

Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura

Expected results of the Family Health Support Centers: literature review

Thaís Titon de Souza

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: thayyts@yahoo.com.br

Maria Cristina Marino Calvo

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: cristina.clv@gmail.com

Correspondência

Thaís Titon de Souza
Rodovia Amaro Antônio Vieira, 2008, bloco 14, apt 203.
Florianópolis, SC, Brasil. CEP 88034-102.

Resumo

Os resultados esperados das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) não são explícitos, ainda que promissores para a ampliação do acesso à saúde, a integralidade e a interdisciplinaridade. A fim de identificá-los, realizou-se revisão de literatura, em abril de 2015, nas bases *Lilacs* e *SciELO* e em documentos ministeriais. Os achados foram sistematizados em objetivos específicos do NASF e, posteriormente, em resultados intermediários e finais esperados. Encontraram-se intenções de que o NASF impacte positivamente sobre as dimensões “equipes apoiadas”, “usuários”, “integração entre serviços” e “modelos de atenção”, fortalecendo a Atenção Básica e contribuindo para avanços nas políticas de saúde no Brasil. Concluiu-se que, em geral, os resultados esperados são amplos e dependentes de fatores não gerenciáveis pelo NASF, visto como potencial indutor de mudanças sobre aspectos complexos do Sistema de Saúde. É necessário, portanto, aprofundar a compreensão sobre resultados que efetivamente possam ser atribuídos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, considerando os demais aspectos envolvidos para seu alcance.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Avaliação em Saúde.

Abstract

The expected results of the actions from the Family Health Support Centers (NASF) are not explicit, although they are promising to the expansion of the access to health, comprehensive care and interdisciplinarity. In order to identify them, literature review was held, in April 2015, in Lilacs and SciELO bases and ministerial documents. The findings were summarized in NASF's specific objectives and, subsequently, in intermediate and final expected results. Evidences were found that NASF impacts positively on the "supported teams", "users", "integration of services" and "models of care" dimensions, strengthening primary care and contributing to advances in health policies in Brazil. It was concluded that, in general, the expected results are broad and dependent on factors out of NASF's control, seen as change-inducing potential on complex aspects of the Health System. It is therefore necessary to deepen the understanding of results that can actually be attributed to the Family Health Support Centers, considering the other aspects involved in its execution so that they can be achieved.

Keywords: Primary Health Care; Public Health Policy; Health Evaluation.

Introdução

Estudos realizados, desde a década de 1990, têm apontado importantes desafios para a consolidação de um modelo assistencial com base na Atenção Primária em Saúde (APS), tais como a "capacidade gestora dos municípios, o vínculo dos profissionais e, ante a incipiente implantação de redes regionalizadas de atenção à saúde, o desafio de ofertar cuidados contínuos e coordenados" (Heimann et al., 2011, p. 2878). A pouca efetivação da integralidade da atenção também tem limitado essa consolidação, com necessidade de mudanças nas práticas de saúde, avançando para um trabalho interdisciplinar e em equipe (Campos, 2003).

Diferentes estratégias têm sido experimentadas no intuito de incrementar a capacidade da APS em prover serviços, coordenar o cuidado e favorecer a integração entre níveis de atenção (Almeida et al., 2010). No Brasil, uma delas foi institucionalizada recentemente com a implantação, em 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente com as seguintes modalidades: NASF 1 - que apoia de 5 a 9 equipes de Saúde da Família (SF) e/ou equipes de Atenção Básica (AB) para populações específicas (equipes de SF/AB), NASF 2 - que apoia de 3 a 4 equipes vinculadas - e NASF 3 - com 1 ou 2 equipes apoiadas. As modalidades ainda se diferenciam quanto à jornada de trabalho semanal da equipe NASF e de cada uma das ocupações e dos profissionais que a compõem (Brasil, 2008; 2012a).

Conformados segundo as necessidades locais, os NASF estão inseridos na Atenção Básica, buscando integrar diferentes saberes e desenvolver práticas de saúde na perspectiva de uma atenção resolutiva (Brasil, 2008). Seu trabalho é norteado pela interdisciplinaridade e integralidade da atenção e pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial (Brasil, 2012b). Os profissionais de apoio devem utilizar artifícios técnico-pedagógicos ou assistenciais que melhor respondam às necessidades das equipes e dos usuários ou territórios vinculados, a partir de pactuações realizadas conjuntamente com as equipes apoiadas (Campos; Domitti, 2007).

