






Desempenho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família na avaliação do PMAQ-AB*

Performance of the Expanded Family Health Centers in evaluating the PMAQ-AB

Desempeño de los Núcleos Ampliados de Salud de la Familia en la evaluación del PMAQ-AB

Como citar este artigo:

Pinto AR, Nascimento DDG, Nichiata LYI. Performance of the Expanded Family Health Centers in evaluating the PMAQ-AB. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03509. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018015803509>

-  Alexandre Ramiro Pinto¹
-  Débora Dupas Gonçalves Nascimento²
-  Lúcia Yasuko Izumi Nichiata³

* Extraído da dissertação: “Desempenho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social, São Paulo, Brasil”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2016.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, MS, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the performance of the Expanded Family Health Centers in the state of São Paulo in the Work Process Organization dimension in evaluating the *PMAQ-AB*, according to the Paulista Social Responsibility Index. **Method:** A cross-sectional, descriptive, exploratory study with a quantitative approach based on data from the 2nd cycle of the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (*PMAQ-AB*). There were 149 teams from 47 municipalities distributed in five groups analyzed by simple frequency, according to the Paulista Social Responsibility Index. **Results:** The teams from group four (municipalities of low wealth and intermediate social indicators) achieved satisfactory and very satisfactory performance (90.9%). The teams from the group two municipalities (high wealth index and unsatisfactory social indicators) had worse performance; the teams from the municipality of São Paulo obtained the highest percentage of satisfactory and very satisfactory performance (95.8%). **Conclusion:** The teams from the municipality of São Paulo (high wealth index and unsatisfactory social indicators) and the teams from the municipalities of group four (low wealth and intermediate social indicators) were those that achieved better performance.

DESCRIPTORS

Primary Care Nursing; Health Planning; Patient Care Team; Health Evaluation; Quality of Health Care.

Autor correspondente:

Alexandre Ramiro Pinto
Rua Guilherme Rudge, 105
CEP 03608-010 – São Paulo, SP, Brasil
alexandreramiro31@hotmail.com

Recebido: 25/04/2018
Aprovado: 11/04/2019

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado para ampliar as ações, a resolatividade e a abrangência dos cuidados na Atenção Primária em Saúde⁽¹⁾. Depois da revisão das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, passou a ser denominado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB⁽²⁾. O NASF-AB é composto de uma equipe multiprofissional, formada por diferentes categorias profissionais da área da saúde, de acordo com a necessidade da região apoiada, que se integra ao cotidiano de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio de uma relação horizontal, interdisciplinar, com vistas à “longitudinalidade do cuidado e prestação de serviços diretos à população”⁽²⁾. “As estratégias e as formas de organização do trabalho não estão plenamente instituídas e sistematizadas, mas, depois da avaliação do funcionamento cotidiano dos NASF-AB que já estão operando no país, essa experiência poderá ser aprimorada”⁽³⁾.

A Organização do Processo de Trabalho (OPT) do NASF-AB pode assumir várias conformações, em função da diversidade de profissionais que integram a equipe multiprofissional, o que possibilita a integração de saberes entre as equipes de apoio e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽⁴⁾. O planejamento deve ocorrer em dois momentos diferentes: no primeiro, deverão ser planejadas as ações da equipe NASF-AB; no segundo, as ações voltadas para o apoio às equipes de referência e para o cuidado ofertado à população, nos espaços de reunião, junto às Equipes Saúde da Família (EqSF)⁽⁵⁻⁶⁾.

Nesses espaços de cogestão, são discutidos os casos, definidos os objetivos, estabelecidos os critérios de prioridade, realizado o acompanhamento longitudinal dos casos compartilhados, traçados os critérios de avaliação do processo de trabalho e resolvidos os conflitos, entre outras ações⁽¹⁾.

