo DAB/MS em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior em todo país.

Para a presente pesquisa, foram utilizados dois instrumentos para avaliar o trabalho compartilhado do NASF-AB com as eAB, ambos do segundo ciclo do PMAQ-AB: **módulo II**, referente à entrevista com o profissional da eAB, que recebe apoio do NASF-AB; e **módulo IV**, referente à entrevista com os profissionais do NASF-AB sobre o processo de trabalho do próprio NASF-AB e verificação de documentos da Unidade Básica de Saúde.

Os dados foram coletados em formulários eletrônicos disponibilizados em *tablets*, com envio automatizado ao servidor central do MS. A análise de consistência do banco de dados ficou a cargo de cada uma das instituições que lideraram a coleta de dados, sob a coordenação do Departamento de Atenção Básica.

Quadro 1 - Indicadores do estudo.

INDICADORES	DESCRIÇÃO	AÇÕES DE MATRICIAMENTO	CÓDIGO (Mod_ IV)	CÓDIGO (Mod_ II)
% de NASF que realiza planejamento integrado com as Eab	% de NASF que responderam SIM	Planejamento	iv_7_7	niii_33_5
% de NASF que realiza, com as eAB, a atividade: discussão sobre o processo de trabalho da eAB e também do próprio apoio do NASF à equipe	% de NASF que responderam SIM	Planejamento	iv_9_4_8	niii_33_17_13
% de NASF que pactuam o cronograma/agenda de atendimentos com as eAB	% de NASF que responderam SIM	Acesso	iv_8_1	Não
% de NASF que disponibiliza o cronograma/agenda de atendimentos para as Eab	% de NASF que responderam SIM	Acesso	iv_8_2	niii_33_11
% de equipes que considera a carga horária disponível dos profissionais do NASF à sua equipe suficiente	% de equipes que responderam SUFICIENTE / MUITO SUFICIENTE	Acesso		niii_33_7
% de NASF que realiza, com as eAB, a atividade: definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional	% de NASF que responderam SIM	Acesso	iv_9_4_11	niii_33_17_12
% de equipes que definiram critérios e pactuaram formas de acionar o apoio do NASF em situações imprevistas ou diante de situações imprevistas, o NASF desenvolve ações não programadas?	% de equipes que responderam SEMPRE	Acesso	iv_8_3	niii_33_16
% de NASF que organiza atividades/encontros com as eAB com periodicidade definida (qualquer periodicidade)	% de NASF que responderam SIM para qualquer periodicidade (diária, semanal, quinzenal ou mensal)	Acesso	iv_9_3	niii_33_13_1 a niii_33_13_4
% de equipes que sempre tiveram suas solicitações de apoio atendidas em tempo adequado pelo NASF	% de equipes que responderam SEMPRE	Acesso	Não	niii_33_10
% de NASF que realiza, com as eAB, a atividade:	% de NASF que	Consulta	iv_9_4_2	niii_33_17_1

consultas compartilhadas	responderam SIM	compartilhada		
% de NASF que realiza, com as eAB, a atividade: Educação permanente	% de NASF que responderam SIM	Educação permanente	iv_9_4_7	niii_33_17_10
% de NASF que realiza, com as eAB, a atividade: “Discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores” ou “Discussão de casos que poderão gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção” e “Construção conjunta com os profissionais da eAB de projetos terapêuticos”	% de NASF que responderam SIM para pelo menos uma das perguntas	Discussão de casos	(iv_9_4_3 ou iv_9_4_4) E iv_9_4_5	niii_33_17_7
% de NASF que realiza, com as eAB, a atividade: Organização de intervenções no território	% de NASF que responderam SIM	Atividade comunitária	iv_9_4_9	niii_33_17_6
% de NASF que realiza, com as eAB, a atividade: visita domiciliar compartilhada	% de NASF que responderam SIM	Visita domiciliar	iv_9_4_10	niii_33_17_5
% de NASF que realiza, com as eAB, a atividade: monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada	% de NASF que responderam SIM	Monitoramento e avaliação	iv_9_4_12	niii_33_17_12
% de NASF que participam do monitoramento dos PTS construídos em conjunto com as eAB, com documento que comprove.	No questionário existem duas opções de resposta: sim ou não.	Monitoramento e avaliação	iv_9_5 e iv_9_5_1	Não
% de NASF que monitora as solicitações de apoio das equipes, identificando as demandas mais frequentes e o percentual de atendimento da demanda observada, com documento que comprove.	Existem três opções de resposta no questionário: sim, não e algumas vezes.	Monitoramento e avaliação	iv_10_1 e iv_10_1_1	Não
% de NASF que avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas por meio de indicadores/sinalizadores	% de NASF que respondeu SIM	Monitoramento e avaliação	iv_10_2_1 a iv_10_2_6	Não

Fonte: PMAQ, 2014.

Legenda: PTS-Projeto Terapêutico Singular. NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família. eAB: equipes de Atenção Básica.

4.5 Análise de dados

Todas as análises estatísticas foram feitas no pacote STATA (*Statacorp* LLC) versão 14.0. Também foi utilizado o software EXCEL para auxiliar na produção de gráficos e tabelas. As características da “corresponsabilização” entre NASF-AB e eAB foram avaliadas de acordo macrorregião geográfica (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul).

Foram avaliadas oito ações de matriciamento compartilhadas entre as equipes de NASF-AB e as eAB, conforme modelo teórico (Figura 1). Para cada ação foram atribuídos 10 pontos distribuídos de acordo com o número de indicadores de cada uma. A pontuação máxima para as equipes que executaram todas as ações de matriciamento foi de 80 pontos contabilizados da seguinte forma: 1) **ações de monitoramento e avaliação** possuíam 4 indicadores para as equipes de NASF-AB cada um valendo 2,5 pontos e para as eAB possuía 1 indicador valendo 10 pontos; 2) **ações que facilitavam o acesso** das eAB ao apoio do NASF-AB, com 4 indicadores, cada um valendo 2,5 pontos e essas mesmas ações executadas pelas eAB possuíam 5 indicadores cada um valendo 2 pontos; 3) **ações de planejamento** possuem 2 indicadores cada um valendo 5 pontos para as equipes de eAB e as equipes de NASF-AB; 4) **discussão de casos**, com 1 indicador valendo 10 pontos para as equipes de eAB e as equipes de NASF-AB; 5) **consulta compartilhada**, com 1 indicador valendo 10 pontos para as equipes de eAB e as equipes de NASF-AB; 6) **visita domiciliar**, com 1 indicador valendo 10 pontos para as equipes de eAB e as equipes de NASF-AB; 7) **atividade comunitária**, com 1 indicador valendo 10 pontos para as equipes de eAB e as equipes de NASF-AB; e 8) **educação permanente**, com 1 indicador valendo 10 pontos para as equipes de eAB e as equipes de NASF-AB. As regiões e unidades da federação que atingir a pontuação máxima em seis ou mais ações de matriciamento, representando uma proporção de adequação geral igual ou maior que 75% foram consideradas adequadas no processo de corresponsabilização.

4.6 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi realizada com dados secundários, coletados e utilizados somente para o que se refere aos objetivos da mesma, sendo as informações apresentadas de forma coletiva, sem qualquer prejuízo para as pessoas envolvidas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, em 10 de maio de 2012 (Ofício Nº 38/12) – (Anexo A).