O direcionamento ministerial é para sua operacionalização a partir do referencial do apoio

matricial, porém outros modelos organizativos são encontrados. Um deles diz respeito à manutenção do modelo biomédico, focado apenas nas questões assistenciais e na reprodução do padrão ambulatorial de atenção. Outro modelo refere-se à função de apoio institucional, através de atividades gerenciais-administrativas para solução de problemas burocráticos em Unidades Básicas de Saúde e política-institucionais, servindo como reforço ao direcionamento da gestão na condução das ações de saúde (Sampaio et al., 2012).

Considerando a atuação do NASF a partir da organização de seu processo de trabalho com base no referencial do apoio matricial, os resultados alcançados ainda não estão explícitos nas bibliografias existentes sobre esse objeto. Poucos estudos relatam os resultados das ações sobre as equipes vinculadas e a população assistida. As pesquisas sobre o tema estão, em geral, relacionadas à sua implantação ou ao seu papel e às ações que podem ser desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais na AB, considerando-as promissoras propostas de ampliação do acesso da população aos cuidados em saúde, de interdisciplinaridade e, por fim, de integralidade da atenção (Barbosa; Ferreira; Furbino, 2010; Barros; Farias Junior, 2012; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Scabar; Pelicioni; Pelicioni, 2012; Souza; Ayres; Marcondes, 2012). Além disso, mecanismos de monitoramento e avaliação de ações e resultados alcançados pelo NASF demonstram, ainda, estarem em uma etapa incipiente de desenvolvimento (Magalhães, 2011). Este estudo se propõe, portanto, a verificar os resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na literatura sobre o tema.

Método

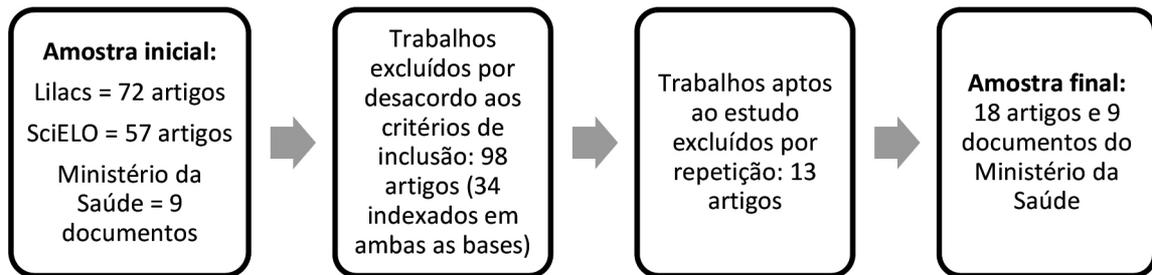
Foi realizada revisão de literatura, tendo-se como objeto a produção de conhecimentos sobre os resultados esperados a partir da implantação dos

Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Básica. Foram consultadas as bases de dados *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências) e *SciELO* (Scientific Electronic Library Online) e documentos do Ministério da Saúde. A pesquisa ocorreu no mês de abril de 2015, utilizando-se os termos de busca “Núcleo de Apoio à Saúde da Família”, “NASF”, “apoio matricial” e “matriciamento” nos títulos das publicações, uma vez que termos equivalentes não estão disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Adotaram-se como critérios de inclusão dos materiais ao estudo: existência de um ou mais termos de busca no título do documento; disponibilidade *online* do texto completo; idioma português; e, período de publicação entre 2010 e 2015 para artigos e entre 2004 a 2015 para documentos ministeriais. Tomou-se o cuidado de excluir artigos que tratavam sobre aspectos exclusivos de categorias profissionais que compõem o NASF e/ou experiências de apoio matricial não desenvolvidas por essas equipes, além de artigos que se repetiram entre as bases consultadas. Na apreciação dos documentos oficiais, não foram analisados aspectos específicos de categorias profissionais, primando-se pelos resultados esperados a partir da atuação da equipe NASF.

Inicialmente, foram encontrados 129 artigos, sendo 72 indexados na base de dados *Lilacs* e 57 artigos na base *SciELO*, além de 9 documentos do Ministério da Saúde. Dentre o material recolhido, 18 artigos e 9 documentos ministeriais (3 portarias, 3 cartilhas, 2 Cadernos de Atenção Básica e 1 relatório) foram selecionados para análise por serem pertinentes ao objeto de estudo e se enquadrarem nos critérios de seleção previamente definidos. Ressalta-se que a delimitação da busca por estudos que tratassem de aspectos gerais da equipe NASF e a duplicação de artigos nas bases pesquisadas contribuíram para a exclusão de grande número de artigos. A seleção final pode ser observada na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de seleção de artigos e documentos do Ministério da Saúde



Para a organização dos dados dos estudos selecionados, foram identificados autoria, ano de publicação, base de dados de indexação, periódico de publicação e objetivo do estudo (Quadro 1). Após leitura dos materiais, os dados foram sistematizados e o *corpus* obtido foi submetido à análise de conteúdo, verificando-se que os resultados esperados a partir da implantação do NASF não estão explícitos nos documentos encontrados sobre o tema.