Esses momentos oportunizam um maior conhecimento dos casos identificados como prioritários pelo NASF-AB, qualificam os encaminhamentos por meio do matriciamento para que ocorram as efetivas referências e contrarreferências para outros equipamentos de saúde, assim como ampliam o acompanhamento longitudinal na rede de atenção à saúde⁽⁷⁾.

A Organização do Processo de Trabalho, na perspectiva do apoio matricial, busca superar e transformar a lógica hegemônica do cuidado em saúde a partir de mudanças cotidianas nas relações de poder, as quais são hierarquizadas e impactam a gestão dos serviços de saúde⁽⁸⁾.

Buscando analisar a gestão, a organização e os cuidados em saúde oferecidos pelos NASF-AB, o Ministério da Saúde avaliou essas equipes por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)⁽⁹⁾. O 1º ciclo de avaliação foi realizado de 2011 a 2012; o 2º ciclo, de 2013 a 2014 e, atualmente, está sendo realizado o 3º ciclo, no estado de São Paulo (2017 a 2018). Indaga-se como foi o desempenho das equipes NASF-AB avaliadas no 2º ciclo, conforme o desenvolvimento social dos municípios. Dessa forma, este estudo tem como objetivo

analisar o resultado do desempenho das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família do estado de São Paulo, na dimensão Organização do Processo de Trabalho, na avaliação do PMAQ-AB, segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e analítico, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, tendo por base os dados secundários do 2º ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB (2013 a 2014), que se refere à avaliação externa do Módulo IV, de entrevista com profissional do NASF-AB.

COLETA DE DADOS

Os dados foram disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), no formato de planilha Excel (Microsoft Corporation, Estados Unidos). Procedeu-se à análise e à interpretação dos dados por frequência simples, na busca da compreensão das informações obtidas, relacionando-as às indagações que suscitaram a investigação.

Para a realização deste estudo, a dimensão OPT foi composta de cinco subdimensões e 76 questões/padrões de qualidade, elaboradas com base no caderno do PMAQAB/NASF-AB. As subdimensões analisadas foram: 1) Planejamento das ações (23 questões/padrões); 2) Organização da agenda (12 questões/padrões); 3) Organização do apoio matricial às equipes (23 questões/padrões); 4) Gestão da demanda e da atenção compartilhada (oito questões/padrões) e 5) Registro das atividades (10 questões/padrões). Para cada subdimensão foi dada uma nota, gerando a pontuação e o desempenho das equipes.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Ao final da análise dos padrões de qualidade em cada subdimensão, as equipes foram classificadas com base em uma escala Likert, com variação numérica de 0 a 100: Muito Insatisfatório (MI) – 0 a 19,99, Insatisfatório (I) – 20 a 39,99, Regular (R) – 40 a 59,99, Satisfatório (S) – 60 a 79,99 e Muito Satisfatório (MS) – 80 a 100. O desempenho corresponde à soma da pontuação alcançada pela equipe nas cinco subdimensões que formam a dimensão Organização do Processo de Trabalho.

Para a análise do desempenho, as equipes foram agrupadas de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), criado pela Fundação SEADE, destinado a subsidiar a formulação e a avaliação de políticas públicas no âmbito municipal. Esse índice preserva as três dimensões componentes do IDH – renda, escolaridade, longevidade – e incorpora alterações metodológicas que permitem captar mudanças nas condições de vida dos municípios em curto espaço de tempo. Os indicadores que compõem esse índice foram combinados, gerando cinco grupos⁽¹⁰⁾.