5 RESULTADOS

Entre as ações de matriciamento, 85,03% das eAB realizavam planejamento integrado com as equipes de NASF-AB e 83,09% das eAB informam conhecer o cronograma/agenda de atendimentos disponibilizados pelo NASF-AB. Registrou-se ainda que 69,30% das eAB pactuavam com o NASF-AB ações de apoio sobre processo de trabalho. A região com menor percentual foi a Norte (55,27%) e de maior percentual foi a Sudeste (73,18%). A carga horária disponibilizada pelos profissionais do NASF-AB às eAB de referência foi considerada suficiente para 46,20% das eAB, sendo que na região Sudeste esse percentual foi de 41,05%. A definição de critérios de acesso entre NASF-AB e eAB foi verificada em 59,81% das equipes, sendo que a região Norte teve o menor percentual para esse item (42,83%). Em situações imprevistas, o percentual de equipes que faziam essa pactuação foi de 72,04%. Encontros periódicos entre NASF-AB e eAB foram referidos por 78,12% das eAB. O atendimento às solicitações de apoio em tempo oportuno foi referido por 43,21% das eAB. Outras atividades importantes ao apoio matricial, compartilhadas entre NASF-AB e eAB apresentaram os seguintes percentuais: consultas compartilhadas (63,07%), ações de educação permanente (68,92%), discussão de casos clínicos e construção de PTS (69,17%), intervenções no território (67,40%), visitas domiciliares (86,40%), e monitoramento e avaliação (59,81%) (Tabela 1).

Do total de equipes de NASF-AB entrevistadas, 83,71% relatam realizar planejamento integrado com as eAB e 92,62% dos NASF-AB pactuavam cronograma/agenda com as equipes apoiadas. Corroborando a informação acima, 94,63% das equipes de NASF-AB afirmam que disponibilizam cronograma/agenda para as equipes apoiadas. A realização de ações não programadas em situações imprevistas foi referida por, 57,50% dos NASF-AB. Quando questionados sobre a periodicidade de encontros entre o NASF-AB e as equipes apoiadas, 86,16% das equipes de NASF-AB relataram terem encontros. Considerando as demais ações de matriciamento realizadas pelo NASF-AB com as eAB, temos os seguintes percentuais: discussões sobre o Processo de trabalho (85,54%), definição de critérios de acesso (79,91%), consulta compartilhada (83,54%), educação permanente (77,79%), discussão de casos e construção de projetos terapêuticos

(71,70%), intervenções no território (86,47%), visitas domiciliares (92,78%), monitoramento e avaliação (62,01%), monitoramento dos PTS (44,53%), monitoramento das solicitações de apoio (36,92%), avaliação do impacto/resultado de suas ações (80,67%) (Tabela 2).

Tabela 1 - Características das equipes de Atenção Básica apoiadas pelo NASF-AB que foram avaliadas. Brasil, 2014.

Atividades interdisciplinares	Brasil		N		NE		SE		S		CO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
% de equipes que realizam planejamento integrado com as equipes de NASF	13.727	85,0	689	74,6	6.063	85,5	4.511	87,4	1.602	83,1	862	82,3
% de equipes que pactuam com o NASF ações de apoio sobre o processo de trabalho na AB	11.889	69,3	551	55,2	5.111	68,8	4.080	73,1	1.474	71,2	673	61,4
% de equipes que conhecem o cronograma/agenda de atendimentos disponibilizados pelo NASF	14.256	83,0	718	72,0	6.126	82,5	4.892	87,7	1.719	83,0	801	73,1
% de equipes que consideram a carga horária disponível dos profissionais do NASF à sua equipe suficiente	7.926	46,2	501	50,2	3.878	52,2	2.137	38,3	849	41,0	561	51,2
% de equipes que realizam com o NASF definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional	10.261	59,8	427	42,8	4.215	56,8	3.846	68,9	1.204	58,1	569	51,9
% de equipes que definiram critérios e pactuaram formas de acionar o apoio do NASF em situações imprevistas	12.031	72,0	602	63,2	5.179	71,8	4.162	75,7	1.417	69,9	671	64,6
% de equipes que organizam atividades/encontros com as equipes do NASF com periodicidade definida (qualquer periodicidade)	13.403	78,1	672	67,4	5.513	74,3	4.887	87,6	1.553	75,0	778	71,0
% de equipes que sempre tiveram suas solicitações de apoio atendidas em tempo adequado pelo NASF	7.414	43,2	451	45,2	3.491	47,0	2.149	38,5	779	37,6	544	49,6
% de equipes que realizam com o NASF consultas compartilhadas	10.821	63,0	527	52,8	4.336	58,4	4.101	73,5	1.209	58,4	648	59,1
% de equipes que realizam com o NASF ações de	11.824	68,9	542	54,3	5.051	68,0	4.107	73,6	1.405	67,8	719	65,6

educação permanente													
% de equipes que realizam com o NASF discussão de casos clínicos e construção de projetos terapêuticos singulares	11.867	69,1	503	50,4	4.517	60,8	4.649	83,3	1.514	73,1	684	62,4	
% de equipes que realizam com o NASF organização de intervenções no território em conjunto	11.563	67,4	577	57,8	5.073	68,3	3.977	71,3	1.319	63,7	617	56,3	
% de equipes que realizam com o NASF visitas domiciliares	14.900	86,8	800	80,2	6.244	84,1	5.174	92,8	1.851	89,4	891	75,8	
% de equipes que realizam com o NASF monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada	10.261	59,8	427	42,8	4.215	56,8	3.846	68,9	1.204	58,1	569	51,9	

Fonte: PMAQ, 2014.

Legenda: PTS-Projeto Terapêutico Singular. NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família. eAB: equipes de Atenção Básica.

Tabela 2 - Características das equipes do NASF-AB avaliadas. Brasil, 2014.

Atividades interdisciplinares	Brasil		N		NE		SE		S		CO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
% de NASF que realiza planejamento integrado com as equipes de AB	1.485	83,7	88	69,8	693	84,4	454	87,1	155	82,0	95	81,2
% de NASF que realiza com as equipes apoiadas discussões sobre o processo de trabalho da eAB e também do próprio apoio do NASF à equipe	1.482	83,5	94	74,6	688	83,8	452	86,7	150	79,3	98	83,7
% de NASF que pactuam o cronograma/agenda de atendimentos com as equipes apoiadas	1.643	92,6	107	84,9	762	92,8	499	95,7	168	88,8	107	91,4
% de NASF que disponibiliza o cronograma/agenda de atendimentos para as equipes apoiadas	1.684	94,9	116	92,0	781	95,1	505	96,9	181	95,7	101	86,3
% de NASF que realiza com as equipes apoiadas definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional	1.414	79,7	80	63,4	669	81,4	437	83,8	147	77,7	81	69,2
% de NASF que SEMPRE desenvolvem ações não programadas em situações imprevistas	1.020	57,5	82	65,0	441	53,7	313	60,0	115	60,8	69	58,9
% de NASF que organiza atividades/encontros com as equipes apoiadas com periodicidade definida (qualquer periodicidade)	1.529	86,1	90	71,4	698	85,0	482	92,5	157	83,0	102	87,1
% de NASF que realiza consulta compartilhada com as equipes apoiadas	1.482	83,5	95	75,4	699	85,1	445	85,4	153	80,9	90	76,9