Em consequência, as autoras procederam à sistematização de objetivos específicos do NASF e, posteriormente, resultados intermediários e finais esperados. Para isso, partiu-se da compreensão de que um objetivo é algo que se pretende realizar (que orienta as ações a serem realizadas

pelo NASF) e de que um resultado é algo que se pretende alcançar (ou seja, o efeito das ações realizadas pelo NASF). A síntese e a sistematização permitiram, por fim, o agrupamento dos dados por similaridade em 4 categorias empíricas, apresentadas neste estudo.

Resultados e discussão

A sistematização dos materiais analisados resultou na identificação de intenções de que o NASF impacte positivamente sobre 4 dimensões: “equipes apoiadas”, “usuários”, “integração entre serviços” e “modelos de atenção à saúde vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Quadro 1 – Informações dos artigos selecionados para análise

Autoria	Ano	Tipo de estudo	Objetivo(s)
Nascimento; Oliveira	2010	Artigo de revisão	Apresentar reflexões sobre ferramentas do cotidiano do NASF e competências profissionais requeridas
Rodrigues et al.	2010	Estudo quantitativo transversal	Avaliar a autoestima de adolescentes gestantes de baixa renda assistidas pelo NASF
Cunha; Campos	2011	Relato de experiência	Apresentar a proposta de apoio matricial e equipe de referência como recurso para organização do trabalho em saúde na AB
Oliveira; Rocha; Cutolo	2012	Relato de experiência	Relatar experiência de atuação em um projeto-piloto de NASF
Sampaio et al.	2012	Estudo qualitativo	Identificar como o NASF faz operar processos organizativos da rede local de saúde, funcionando como dispositivo de gestão
Silva et al.	2012	Estudo qualitativo	Descrever a construção coletiva de uma proposta de NASF
Souza; Ayres; Marcondes	2012	Estudo qualitativo exploratório	Identificar a percepção de usuários sobre o NASF
Anjos et al.	2013	Revisão de literatura	Refletir sobre perspectivas e desafios do NASF quanto às práticas em saúde
Lancman et al.	2013	Estudo de caso	Compreender organização, condições de trabalho e vivências subjetivas relacionadas ao trabalhar no NASF e identificar interfaces entre seu processo de trabalho e das equipes apoiadas

Quadro 1 – Continuação

Autoria	Ano	Tipo de estudo	Objetivo(s)
Bonaldi; Ribeiro	2014	Estudo qualitativo exploratório e descritivo	Compreender a organização das ações de promoção da saúde no cotidiano de trabalho de uma equipe NASF
Brites et al.	2014	Estudo qualitativo exploratório e descritivo	Identificar se um Programa de Residência Multiprofissional contribui na formação para o SUS utilizando o dispositivo de apoio matricial
Campos et al.	2014	Revisão narrativa	Apresentar síntese sobre a concepção Paideia e suas aplicações metodológicas
Fragelli; Shimizu	2014	Estudo qualitativo	Identificar competências profissionais para o processo de trabalho do NASF
Leite; Nascimento; Oliveira.	2014	Estudo qualitativo descritivo e exploratório	Identificar percepções acerca da qualidade de vida dos trabalhadores do NASF e aspectos facilitadores e dificultadores no trabalho
Moura; Luzio	2014	Estudo qualitativo	Apresentar a contribuição do NASF para a discussão dos processos de trabalho e da organização de serviços de saúde
Ribeiro et al.	2014	Estudo quantitativo descritivo	Avaliar a atuação do NASF através do conhecimento e da avaliação de serviços pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família
Sobrinho et al.	2014	Estudo quantitativo transversal	Apresentar a distribuição do apoio matricial no Brasil e identificar relações entre as atividades e a certificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
Oliveira; Campos	2015	Artigo de revisão	Analisar a construção teórica e prática da metodologia do apoio matricial

Dimensão I: Resultados sobre as equipes apoiadas

A implantação do NASF e o desenvolvimento de um trabalho integrado junto às equipes de SF/AB devem contribuir para o aumento da eficácia das equipes apoiadas e de sua resolubilidade na Atenção Básica (Nascimento; Oliveira, 2010; Cunha; Campos, 2011; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Brasil, 2014; Campos et al., 2014).