As 149 equipes NASF-AB que participaram do 2º ciclo do PMAQ-AB foram distribuídas nos cinco agrupamentos, de acordo com o IPRS. No IPRS 1 (riqueza alta e indicadores sociais bons) ficaram 25 equipes NASF-AB, de 11 municípios; no IPRS 2 (riqueza alta e indicadores sociais insatisfatórios), 21 equipes NASF-AB, de nove municípios; no IPRS 3 (riqueza baixa e indicadores sociais bons), 16 equipes NASF-AB, de 12 municípios; no IPRS 4 (riqueza baixa e indicadores sociais intermediários), 11 equipes NASF-AB, de 10 municípios; e no IPRS 5 (riqueza baixa e indicadores insatisfatórios), quatro equipes NASF-AB, de quatro municípios. Os dados das equipes NASF-AB do município de São Paulo foram analisados separadamente dos dados das equipes dos outros municípios agrupados, de acordo com o IPRS 2 (riqueza alta e indicadores sociais insatisfatórios), 72 equipes NASF.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o parecer n.º 1.667.301/2016. Atendeu aos requisitos da Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e dispensada a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de uma pesquisa com banco de dados secundários.

RESULTADOS

Participaram do 2º ciclo do PMAQ-AB 151 equipes NASF-AB do estado de São Paulo. Os dados de duas equipes não foram incluídos nesta pesquisa por inconsistências, de modo que o universo do estudo foi formado por 149 equipes NASF-AB do estado de São Paulo – 47 municípios que aderiram ao programa, representando 7,0% do total de 645 municípios que compõem o estado (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das equipes Nasf-AB participantes do PMAQ-AB de acordo com o IPRS, RRAS* e Região Administrativa – São Paulo, SP, Brasil, 2018.

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

continuação...

MUNICÍPIO	NASF	IPRS	RRAS	REGIÃO ADMINISTRATIVA/METROPOLITANA
Osvaldo Cruz	1	3	10	RA Presidente Prudente
Penápolis	1	5	12	RA Araçatuba
Peruíbe	1	5	7	RA Baixada Santista
Piraju	1	3	9	RA Itapeva
Praia Grande	2	2	7	RA Baixada Santista
Presidente Prudente	1	4	11	RA Presidente Prudente
Registro	1	5	7	RA Registro
Santa Fé do Sul	1	3	12	RA São José do Rio Preto
São Bernardo do Campo	10	1	1	RM São Paulo
São Caetano do Sul	2	1	1	RM São Paulo
São Carlos	1	1	13	RA Central
São João da Boa Vista	1	3	15	RA Campinas
São Paulo	74	2	6	RM São Paulo
Sud Mennucci	1	3	12	RA Araçatuba
Tupã	1	4	10	RA Marília
Tupi Paulista	1	4	11	RA Presidente Prudente
Urânia	1	4	12	RA São José do Rio Preto
Votuporanga	1	3	12	RA São José do Rio Preto

*Redes Regionais de Atenção à Saúde.

Os resultados (Tabela 2) mostram que 90,9% das equipes NASF-AB dos municípios agrupados de acordo com o IPRS 4 – municípios com riqueza baixa e indicadores sociais intermediários – alcançaram desempenho

satisfatório e muito satisfatório. As equipes Nasf-AB, do município de São Paulo, IPRS 2, obtiveram o maior percentual de desempenho satisfatório e muito satisfatório (95,8%).

Tabela 2 – Resultados das 149 equipes NASF-AB conforme classificação do desempenho da Organização do Processo de Trabalho (OPT), agrupadas de acordo com o IPRS – São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Classificação do Desempenho	Agrupamentos											
	IPRS 1		IPRS 2		IPRS 2 SP		IPRS 3		IPRS 4		IPRS 5	
	OPT	%	OPT	%	OPT	%	OPT	%	OPT	%	OPT	%
Muito insatisfatório	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Insatisfatório	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Regular	5	20,0	7	33,3	3	4,2	4	25,0	1	9,1	0	0,0
Satisfatório	10	40,0	8	38,1	24	33,3	7	43,7	7	63,6	2	50,0
Muito satisfatório	10	40,0	6	28,6	45	62,5	5	31,3	3	27,3	1	25,0
Soma da % de desempenho satisfatório e muito satisfatório	-	80,0	-	66,6	-	95,8	-	75,0	-	90,9	-	75,0

Somente uma equipe NASF-AB de um município (25,0%), de acordo com o IPRS 5, alcançou desempenho insatisfatório. Vinte equipes NASF-AB (13,4%) obtiveram desempenho regular em dezesseis municípios diferentes: cinco equipes (20,0%) de quatro municípios (36,4%), de acordo com o IPRS 1; sete equipes (33,3%) de cinco municípios, (55,5%), de acordo com o IPRS 2; três equipes (4,2%) do município de São Paulo; quatro equipes (25,0%) de quatro municípios (33,3%), de acordo com o IPRS 3; uma equipe (9,1%) de um município (10,0%), de acordo com o IPRS 5.