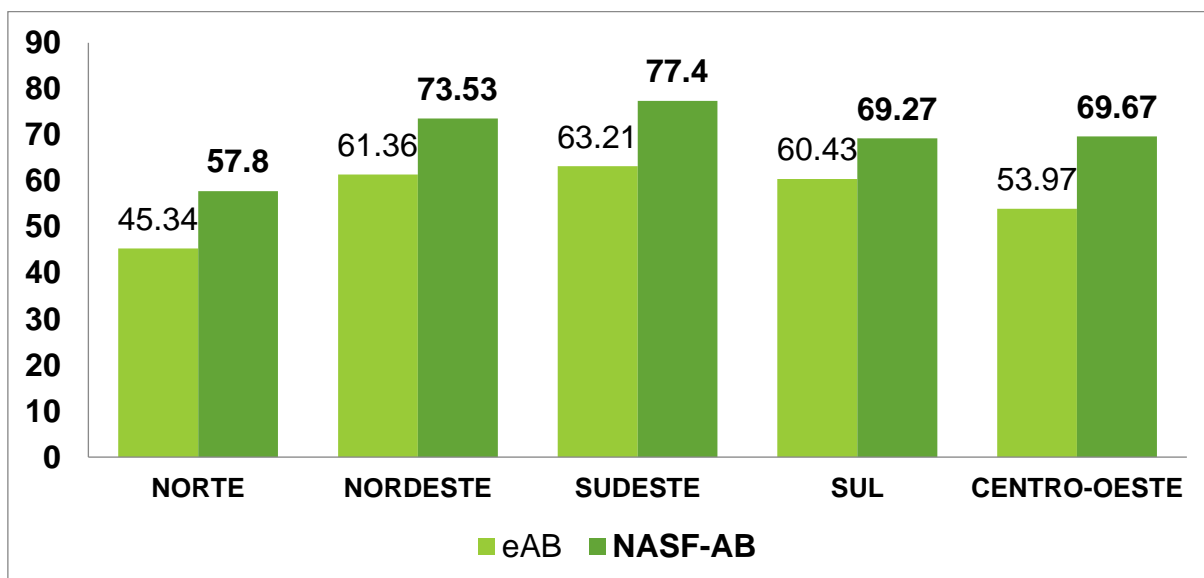
% de NASF que realiza educação permanente com as equipes apoiadas	1.380	77,7	85	67,4	633	77,1	422	81,0	148	78,3	92	78,6
% de NASF que realiza com as equipes apoiadas discussão de casos e construção de projetos terapêuticos	1.272	71,7	77	61,1	535	65,1	443	85,0	134	70,9	83	70,9
% de NASF que realiza organização de intervenções no território com as equipes apoiadas	1.534	86,4	96	76,1	718	87,4	462	88,6	159	84,1	99	84,6
% de NASF que realiza visitas domiciliares com os profissionais das equipes apoiadas	1.646	92,7	110	87,3	768	93,5	485	93,0	177	93,6	106	90,6
% de NASF que realiza monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada com as equipes apoiadas	1.100	62,0	64	50,7	509	62,0	364	69,8	101	53,4	62	52,9
% de NASF que participam do monitoramento dos PTS construídos em conjunto com as eAB, com documento que comprove.	790	44,5	37	29,3	304	37,0	310	59,5	94	49,7	45	38,4
% de NASF que monitora as solicitações de apoio das equipes, identificando as demandas mais frequentes e a % de atendimento da demanda observada, com documento que comprove.	655	36,9	31	24,6	305	37,1	218	41,8	62	32,8	39	33,3
% de NASF que avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas por meio de indicadores/sinalizadores	1.431	80,6	93	73,8	669	81,4	439	84,2	143	75,6	87	74,3

Fonte: PMAQ, 2014. Legenda: PTS-Projeto Terapêutico Singular. NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família. eAB: equipes de Atenção Básica.

Nenhuma Região foi considerada adequada para o processo de Corresponsabilização das eAB apoiadas pelo NASF-AB ($\geq 75\%$ dos indicadores de cada ação). A região Sudeste obteve os melhores resultados para as ações de matriciamento, atingindo índice de adequação geral de 59,91%, a região Norte por sua vez teve o pior desempenho com índice de adequação geral de 35,01%. O resultado foi similar para o processo de Corresponsabilização das equipes de NASF-AB entrevistadas, sendo que nenhuma região conseguiu atingir o índice de adequação geral. A região Sudeste obteve os melhores resultados para as ações de matriciamento, atingindo índice de adequação geral de 74,20%. A região Norte teve o pior desempenho com índice de adequação geral de 51,13%.

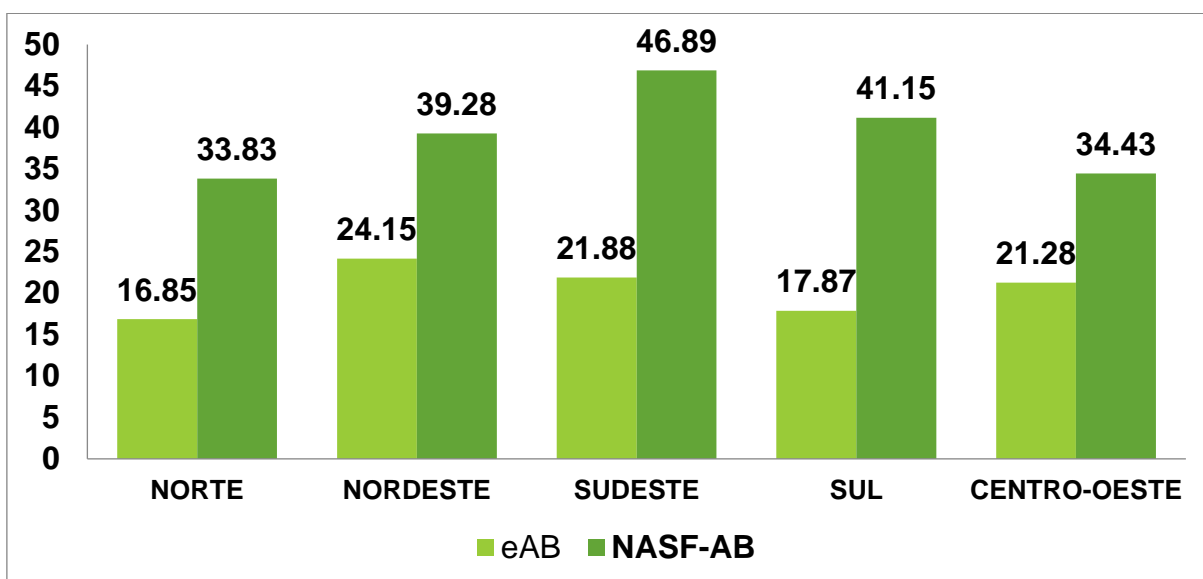
Apenas a Região Sudeste (77,4%) conseguiu atingir o índice de adequação geral para as ações de planejamento realizadas pelas equipes de NASF-AB, na avaliação das eAB nenhuma região atingiu o referido índice, sendo que o pior desempenho foi da região Norte (45,34%) (figura2).

Figura2- Proporção de equipes com adequação aos indicadores de planejamento, Brasil, 2014.



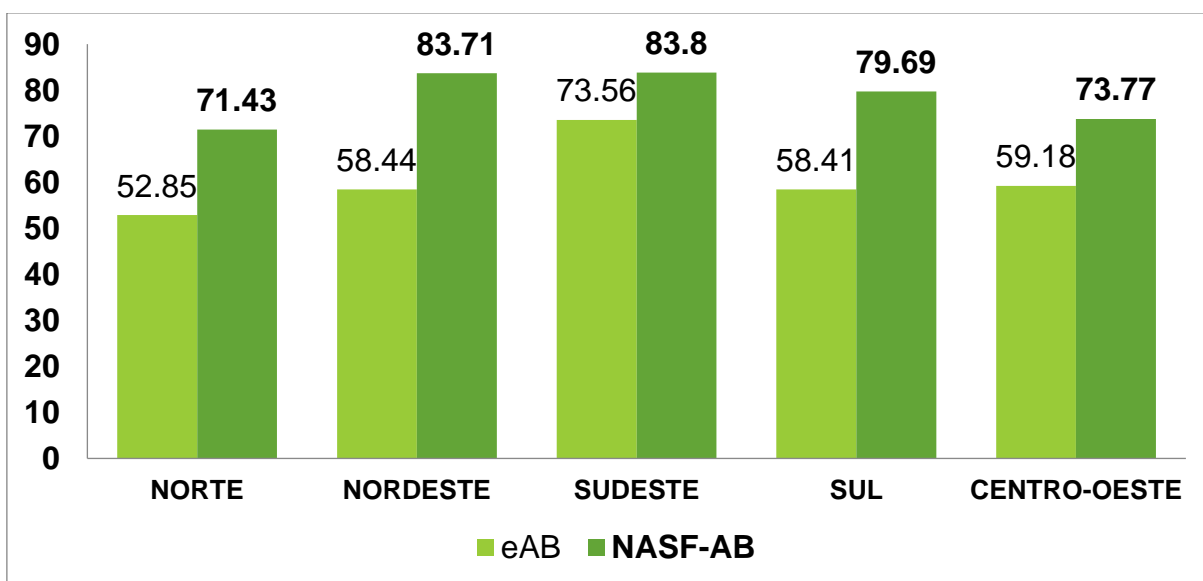
Nenhuma região atingiu o índice de adequação geral para as ações de acesso, sendo que essa ação foi a de menor desempenho das eAB. A região Norte apresentou o pior desempenho para ambas as equipes avaliadas, a região Nordeste apresentou o melhor desempenho (24,15%) para as eAB e a região Sudeste teve o melhor desempenho (46,89%) para as equipes de NASF-AB (figura3).