Para o cumprimento dos objetivos que norteiam as ações desenvolvidas pelo NASF nessa dimensão, há uma forte aposta na capacidade das atividades técnico-pedagógicas do apoio matricial como indutoras de mudanças que possibilitem os resultados esperados sobre as equipes apoiadas, incluindo o alcance da resolubilidade desejada (Nascimento; Oliveira, 2010; Cunha; Campos, 2011; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Brasil, 2014; Campos et al., 2014). Foi verificado, por exemplo, que as atividades de apoio matricial que mais contribuíram para melhor certificação das equipes no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foram as ações de educação permanente, como atividades

clínicas compartilhadas, discussões de processo de trabalho e intervenções no território (Sobrinho et al., 2014).

Espera-se, portanto, o fortalecimento das equipes apoiadas para a efetivação do cuidado por meio de ações que aumentem sua capacidade para análise e atuação sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e de intervenção coletiva (Brasil, 2012b; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Silva et al., 2012; Anjos et al., 2013; Moura; Luzio, 2014). Além disso, é prevista a revisão dos encaminhamentos realizados pelas equipes de SF/AB, de forma que sejam qualificados e reduzidos, resultando na ampliação de sua capacidade de coordenação e continuidade do cuidado com utilização mais racional dos recursos terapêuticos nas Redes de Atenção à Saúde - RAS (Brasil, 2008; Silva et al., 2012; Brasil, 2014)

Todavia, para a efetivação do apoio matricial e o alcance dos resultados esperados sobre as equipes apoiadas, a simples presença do profissional do NASF não é suficiente. É necessária revisão das práticas em direção ao compartilhamento e à consolidação de uma nova forma de produção do

cuidado, privilegiando o conhecimento e a atuação interdisciplinar, o que, em muitas situações, têm sido de difícil operacionalização na experiência das equipes envolvidas (Silva et al., 2012; Anjos et al., 2013; Sobrinho et al., 2014).

Embora se preconize o trabalho compartilhado, aspectos relacionados às metas de produtividade para os profissionais das equipes de SF/AB em contraposição à lógica do compartilhamento do NASF interferem para o sucesso das ações, influenciando a qualidade das relações estabelecidas, o tempo disponível para a atenção compartilhada e o alcance dos resultados esperados com sua implantação (Lancman et al., 2013; Bonaldi; Ribeiro, 2014). É certo, portanto, que nem todas as equipes NASF encontram facilidade de integração e articulação com as equipes apoiadas, resultando frequentemente na manutenção do modelo biomédico de atenção em um contexto desfavorável para a promoção da saúde, ainda associada ao conceito de prevenção e focada em habilidades pessoais (Sampaio et al., 2012; Bonaldi; Ribeiro, 2014).

Destaca-se ainda que a oferta de apoio institucional pelo NASF é também apresentada como um obje-

tivo para a efetivação de mudanças almejadas sobre o processo de trabalho das equipes apoiadas (Moura; Luzio, 2014). O apoio institucional é definido como o acompanhamento qualificado do trabalho em equipes; ação de consultoria para analisar e qualificar os métodos de trabalho, visando aproximar atividades de gestão e atenção (Mori; Oliveira, 2009).

Apesar do potencial para ampliação da capacidade organizativa da AB, essa função não está descrita nos documentos oficiais como uma de suas atribuições. Reflete-se que seu desempenho pode acarretar em sobrecarga ao NASF, pois é possível que não consiga conciliar a função do apoio matricial ao institucional, indicando que seria equivocada a incorporação da dupla carga de apoio por esses profissionais (Moura; Luzio, 2014). Além disso, pode resultar em uma relação de poder institucional entre NASF e equipes apoiadas, o que contraria a lógica preconizada pelo apoio matricial. A oferta de apoio institucional, portanto, não foi considerada como um objetivo do NASF nesse estudo, uma vez que a proposta mais reconhecida é de que essa equipe centre seu processo de trabalho na função de apoio matricial.