A análise dos dados, na subdimensão planejamento das ações, revela que as equipes com desempenho regular foram prejudicadas porque não receberam informações de saúde do gestor/coordenador como dados epidemiológicos, principais problemas de saúde do território, principais demandas das equipes SF e o perfil da demanda atendida pelo NASF-AB.

Os resultados mostram que 68 equipes NASF-AB (45,6%), das 149 participantes, responderam que não monitoravam as solicitações de apoio das equipes SF (ET. IV.10.1/1).

Dezesseis (80,0%) das 20 equipes NASF-AB com desempenho regular responderam que não realizavam o acompanhamento dos indicadores e informações de saúde em conjunto com as equipes da Atenção Primária à Saúde, e dezessete (85,0%) responderam que não realizavam o acompanhamento referente ao seu processo de trabalho.

A análise dos dados, na subdimensão organização do apoio matricial, mostra que a maioria (136 equipes, 91,3%) respondeu que dedicava um tempo semanal ou quinzenal para reunião interna (IV.9.1). Somente 13 equipes (8,7%), responderam que não reservavam nenhum período na agenda para a reunião, correspondendo a 11 municípios (23,4%) que participaram do 2º ciclo do PMAQ-AB/NASF-AB. Estes municípios pertenciam a diferentes agrupamentos, de acordo com o IPRS: um município do IPRS 1, cinco municípios do IPRS 2, um município do IPRS 3, dois municípios do IPRS 4 e dois municípios do IPRS 5.

Tais resultados revelam que os municípios que menos reservavam espaço para a organização do processo de trabalho das equipes NASF-AB foram do agrupamento IPRS 5 (50,0%) e do IPRS 2 (44,4%).

Das 149 equipes NASF-AB que participaram da avaliação externa, 144 (97,0%) realizavam reunião com as Equipes Saúde da Família, com periodicidade definida. As cinco equipes que não tinham periodicidade definida para realizar atividades/encontros com as Equipes Saúde da Família pertenciam a quatro municípios: dois do IPRS 2, um IPRS 3 e um do IPRS 4. Esses municípios correspondem a quase 10% (8,6%) do total dos municípios participantes e 22,2% dos municípios agrupados no IPRS 2.

DISCUSSÃO

A organização do processo de trabalho do NASF-AB engloba a cogestão e o apoio matricial, ferramentas indispensáveis para a realização do trabalho desempenhado pela equipe multiprofissional. A análise dos dados aponta que mais de 90% das equipes NASF-AB dedicavam um tempo semanal ou quinzenal para reunião interna. Este espaço é utilizado para reuniões entre os profissionais da própria equipe NASF-AB, com vistas ao planejamento das ações que serão realizadas e à organização do processo de trabalho.

A cogestão pode ajudar na priorização de casos que necessitem de retaguarda especializada na Atenção Primária à Saúde, além de organizar as agendas e outros tipos de atividades. Reforça-se a importância dos espaços de reunião para planejamento das ações, identificação coletiva das necessidades prioritárias, discussão dos casos complexos, levantamento da necessidade de articulação com os demais equipamentos do território e realização do matriciamento interno⁽¹¹⁾. Acresce-se, ainda, nos espaços das reuniões, ações como a intermediação dos casos para a rede de referência, apoio matricial, elaboração com maior número de colaboradores para construção do Projeto Terapêutico Singular e avaliação dos casos discutidos⁽³⁾.