Figura3 - Proporção de equipes com adequação aos indicadores de acesso, Brasil, 2014.



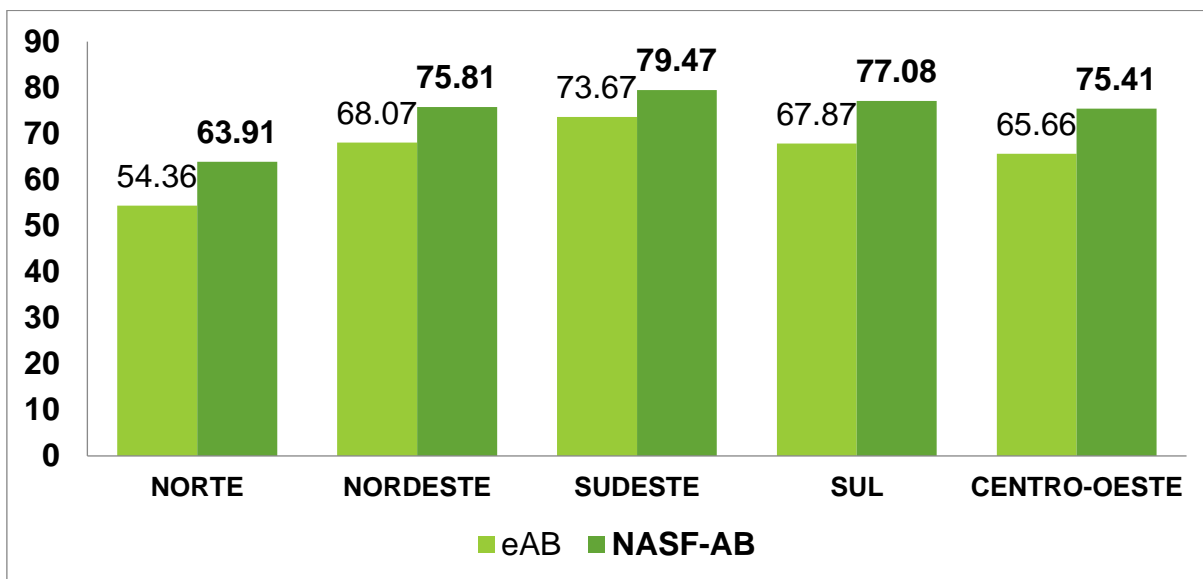
Na ação de consulta compartilhada a maioria das regiões alcançaram o índice de adequação geral para as equipes de NASF-AB avaliadas, com exceção das regiões Norte (71,43%) e Centro-oeste (73,77%). Já na avaliação das eAB nenhuma região atingiu o referido índice, a região Norte teve o menor desempenho (52,85%) (figura4).

Figura4-Proporção de equipes com adequação ao indicador de consulta compartilhada, Brasil, 2014.



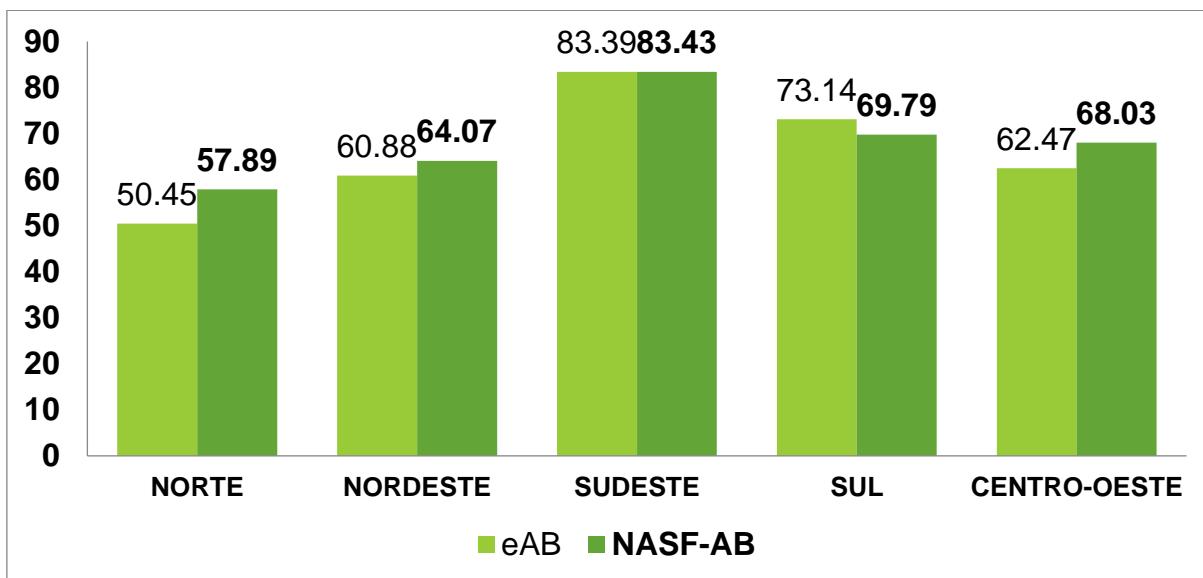
Na ação de Educação Permanente a maioria das regiões alcançaram o índice de adequação geral para as equipes de NASF-AB avaliadas, com exceção da região Norte (63,91%). Já na avaliação das eAB nenhuma região atingiu o referido índice, a região Norte teve o menor desempenho (54,36%) (figura 5).

Figura5 - Proporção de equipes com adequação ao indicador de educação permanente, Brasil, 2014.