Quadro 2 – Resultados esperados do NASF sobre as equipes apoiadas

Objetivos	Resultados Intermediários	Resultado Final	Referências
✓ Ampliar e potencializar as ações das equipes apoiadas ¹	✓ Equipes de SF/AB fortalecidas e clínica ampliada consolidada ²	✓ Aumento da eficácia das equipes apoiadas e de sua resolubilidade ³	Nascimento; Oliveira, 2010 ³ ; Cunha; Campos, 2011 ^{2,3} ; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012 ² ; Sampaio et al., 2012 ¹ ; Silva et al., 2012 ¹ ; Anjos et al., 2013 ² ; Bonaldi; Ribeiro, 2014 ⁴ ; Brasil, 2014 ³ ; Campos et al., 2014 ³ ; Moura; Luzio, 2014 ² ; Oliveira; Campos, 2015 ²
✓ Qualificar e reduzir encaminhamentos das equipes apoiadas ⁴	✓ Ampliação da coordenação e da continuidade do cuidado pelas equipes de SF/AB ⁵		Brasil, 2008 ³ ; Nascimento; Oliveira, 2010 ³ ; Cunha; Campos, 2011 ³ ; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012 ² ; Brasil, 2014 ^{3,4} ; Campos et al., 2014 ³

Dimensão 2: Resultados sobre os usuários da Atenção Básica

Diante de necessidades concretas da população, que requerem acesso a ofertas amplas de ações e serviços de saúde, a implantação do NASF deve promover o aumento da resolução das problemáticas

de saúde dos usuários na AB (Brasil, 2008, 2010a, 2012b, 2013, 2014; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Silva et al., 2012; Anjos et al., 2013; Bonaldi; Ribeiro, 2014; Lancman et al., 2013; Leite; Nascimento; Oliveira, 2014; Sobrinho et al., 2014).

Nos artigos e documentos analisados, foram identificados dois objetivos para o alcance desse

resultado. No primeiro deles, espera-se a oferta de cuidado para cada situação singular e de assistência às demandas e necessidades não alcançadas pelas equipes de SF/AB (Sampaio et al., 2012; Anjos et al., 2013; Brasil, 2014; Campos et al., 2014). Para isso, contribuem a atuação do NASF na análise de problemas e na elaboração de propostas de intervenção e a disponibilidade de ações assistenciais que aumentem o escopo de ações e promovam acessibilidade facilitada à atenção em saúde equânime, integral e de qualidade na AB (Brasil, 2008, 2010a, 2012b, 2014; Nascimento; Oliveira, 2010; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Silva et al., 2012; Sampaio et al., 2012; Anjos et al., 2013; Souza; Ayres; Marcondes, 2012; Bonaldi; Ribeiro, 2014; Campos et al., 2014; Fragelli; Shimizu, 2014; Lancman et al., 2013; Leite; Nascimento; Oliveira, 2014; Moura; Luzio, 2014; Sobrinho et al., 2014).

Embora a incorporação dos profissionais do NASF possa ampliar os recursos humanos disponíveis na AB, o escopo e a abrangência de ações com maior proximidade das ofertas no território em que vive a população, a manutenção de um trabalho fragmentado e desarticulado das equipes apoiadas não garante resultados mais extensivos, nem a qualificação da própria organização das ofertas de ações em saúde, pois podem estar desconectadas da realidade (Brasil, 2004, 2008, 2010a, 2010b, 2012b,

2014; Nascimento; Oliveira, 2010; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Anjos et al., 2013; Lancman et al., 2013; Leite; Nascimento; Oliveira, 2014; Ribeiro et al., 2014). É preciso, portanto, observar que a pactuação de fluxos e atividades com as equipes apoiadas se faz necessária, uma vez que a agregação de ações e ofertas pontuais ou isoladas decorrentes dos núcleos profissionais do NASF pode resultar em menos acesso e na perda de oportunidade de fortalecimento das equipes de SF/AB para a produção do cuidado (Brasil, 2014).

Busca-se, assim, a redução da fragmentação da atenção e a produção de ações mais abrangentes que aquelas segmentadas e isoladas. Para isso, a organização do processo de trabalho do NASF deve permitir a criação de espaços de discussão voltados à cogestão do cuidado, definindo projetos terapêuticos compartilhados e evitando medicalização, danos e iatrogenias provocadas por intervenções desnecessárias (Anjos et al., 2013; Campos et al., 2014; Lancman et al., 2013; Ribeiro et al., 2014). A pactuação entre as equipes deve, também, evitar que o NASF assuma o papel de outros pontos de atenção, uma vez que a escassez de serviços especializados pode induzir sua utilização equivocada como substitutivo nas RAS (Cunha; Campos, 2011; Silva et al., 2012).