Os resultados mostram que os municípios que menos reservavam espaço de cogestão (reunião) para a organização do processo de trabalho das equipes NASF-AB foram do agrupamento IPRS 5 (50,0%) e do IPRS 2 (44,4%). Esses

dados são confirmados por um estudo realizado no estado de São Paulo, o qual evidenciou que os municípios mais pobres, com pouca oferta de serviços e oportunidades, são os que menos realizam o planejamento das ações na Atenção Primária à Saúde⁽¹²⁾.

A cogestão do processo de trabalho é a primeira face da gestão participativa e serve para a democratização das relações de poder, a politização da gestão, a negociação e a transformação das práticas⁽¹³⁾. A segunda face ocorre por meio da cogestão do cuidado compartilhado com as Equipes Saúde da Família, com a realização do planejamento, organização e corresponsabilização da assistência. Esse momento se dá nas reuniões entre equipe NASF-AB e EqSF.

Essa cogestão do cuidado foi identificada, neste estudo, em mais de 90,0% das equipes NASF-AB junto às EqSF na reunião compartilhada com periodicidade definida entre as duas equipes, resultado semelhante ao encontrado em uma pesquisa realizada no município de São Paulo⁽¹¹⁾, na qual as equipes NASF-AB destinavam a maior parte de sua carga horária para reuniões com as equipes de SF referenciadas.

Contrariando esse achado, uma pesquisa realizada com seis equipes NASF-AB de um município de grande porte do Nordeste identificou que o atual arranjo dessas equipes não tem possibilitado o planejamento e a gestão em saúde⁽¹⁴⁾.

Além disso, as reuniões conjuntas não ocorrem em função de conflitos⁽¹⁴⁾, pela ausência dos médicos e enfermeiros⁽¹⁵⁾ e pela resistência das Equipes Saúde da Família ao novo modelo de gestão do trabalho⁽¹⁶⁾. Outros entraves identificados são a incompatibilidade das agendas, a falta de habilidades pessoais dos profissionais NASF-AB, como empatia, assertividade e organização, dificuldade em lidar com os conflitos e as relações de poder existentes entre os membros das equipes, as quais interferem na realização das reuniões e comprometem a efetivação do apoio matricial⁽¹⁶⁾.

Essas dificuldades estão presentes onde se observa tendência “para a transferência do cuidado entre as equipes, em detrimento do trabalho compartilhado”⁽⁶⁾.

Os profissionais não têm como hábito dialogar entre si, quicá entre os serviços, para construir coletivamente projetos terapêuticos, conforme preveem as diretrizes do NASF-AB⁽⁸⁾, por isso, investir na relação entre a equipe NASF-AB e as EqSF é de extrema importância para possibilitar o diálogo, a reavaliação e a reprogramação⁽¹⁾, com vistas à qualidade, à resolutividade, ao cuidado integral dos usuários acompanhados nos diversos territórios e nos demais pontos da rede de atenção à saúde. Todavia, isso nem sempre ocorre com facilidade, por falta da apropriação desse espaço pelas equipes, pela desorganização das suas agendas, pela ausência de discussão de casos, por falta de arranjo organizacional, e de foco ambulatorial, em detrimento do apoio matricial⁽¹⁵⁾.

A subutilização do matriciamento na perspectiva técnico-pedagógica⁽¹¹⁾ e a pouca abertura para a troca de saberes inviabilizam a cogestão do cuidado⁽¹⁷⁾. Os casos, em sua maioria, não são discutidos com a frequência e a profundidade que deveriam ser, muitas vezes são “passados” para o NASF-AB sem a corresponsabilização necessária

das Equipes de Saúde da Família no acompanhamento longitudinal^(15,18).