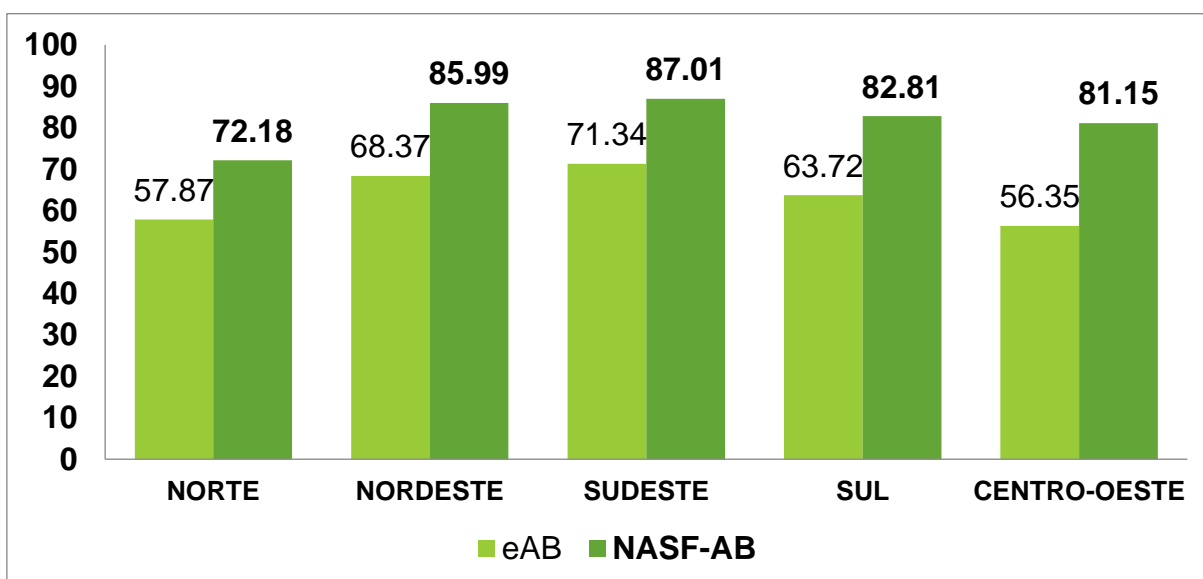
Na ação de discussão de casos, a região Sudeste foi a única que atingiu o índice de adequação geral tanto para as eAB (83,93%) quanto para as equipes de NASF-AB (83,43%), nenhuma outra região do país alcançou o referido índice. A região Norte também teve o pior desempenho para essa ação (figura6).

Figura6- Proporção de equipes com adequação ao indicador de Discussão de Casos, Brasil, 2014.



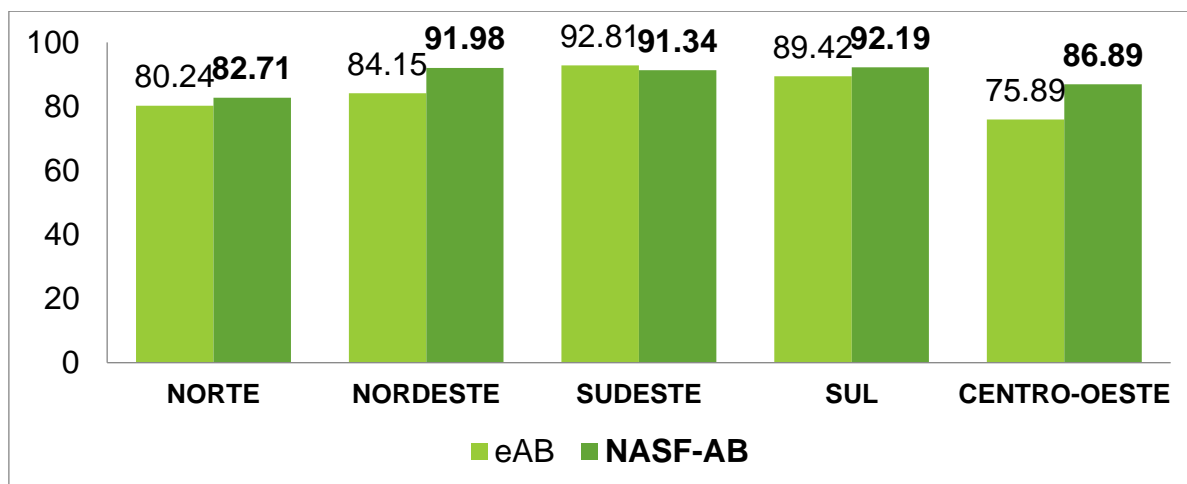
Na ação de atividade comunitária a maioria das regiões alcançaram o índice de adequação geral para as equipes de NASF-AB avaliadas, com exceção da região Norte (72,18%). Já na avaliação das eAB nenhuma região atingiu o referido índice, a região Norte também teve o menor desempenho (57,87%) (figura7).

Figura7- Proporção de equipes com adequação ao indicador de atividade comunitária, Brasil, 2014.



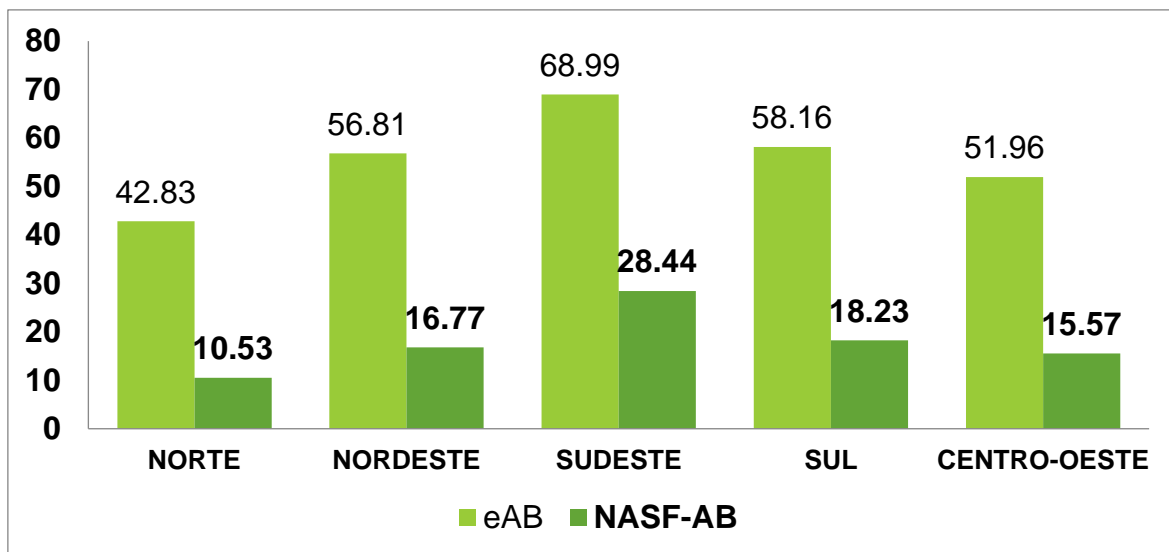
Todas as equipes avaliadas atingiram o índice de adequação geral para a ação de visita domiciliar, sendo o melhor desempenho para ambas as equipes (figura8).

Figura8 –Proporção de equipes com adequação ao indicador de visita domiciliar, Brasil, 2014.



Nenhuma região atingiu o índice de adequação geral para as ações de monitoramento e avaliação, sendo que essa ação foi a de pior desempenho para as equipes de NASF-AB. região Norte apresentou o pior desempenho para ambas as equipes avaliadas, a região Sudeste apresentou o melhor desempenho (68,99%) para as eAB e para as equipes de NASF-AB (28,44%) (figura9).

Figura9 - Proporção de equipes com adequação aos indicadores de monitoramento e avaliação, Brasil, 2014.



6 DISCUSSÃO

As ações avaliadas neste estudo constituem os pilares do processo de corresponsabilização na APS. Diante dos resultados obtidos, verificou-se que as equipes do NASF-AB e as eAB não estão realizando suas atividades interdisciplinares de acordo com o preconizado pelo referencial teórico do matriciamento.

Os resultados demonstram algumas divergências entre as eAB e as equipes do NASF-AB entrevistadas na avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB quando aplicamos o score proposto na metodologia do estudo.

No âmbito do planejamento de ações conjuntas nenhuma região atingiu o índice de adequação quando a entrevista foi direcionada às eAB. No entanto, quando se considera apenas os dados das equipes do NASF-AB, a Região Sudeste atingiu o índice de adequação.

O planejamento entre eAB e NASF-AB ainda permanece pouco integrado e sem colaboração efetiva entre os profissionais, situação agravada pelas metas de produção das referidas equipes (MATUDA *et al.*, 2015). Apesar de as diretrizes que norteiam o matriciamento preconizarem o trabalho compartilhado, os dados refletem um déficit no planejamento integrado das equipes (SILVA *et al.*, 2017).