Quadro 3 – Resultados esperados do NASF sobre os usuários da Atenção Básica

Objetivo	Resultado Intermediário	Resultado Final	Referências
✓ Oferecer cuidado singular e assistência em termos clínicos e sanitários às demandas e necessidades não alcançadas pelas equipes de SF/AB	✓ Aumento do escopo de ações disponíveis e acessibilidade facilitada à atenção em saúde equânime, integral e de qualidade na AB ²	✓ Resolução aumentada das problemáticas de saúde dos usuários na AB ³	Brasil, 2008 ^{2,3} ; Brasil, 2010a ^{2,3} ; Nascimento; Oliveira, 2010 ² ; Brasil, 2012b ^{2,3} ; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012 ^{2,3} ; Sampaio et al., 2012 ^{1,2} ; Silva et al., 2012 ^{2,3} ; Souza; Ayres; Marcondes, 2012 ² ; Anjos et al., 2013 ^{1,2,3} ; Brasil, 2013 ³ ; Bonaldi; Ribeiro, 2014 ^{2,3} ; Brasil, 2014 ^{1,2,3} ; Campos et al., 2014 ^{1,2} ; Fragelli; Shimizu, 2014 ² ; Lancman et al., 2013 ^{2,3} ; Leite; Nascimento; Oliveira, 2014 ^{2,3} ; Moura; Luzio, 2014 ² ; Sobrinho et al., 2014 ^{2,3}

Dimensão 3: Resultados sobre a articulação entre serviços

A importância da articulação da Atenção Básica com outros serviços é evidenciada pela diversidade de demandas e necessidades de saúde apresentadas na

situação sanitária brasileira, além de ser imperativo minimizar custos crescentes e evitáveis no tratamento das doenças, comumente evidenciados em sistemas fragmentados de atenção à saúde (Brasil, 2014).

O NASF deve, portanto, contribuir com essa articulação auxiliando na integração das linhas de

cuidado e na implementação de projetos terapêuticos (Brasil, 2014). A mobilidade e a visão de situações relativas a diversas equipes favorecem sua interlocução com outros setores e pontos de atenção, formando conexões que incrementam projetos terapêuticos elaborados conjuntamente com potencialidade para otimizar redes e fluxos assistenciais no território das equipes (Brasil, 2014). Essa atuação deve potencializar a AB como porta de entrada preferencial das RAS, reforçando estratégias de cooperação e trabalho horizontal entre os diferentes setores e pontos de atenção (Brasil, 2008, 2014).

Ainda, na medida em que está inserido na Atenção Básica e tem como foco a prática da clínica ampliada, pode promover a redução da medicalização e a racionalização do acesso aos serviços especializados de saúde a partir de ações como a reorganização da demanda e da rede de atenção secundária e terciária, a melhoria da relação entre os diferentes pontos de atenção e setores envolvidos com o cuidado e a otimização de fluxos de referência e contrarreferência instituídos (Cunha; Campos,

2011; Silva et al., 2012; Sobrinho et al., 2014). Tais contribuições são relevantes para a reestruturação da atenção e para a melhoria da acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, aspectos importantes frente às limitações e à frequente insuficiência da rede de serviços nos diversos pontos de atenção (Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Sampaio et al., 2012; Silva et al., 2012; Lancman et al., 2013; Brasil, 2014; Sobrinho et al., 2014).

Essa reorganização deve favorecer o acesso contínuo a cuidados em saúde oportunos e de qualidade. Porém, é preciso considerar que tais resultados dependem também de outros fatores, como o vínculo construído, a própria RAS implantada e sua capacidade de atuação e articulação entre os pontos de atenção (Silva et al., 2012; Brasil, 2014). Dessa forma, para garantir a integralidade e a universalidade da atenção, é necessário lembrar-se de outros fatores necessários para atingir os resultados esperados (Nascimento; Oliveira, 2010; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Silva et al., 2012; Brasil, 2014; Sobrinho et al., 2014).

Quadro 4 – Resultados esperados do NASF sobre a articulação intra e intersetorial na Atenção Básica

Objetivos	Resultados Intermediários	Resultado Final	Referências
Articular a Atenção Básica às RAS e a outros setores ¹	✓ Consolidação do papel de coordenação do cuidado da Atenção Básica ²	✓ Acesso contínuo a cuidados em saúde oportunos e de qualidade ^{3,4}	Brasil, 2008 ³ ; Brasil, 2012b ² ; Silva et al., 2012 ² ; Brasil, 2014 ^{2,4} ; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012 ³ ; Silva et al., 2012 ^{3,4} ; Sobrinho et al., 2014 ^{3,6}
✓ Contribuir para a organização e a qualificação das ofertas de ações em saúde nas RAS ⁵	✓ Redução da medicalização e racionalização da oferta de recursos especializados de saúde ⁶		Nascimento; Oliveira, 2010 ⁵ ; Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012 ³ ; Silva et al., 2012 ^{3,4,6} ; Sobrinho et al., 2014 ^{3,6} ; Brasil, 2014 ⁴ ; Campos et al., 2014 ⁶

Dimensão 4: Resultados sobre os Modelos de Atenção à Saúde

A implantação do NASF se deu em um contexto de disputa teórico-política do modelo de saúde no Brasil, o que - em conjunto com a margem de interpretação e frente às dificuldades de operacionalização do apoio matricial pelos gestores e pelas equipes - possibilitou a existência de distintos mo-

delos de atuação (Sampaio et al., 2012). O NASF deve operar um modelo em defesa da vida centrado no compartilhamento de saberes e práticas que fortaleça a cogestão dos processos de trabalho. Todavia, o espaço de embate entre concepções de modelos e práticas de saúde estabelece a disputa pela implantação de diferentes modelos de atenção à saúde no SUS (Oliveira; Rocha; Cutolo, 2012; Sampaio et al., 2012; Bonaldi; Ribeiro, 2014).

Identificou-se que a implantação do NASF tem o objetivo de superar a lógica verticalizada, fragmentada, especializada e medicalizadora do cuidado e da gestão em saúde, avançando para a atenção integral em conjunto com as equipes apoiadas (Brasil, 2008; Anjos et al., 2013; Campos et al., 2014; Moura; Luzio, 2014). Em consequência, as ações desenvolvidas devem resultar na reorientação do modelo de gestão e de atenção em saúde, em uma lógica contrária aos modelos convencionais de cuidados centrados na assistência curativa e individual que possibilite a consolidação de modelos focados na atenção integral (Brasil, 2008, 2010a, 2014; Nascimento; Oliveira, 2010; Anjos et al., 2013; Bonaldi; Ribeiro, 2014; Campos et al., 2014; Moura; Luzio, 2014).

A reorientação para um modelo de atenção ampliado exige competências diferenciadas dos profissionais envolvidos, como a capacidade de trabalhar de modo colaborativo (Fragelli; Shimizu, 2014). Aponta-se, entretanto, que os profissionais das equipes envolvidas muitas vezes não possuem

clareza sobre o trabalho integrado entre NASF e equipes vinculadas, o que ressalta a fragilidade do trabalho interdisciplinar em sua prática (Anjos et al., 2013; Ribeiro et al., 2014). Esse fato aliado a problemas estruturais - como a escassez de serviços especializados - favorece o desenvolvimento de ações fragmentadas e especializadas, que dificilmente contemplam a integralidade, fortalecendo, dessa maneira, modelos de atenção baseados no curativismo.

A despeito dessas e de outras questões complexas e amplas que interferem na definição e na adoção de modelos de atenção à saúde, para a transformação proposta é preciso fortalecer as gestões municipais e as equipes envolvidas para o trabalho colaborativo entre NASF e equipes apoiadas. A efetivação de espaços de apoio institucional e o incentivo ao compartilhamento horizontalizado de experiências positivas de articulação integral e interdisciplinar entre essas equipes devem ser incentivados, potencializando sua capacidade em transformar os modelos de cuidado em saúde.

Quadro 5 – Resultados esperados do NASF sobre os Modelos de Atenção à Saúde

Objetivo	Resultado Intermediário	Resultado Final	Referências
✓ Superar a lógica verticalizada, fragmentada, especializada e medicalizadora do cuidado e da gestão em saúde, em conjunto com a Estratégia Saúde da Família ¹	✓ Reorientação do modelo de gestão e atenção em saúde ²	✓ Consolidação de modelos de cuidado em saúde focados na atenção integral ³	Brasil, 2010a ¹ ; 2010b ¹ ; Nascimento; Oliveira, 2010 ¹ ; Sampaio et al., 2012 ² ; Anjos et al., 2013 ^{1,2} ; Bonaldi; Ribeiro, 2014 ² ; Brasil, 2014 ^{1,3} ; Campos et al., 2014 ^{2,3} ; Moura; Luzio, 2014 ¹ ; Ribeiro et al., 2014 ²

Considerações finais

Apartir da análise e da categorização realizadas neste estudo, identificamos que os resultados esperados - ainda que não estejam explícitos na literatura pesquisada - demonstram a intenção de que o NASF impacte positivamente sobre as equipes apoiadas, os usuários assistidos, a integração entre serviços e sobre os próprios modelos de atenção à saúde vigentes no SUS, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica e para avanços na política de APS no Brasil.