Podemos constatar que a proposta do NASF-AB necessita de uma readequação, evitando a desarticulação e fragmentação entre a equipe matricial e as equipes de referência, de modo a fortalecer a reorientação de práticas (SOUZA; MEDINA, 2018). O planejamento das ações em saúde possibilita traçar estratégias para solucionar situações problemáticas, e constitui uma etapa fundamental para formulação e implementação de políticas de saúde (FURTADO *et al.*, 2018). O distanciamento das equipes de saúde da discussão sobre o processo de trabalho dificulta o entendimento sobre as políticas e programas de saúde implantados, não contribuindo para a corresponsabilização dos resultados esperados (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018). O planejamento conjunto em espaços coletivos permite a análise e a tomada de decisão coletiva, fortalecendo a cogestão entre as equipes interdisciplinares, e organizando o trabalho compartilhado e colaborativo (PANIZZI *et al.*, 2017).

Outro dado que merece atenção é que nenhuma região atingiu o índice de adequação geral nas ações de matriciamento realizadas no **Acesso** das eAB ao NASF-AB em ambas as equipes avaliadas. Alguns indicadores do matriciamento no

acesso apresentaram baixos percentuais na avaliação contribuindo para que nenhuma região alcançasse o índice de adequação, entre eles: carga horária disponível dos profissionais do NASF-AB para as eAB, pactuação de critérios de acesso, fluxos e atribuições dos profissionais entre as equipes interdisciplinares, solicitações de apoio atendidas em tempo adequado e o desenvolvimento de ações não programadas em situações imprevistas. Os fluxos de acesso das eAB ao NASF-AB são na sua maioria construídos de forma aleatória, subjetiva e discutidos de forma incipiente entre as equipes interdisciplinares, evidenciando um trabalho desarticulado entre as mesmas. As equipes relatam a necessidade de reuniões constantes para construção e pactuação de critérios e fluxos mais objetivos e sistemáticos (NASCIMENTO e CORDEIRO, 2019). Existe um distanciamento entre NASF-AB e eAB principalmente quando os profissionais de ambas as equipes preferem atuar nos seus núcleos de saberes específicos, favorecendo a hierarquização, o especialismo e a fragmentação do cuidado (CASTRO; NIGRO; CAMPOS, 2018).

O NASF-AB não é considerado porta de entrada do sistema de saúde, devendo atuar de forma integrada, pactuada e compartilhada com as eAB (GONÇALVES *et al.*, 2015). Entretanto, apesar de o NASF-AB não ser considerado um serviço de porta de entrada, isso não significa a realização de um trabalho integrado e condizente com a proposta da APS e sim uma tentativa de evitar que o NASF-AB torne-se um ambulatório de especialidades para a imensa demanda de atendimento individual (BELOTTI; IGLESIAS; AVELLAR, 2019).

Houve grande divergência no resultado da ação de matriciamento denominada de **consulta compartilhada** entre as equipes avaliadas. Na entrevista voltada aos profissionais do NASF-AB o resultado foi melhor com alcance do índice de adequação por três regiões (NE, SE e S). No entanto, na entrevista direcionada às eAB, nenhuma região atingiu o índice de adequação para a referida ação. A maioria dos estudos demonstram que há ineficiência nos itinerários terapêuticos compartilhados entre NASF-AB e eAB, fato evidenciado pelo grande número de atendimentos individuais sem corresponsabilização sob demanda patológica (MAFFISSONI *et al.*, 2019). O próprio processo de formação específica dos profissionais das eAB e do NASF-AB nem sempre dá ênfase à importância do trabalho interdisciplinar colaborativo ou suporte a essas práticas compartilhadas entre equipes (BROCARDI *et al.*, 2018).

Os profissionais das eAB ainda priorizam o atendimento individual e um projeto terapêutico protocolar. No entanto, as portarias ministeriais preconizam que o trabalho entre NASF-AB e eAB seja compartilhado e interdisciplinar (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017). A proposta de trabalho compartilhado do NASF-AB tem encontrado resistência de algumas eAB, isso reflete a dificuldade e distanciamento das mesmas na realização do trabalho interdisciplinar exigido pelo matriciamento. Isso reforça que as eAB estão habituadas a práticas assistenciais, curativas e individuais (ACIOLE; OLIVEIRA, 2017).

Os resultados dos indicadores de matriciamento para as atividades de **educação permanente** também foram divergentes entre as equipes avaliadas. Na avaliação das eAB nenhuma região atingiu o índice de adequação geral, enquanto nas equipes de NASF-AB quatro regiões (NE, SE, S e CO) atingiram o referido índice. Ainda é ineficiente o investimento na educação permanente e qualificação referente ao processo de trabalho das equipes, tanto nos aspectos assistenciais quanto no uso de dispositivos como o matriciamento, dificultando assim a integração entre as equipes de NASF-AB e as eAB (BROCARD *et al.*, 2018). Os profissionais do NASF-AB e das eAB relatam que as atividades de educação permanente desenvolvidas são escassas, sendo desenvolvidas de maneira verticalizada e tradicional por meio de capacitações e treinamentos que não refletem a real necessidade do serviço, além disso os profissionais do NASF-AB não se sentem preparados para atuar na dimensão pedagógica (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

A Educação Permanente permite problematizar o processo de trabalho, possibilitando a integração de todos os profissionais envolvidos, permitindo a troca de “saberes” entre os mesmos, facilitando assim o alcance de objetivos e metas pelas equipes interdisciplinares de forma mais crítica, ativa e eficiente (SAMPAIO *et al.*, 2014). A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia que permite que os profissionais de saúde reflitam sobre sua prática de atuação e observem se suas intervenções estão realmente direcionadas ao cuidado integral e as necessidades da comunidade (LEITE; ROCHA, 2017). É fundamental que a gestão de modo geral fortaleça e estimule a criação de espaços de educação permanente e que os mesmos possam se configurar como ambientes de formação dos profissionais do NASF-AB, principalmente no tocante à dimensão técnico-pedagógica, pouco presente nas formações acadêmicas (MELO *et al.*, 2018).

Em relação à ação de matriciamento conhecida como **discussão de casos** os resultados foram similares para as equipes de NASF-AB e para as eAB avaliadas. Apenas a região Sudeste alcançou o índice de adequação geral para ambas as equipes. A discussão de casos nem sempre é realizada no processo de trabalho das equipes avaliadas, pois um número expressivo de eAB não utilizam do compartilhamento do cuidado e sim da transferência do mesmo para o NASF-AB como forma de diminuir a pressão assistencial através da oferta de atendimentos especializados (SILVA *et al.*, 2017).

A discussão de casos é um dos pilares do matriciamento realizado pelo NASF-AB, deve ser realizada através de uma abordagem interdisciplinar e compartilhada entre os profissionais envolvidos no processo de trabalho, usando ferramentas como a formulação de projetos terapêuticos (HIRDES, 2018). A discussão de casos entre as equipes interdisciplinares da APS é uma importante ferramenta para melhorar o diálogo e potencializar a coordenação da informação (SOUSA *et al.*, 2017).

Nas ações de **atividade comunitária** nenhuma região atingiu o índice de adequação geral para as eAB avaliadas, enquanto para as equipes de NASF-AB avaliadas quatro regiões (NE, SE, S e CO) atingiram o referido índice. É fundamental que as equipes de NASF-AB conheçam as especificidades locais da sua área de abrangência e que promovam ações de acordo com as necessidades do território sob responsabilidade das suas equipes de referência (SEUS *et al.*, 2019). Os profissionais do NASF-AB devem articular os serviços de saúde e sociais existentes no território. Devem conhecer a realidade socioeconômica e epidemiológica das famílias residentes na área adstrita, favorecendo, dessa forma, a identificação do público prioritário para o atendimento e desenvolvimento das ações compartilhadas com as eAB (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Quanto maior o número territórios vinculados a uma equipe de NASF-AB maior será a fragilidade do vínculo dessa equipe com as equipes de eAB e principalmente com a comunidade, devido à menor disponibilidade dos profissionais para um mesmo território (ARAUJO NETO *et al.*, 2019). O trabalho compartilhado do NASF-AB junto às eAB nas atividades comunitárias propicia interação e trocas de informações superiores as estratégias formais de integração entre equipes (SOUSA *et al.*, 2017).