O aumento da eficácia das equipes apoiadas e de sua resolubilidade, a ampliação da resolução das problemáticas de saúde dos usuários na AB, a oferta de acesso contínuo a cuidados em saúde oportunos e de qualidade nas RAS e em articulação com outros setores e a consolidação de modelos de cuidado em saúde focados na atenção integral foram os resultados finais esperados identificados na literatura analisada.

Alguns desses resultados se demonstraram amplos e dependentes de outros fatores não geren-

ciáveis pelo NASF, como aqueles relacionados aos modelos de atenção existentes, ao próprio modo de operar o cuidado em saúde e à constituição das RAS. Considerando-se o curto período de implantação dessa equipe no Brasil e a complexidade que envolve a prática pautada pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, há uma visão quase utópica do NASF como potencial indutor de mudanças sobre aspectos complexos do SUS.

É possível, também, apreendermos que há falta de clareza sobre o que se espera alcançar a partir da atuação compartilhada e integrada entre NASF e equipes apoiadas. As diferentes literaturas analisadas se complementam, mas muitas vezes trazem novos elementos em relação ao que se espera a partir da implantação do NASF. A identificação dos objetivos específicos e dos resultados intermediários e finais esperados dessa equipe, em consequência, é um exercício importante para a reflexão e a posterior proposição de indicadores coerentes com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica que contribuam para a consolidação e o avanço do NASF no país.

É importante considerar, ainda, que os diferentes modelos de conformação e atuação do NASF apresentam-se como um aspecto importante a ser considerado para a definição dos resultados possivelmente alcançados. Essa diversidade é decorrente de fatores contextuais referentes à própria complexidade da Atenção Básica, à falta de compreensão sobre a lógica de atuação do NASF pelas equipes e gestores envolvidos e aos diferentes interesses em jogo relacionados aos distintos modelos de atenção em saúde vigentes.

Em consequência, é necessário aprofundar a compreensão sobre resultados que efetivamente possam ser atribuídos ao NASF a partir de sua implantação na Atenção Básica, considerando os demais aspectos envolvidos para que possam ser alcançados. Ressalta-se que tais resultados e os indicadores relacionados para sua avaliação devem considerar o processo de trabalho preconizado para essas equipes, com foco na reorientação de relações e modelos de atenção coerentes com os princípios e as diretrizes do SUS, especialmente a integralidade e a interdisciplinaridade, e visando à efetivação de

uma clínica ampliada que incremente a qualidade e a resolubilidade do Sistema Único de Saúde.

Referências

- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- 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. 672-680, 2013.
- BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.
- BARROS, C. M. L.; FARIAS JUNIOR, G. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município de Picos, PI. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 140-154, 2012.
- BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de apoio à saúde da família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 17, n.2, p. 195-203, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 4 mar. 2008. Seção 1, p. 38-42.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF*: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília, DF, 2010a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Oficina de qualificação do NASF*. Brasília, DF, 2010b.
- BRASIL. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação

- dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2012a. Seção 1, p. 223.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica*: AMAQ. Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família - volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília, DF, 2014.
- BRITES, L. S. et al. "A gente vai aprendendo": o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 285-295, 2014.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, p. 983-995, 2014. Suplemento 1.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.
- FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. Competências profissionais para o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 334-344, 2014.
- HEIMANN, L. S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, 2011.
- LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013.
- LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p.507-525, 2014.
- MAGALHÃES, F. C. *Avaliação do processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Campina Grande - PB*. 2011. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.
- MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, p. 627-640, 2009. Suplemento 1.
- MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, p. 957-970, 2014. Suplemento 1.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.
- OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 574-580, 2012.
- OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas

construções. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015.

RIBEIRO, M. D. A. et al. Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 224-231, 2014.

RODRIGUES, J. E. et al. Avaliação da autoestima de adolescentes gestantes de baixa renda assistidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 395-401, 2010.

SAMPAIO, J. et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Ciências de Saúde*, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 317-24, 2012.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das

Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Journal of the Health Science Institute*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 411-418, 2012.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SOBRINHO, D. F. et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 83-93, 2014. Número especial.

SOUZA, C. C. B. X.; AYRES, S. P.; MARCONDES, E. M. M. Metodologia de apoio matricial: interface entre a Terapia Ocupacional e a ferramenta de organização dos serviços de saúde. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 363-368, 2012.

Contribuição dos autores

Souza participou de todas as etapas da pesquisa. Calvo trabalhou na concepção do projeto, na análise dos dados e na redação e revisão final do artigo.

Recebido: 26/04/2016

Reapresentado: 04/10/2016

Aprovado: 05/10/2016