Todas as regiões atingiram o índice de adequação geral para as ações de matriciamento na **visita domiciliar** para ambas as equipes avaliadas. A visita domiciliar é uma ferramenta importante para garantir acesso aos serviços de saúde, permitindo conhecer a realidade do indivíduo e o meio em que vive, além disso atende aos princípios da equidade e universalidade do cuidado (PINHEIRO *et al.*, 2019). A visita domiciliar permite a aproximação entre os profissionais de saúde e as famílias, é um instrumento que identifica as necessidades de saúde da comunidade, diminuindo assim as iniquidades do acesso aos serviços de saúde (FRANCESCA *et al.*, 2018). Entre os objetivos de uma visita domiciliar, podemos destacar: o fortalecimento de vínculos, obter informações, realizar atendimentos, e conhecer a interação da família com a comunidade (XIMENES *et al.*, 2017).

Nenhuma região atingiu o índice de adequação geral para os indicadores de matriciamento nas ações de **monitoramento e avaliação** realizadas em ambas as equipes avaliadas. As ações de monitoramento e avaliação apresentaram os piores índices para as equipes do NASF-AB avaliadas, entre essas ações podemos destacar: percentual de NASF-AB que monitora as solicitações de apoio com documentação que comprove, que monitora PTS com documentação que comprove e que realiza monitoramento e avaliação com as eAB apoiadas. Existe fragilidade no monitoramento do plano terapêutico singular da atenção compartilhada e dos indicadores em saúde. É imprescindível que regiões com resultados insuficientes nos aspectos avaliados tenham um suporte diferenciado por parte do Ministério da Saúde para fortalecimento das ações de matriciamento (BROCARDI *et al.*, 2018). Além disso, a falta de análise da atenção compartilhada, principalmente em relação aos encaminhamentos equivocados recebidos pelo NASF-AB pode gerar uma sobrecarga aos profissionais que compõem o mesmo, dificultando a realização das ações voltadas ao matriciamento (LIMA *et al.*, 2019).

A fragilidade nas ações de monitoramento e avaliação evidencia a falta de sistematização do processo de trabalho das equipes de saúde e reforça a importância do planejamento estratégico para potencializar a resolubilidade da assistência prestada à população assistida (SILVA *et al.*, 2019). É fundamental a institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde, para subsidiar o planejamento do processo de trabalho das equipes e proporcionar intervenções de acordo com as prioridades do território (SANTOS *et al.*, 2016). A avaliação propicia uma reflexão para a gestão e equipes de saúde sobre a

eficiência de iniciativas que buscam amenizar o sofrimento e atender às diversas formas de demandas e necessidades das populações(FURTADO *et al.*, 2018).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados deste estudo nos permitem refletir sobre como ocorre a corresponsabilização na APS, bem como apontam possíveis fragilidades no matriciamento ofertado. O estudo demonstrou que, de modo geral, a corresponsabilização entre NASF-AB e eAB através das ações de matriciamento, não está adequada em nenhuma das regiões do país, evidenciando que os trabalhadores precisam ainda internalizar as peculiaridades do processo de trabalho entre a equipe matricial e os profissionais da equipe de referência.

Apesar de alguns resultados positivos, ainda permanecem insuficiências que comprometem a resolubilidade da assistência prestada na APS. São necessários investimentos na capacitação continuada das eAB e equipes de NASF-AB para aumentar a integração entre as mesmas utilizando-se do arcabouço do matriciamento fortalecimento a corresponsabilização no cuidado. Parece haver dificuldades em buscar apoio ou ter suas solicitações atendidas pelas equipes de NASF-AB.

A região Norte apresentou os piores percentuais para todos os indicadores da pesquisa, enquanto a região Sudeste teve os melhores resultados para a maioria dos indicadores

Espera-se que esse estudo possa estimular os gestores e profissionais da APS a buscarem estratégias para fortalecer o trabalho compartilhado entre as equipes e conseqüentemente beneficiar toda a rede de saúde, algumas regiões com resultados mais negativos nos indicadores avaliados merecem uma atenção diferenciada por parte do MS e dos respectivos governos estaduais e municipais.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. M. X. et al. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe, p. 67-80, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s105.
- ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Revista Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte (MG), v. 25, n. 2, p. 461-8, 2013.
- AMARAL, I. B. S. T. Promovendo um espaço para informação sobre a Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1173-81, 2016.
- ARAUJO NETO, J. D. et al. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 1-25, 2019. DOI: 10.1590/s0103-73312018280417.
- ACIOLE, G. G.; OLIVEIRA, D. K. S. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1090-101, 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711508
- ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-80, 2014.
- BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-56, 2015.
- BELOTTI, M.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Análise Documental sobre as Normativas do Trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, e185025, p. 1-14, 2019. DOI: 10.1590/1982-3703003185025.
- BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.117, p. 408-19, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811705.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. e00108116, 2017.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 1-20, 2018.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, n. 39, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436/2017. **Diário Oficial da União**, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica: **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006**, 2006.

BRASIL, **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Cadernos da Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, DF, n. 27, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1.654, de 19 de julho de 2011. **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Secretaria. D. E. Nota Metodológica da Certificação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2015.

BROCARDI, D. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 130-44, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s109.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações Interprofissionais entre Serviços Especializados e Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-81, 2016.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CASTRO, C. P.; NIGRO, D. S.; CAMPOS, G. W. S. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e trabalho interprofissional: a experiência do município de Campinas (SP). **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1113-34, 2018. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00143.

CASOTTI, E. et al. Atenção em saúde bucal no Brasil: reflexões a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. spe, p.140-57, 2014.

COSTA, S. M. et al. Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 33, p. 292-9, 2014.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-70, 2011.

DANTAS, N. F.; PASSOS, I. C. F. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 201-20, abr. 2018.

FREITAS, F. F.; CARVALHO, Y. M.; MENDES, V. M. Educação física e saúde: aproximações com a "Clínica Ampliada". **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 639-56, 2014.

FURTADO, J. P.; ODA, W. Y.; ONOCKO-CAMPOS, R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. e00087917, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00087917.

GONÇALVES, R. M. A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.

GUEVARA FRANCESA, G.; SOLÍS CORDERO, K. Visita domiciliar: unespacio para laadquisición y modificación de prácticasen salud. **EnfermeríaActual de Costa**

Rica, Costa Rica, v. 18, n. 34, 2017. DOI: 10.15517/revenf.v0i34.31772.

HAFNER, M. L. M. B. et al. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1715-24, 2010.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132p. ISBN 85-85676-36-1.

HIRDES, A. Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 656-68, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811809.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-71, 2014.

KLEIN, A. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. e00158815, 2017.

LACERDA, A. B. M. et al. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. **Audiology - Communication Research**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 85-92, 2013.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, 2008.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 374-89, 2012.

LEITE, L. S.; ROCHA, K. B. Permanent education in health: How and in which spaces it is performed in the perspective of healthcare professionals of Porto Alegre. **Estudos de Psicologia**, Campinas (SP), v. 22, n. 2, p. 203-13, 2017. DOI: 10.22491/1678-4669.20170021.

LIMA, R. S. A. et al. O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 25-31, 2019. DOI: 10.1590/1414-462x201900010454.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p.189-201, 2010.

MAFFISSONI, A. L. et al. Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 1012-23, 2019.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: Implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8. p. 2511-21, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015208.11652014.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas : o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 69-82, 2014.

MELO, E. A. et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, (spe1), p. 328-40, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s122.

MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-84, 2015.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5. p. 1565-72, 2016.

NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J. C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho. **Trabalho, Educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. e0019424, 2019.

PANIZZI, M. et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 155-70, mar. 2017.

PINHEIRO, J. V. et al. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1818, 2019. DOI: 10.5712/rbmf14(41)1818.

PENEDO, Rafaela Mossarelli; GONCALO, Camila da Silva; QUELUZ, Dagmar de Paula. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e170451, 2019.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 358-72, 2014.

SAMPAIO, J. et al. Contribuições do Pet-Saúde, Eixo Educação Permanente (EP) para os Processos de Trabalho do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso em João Pessoa. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa (PB), v. 18 (Sup1), p. 69-76, 2014. DOI: 10.4034/rbcs.2014.18.s1.12.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017.

SANTOS, G. R. D. et al. Avaliação do monitoramento rápido de coberturas vacinais na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 55-64, 2016. DOI: 10.5123/S1679-49742016000100006.

SEUS, T. L. C. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil: inquérito nacional PMAQ 2013*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 1-14, 2019. DOI: 10.5123/s1679-49742019000200009.

SHIMIZU, H. E.; FRAGELLI, T. B. O. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 40, n. 2, p. 216-25, 2016.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, 2016.

SILVA, I. C. B. et al. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família TT. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.

SILVA, I. C. B. et al. O processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. e0018009, 2019. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00180.

SOUSA, F. O. S. et al. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1075-89, dez. 2017.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42 (Supl 2), p. 145-58, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s210.

THIESEN, J. S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 39, p. 545-54, 2009.

XIMENES, V. M. et al. Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária e suas contribuições às metodologias participativas. **Revista Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora (MG), v. 11, n. 2, p. 4-13, 2017. DOI: 10.24879/2017001100200161.

ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 38/12

Pelotas, 10 de maio 2012.

Prof

Luiz Augusto Facchini

Projeto – *"Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de saúde – PMAQ – AB"*

Prezado Pesquisador;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMFEM/IEPEI

APÊNDICE A

Quadro 1- Descrição das variáveis: Corresponsabilização entre NASF e eAB

Variáveis do Módulo IV	PMAQ 2014
Planejamento das Ações do NASF	<p>O planejamento do NASF foi realizado de forma conjunta ou integrada ao planejamento das equipes AB?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
Organização da agenda	<p>O cronograma/agenda de atividades dos profissionais do NASF foi pactuado com as equipes apoiadas?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>A agenda dos profissionais do NASF contempla as seguintes atividades:</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas individuais do profissional do NASF;</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas compartilhadas com outros profissionais da equipe de AB e do NASF;</p> <p><input type="checkbox"/> Atendimentos domiciliares;</p> <p><input type="checkbox"/> Grupos terapêuticos;</p> <p><input type="checkbox"/> Atividades de educação em saúde;</p> <p><input type="checkbox"/> Atividades comunitárias;</p> <p><input type="checkbox"/> Ações de educação permanente;</p> <p><input type="checkbox"/> Discussão de casos;</p> <p><input type="checkbox"/> Outros.</p>
Organização do apoio matricial às EAB	<p>Com qual periodicidade o NASF realiza atividades/encontros com as equipes apoiadas?</p> <p><input type="checkbox"/> Diariamente;</p> <p><input type="checkbox"/> Semanal;</p> <p><input type="checkbox"/> Quinzenal;</p> <p><input type="checkbox"/> Mensal;</p> <p><input type="checkbox"/> Sem periodicidade definida;</p> <p><input type="checkbox"/> A periodicidade é diferente entre cada uma das equipes apoiadas.</p> <p>Quais atividades são realizadas nestes encontros entre a sua equipe e as equipes apoiadas?</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas individuais do profissional do NASF;</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas compartilhadas com os profissionais da Equipe de Atenção Básica;</p> <p><input type="checkbox"/> Discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores;</p> <p><input type="checkbox"/> Discussão de casos que poderão gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção;</p> <p><input type="checkbox"/> Construção conjunta com os profissionais da Equipe de Atenção Básica de projetos terapêuticos;</p> <p><input type="checkbox"/> Articulação, junto às equipes de Atenção Básica, de ações com outros pontos da rede de saúde e intersetorial;</p> <p><input type="checkbox"/> Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da Equipe de Atenção Básica;</p> <p><input type="checkbox"/> Discussões sobre o processo de trabalho da Equipe</p>

	<p>de Atenção Básica e também do próprio apoio do NASF à equipe;</p> <p><input type="checkbox"/> Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe;</p> <p><input type="checkbox"/> Realizam visitas com os profissionais da sua equipe;</p> <p><input type="checkbox"/> Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional;</p> <p><input type="checkbox"/> Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada.</p> <p>O NASF participa do monitoramento dos Projetos Terapêuticos Singulares construídos em conjunto com as EAB?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da equipe AB compartilhar o caso com o NASF?</p> <p><input type="checkbox"/> Encaminhamentos por escrito;</p> <p><input type="checkbox"/> Discussão de casos;</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas compartilhadas;</p> <p><input type="checkbox"/> Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF;</p> <p><input type="checkbox"/> Contato telefônico;</p> <p><input type="checkbox"/> Outros.</p>
<p>Gestão da demanda e da atenção compartilhada</p>	<p>O NASF monitora as solicitações de apoio das equipes, identificando as demandas mais frequentes e o percentual de atendimento da demanda observada?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> não</p> <p>O NASF avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/sinalizadores?</p> <p><input type="checkbox"/> Análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada;</p> <p><input type="checkbox"/> Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF;</p> <p><input type="checkbox"/> Análise dos indicadores de saúde da população do território;</p> <p><input type="checkbox"/> Análise das situações de saúde dos casos compartilhados;</p> <p><input type="checkbox"/> Outros;</p> <p><input type="checkbox"/> Não avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas.</p>
<p>Registro de atividades</p>	<p>O NASF registra as ações em prontuários comuns das equipes de AB?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Quais ações são registradas em prontuários comuns com a equipe?</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas individuais do profissional do NASF;</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas compartilhadas;</p> <p><input type="checkbox"/> Atendimentos domiciliares;</p>

	<input type="checkbox"/> Grupos terapêuticos; <input type="checkbox"/> Encaminhamentos e condutas definidas a partir de discussão de casos.
Variáveis do Módulo II	PMAQ 2014
Adequação da composição das equipes às necessidades do território	Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu
Acesso das Equipes ao NASF	Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da sua equipe compartilhar o caso com o NASF? <input type="checkbox"/> Encaminhamentos por escrito; <input type="checkbox"/> Discussão de casos; <input type="checkbox"/> Consultas compartilhadas; <input type="checkbox"/> Consultas compartilhadas; <input type="checkbox"/> Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF; <input type="checkbox"/> Outros.
Articulação das Ações de Apoio Técnico-Pedagógico e Clínico-Assistencial	Dentre as seguintes ações, quais acontecem nos encontros entre sua equipe e o NASF? <input type="checkbox"/> Consultas compartilhadas; <input type="checkbox"/> Consultas individuais do profissional do NASF; <input type="checkbox"/> Planejamento e avaliação de ações; <input type="checkbox"/> Grupos terapêuticos ou de educação em saúde; <input type="checkbox"/> Visitas domiciliares; <input type="checkbox"/> Intervenções na comunidade; <input type="checkbox"/> Discussão de casos e construção de planos terapêuticos (projetos terapêuticos singulares); <input type="checkbox"/> Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas; <input type="checkbox"/> Organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do NASF; <input type="checkbox"/> Discussão de temas / ações de educação permanente; <input type="checkbox"/> Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional; <input type="checkbox"/> Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada; <input type="checkbox"/> Apoio à organização do processo de trabalho da equipe.