A flexibilização da cogestão entre a equipe NASF-AB e as EqSF deve ser discutida e planejada conjuntamente. Pode variar “desde uma dedicação maior às atividades de matriciamento, no formato de reunião para discussão de casos”⁽⁴⁾, a construção de projeto terapêutico singular^(4,11) até atendimentos individuais e compartilhados⁽¹⁷⁾. Essa possibilidade varia de acordo com o perfil sanitário e assistencial de cada município⁽⁴⁾. Todavia, o apoio matricial deve continuar sendo a principal estratégia para a organização do processo de trabalho e a corresponsabilização do cuidado, à medida que esta oportunize uma relação dialógica entre os profissionais.

Existem algumas formas para se realizar o apoio matricial, como, nas reuniões entre a equipe NASF-AB e as EqSF, nas reuniões técnicas e gerais na Unidade Básica de Saúde, nas consultas compartilhadas, nos grupos educativos e/ou terapêuticos, nas visitas domiciliares compartilhadas e nas ações intersectoriais, entre outras.

As ações interdisciplinares estão presentes em uma pequena parte da agenda das EqSF, uma vez que as práticas assistenciais individuais dominam a atuação dos profissionais dessas equipes⁽⁸⁾.

As potencialidades para a realização do apoio matricial são evidenciadas na diversidade de conhecimento que advém das diferentes categorias profissionais que compõem o NASF-AB, o que se reflete na discussão e no aprofundamento dos casos e no acúmulo de saberes, proporcionando a autonomia clínica e a qualidade do cuidado na periodicidade e sistemática das reuniões, na construção compartilhada do Projeto Terapêutico Singular e na articulação com a Rede de Atenção em Saúde⁽¹¹⁾.

Portanto, conhecer os entraves para a realização das reuniões de planejamento internas (NASF-AB), o planejamento compartilhado (NASF-AB/EqSF), a organização da agenda, a organização do apoio matricial, a gestão da demanda e da atenção compartilhada e o registro das atividades realizadas pelo NASF-AB pode potencializar a prática do matriciamento nos diversos contextos. Além disso, tal conhecimento pode melhorar a organização do trabalho entre as equipes ao aumentar o diálogo para a pactuação consensual baseada na necessidade de cada equipe e, também, ampliar o conhecimento da singularidade dos sujeitos e do território.

Por isso, fortalecer o processo de trabalho do NASF-AB junto às EqSF é extremamente importante, o que pode ser feito por meio de estratégias que possam melhorar a relação entre as equipes. Essas estratégias devem ser construídas localmente, com a participação dos profissionais e o apoio da gestão, na perspectiva da educação permanente em saúde. A garantia de espaços permanentes de diálogo, a escuta e a construção coletiva de saberes podem potencializar as habilidades interpessoais e de comunicação dos profissionais, assim como as práticas colaborativas e interdisciplinares, fortalecendo as relações e a integração para a concretização do trabalho em equipe. Em alguns contextos, a presença de um apoiador institucional mostra-se efetiva para estimular as transformações nos processos de trabalho, com vistas a uma grupalidade solidária, que busca superar os desafios e

alcançar uma melhor assistência compartilhada⁽¹⁹⁾, apesar das diferenças existentes na organização do trabalho entre as duas equipes⁽¹¹⁾. Essas diferenças ocorrem por várias questões, por exemplo, a produtividade que é exigida das EqSF. A produtividade, ou o atendimento de determinado número de pacientes numa perspectiva individualizada e puramente assistencial, faz com que a meta seja um entrave no trabalho das equipes. A solução para essa questão não está no âmbito das equipes, mas no da macrogestão – Secretarias Municipais de Saúde.

O resultado desta pesquisa mostra que a maioria das equipes NASF-AB tem realizado a organização do processo de trabalho em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, conforme outro estudo havia identificado⁽⁶⁾. Essa parceria ajuda a ampliar o trabalho desenvolvido pelas equipes apoiadas, desse modo, não limitam as ações desenvolvidas pelas EqSF. Essa organização do processo de trabalho evidencia a presença de apoio organizacional, indispensável para minimização dos conflitos e diferenças existentes na dinâmica de trabalho das equipes, também evita a fragmentação das ações, sendo uma estratégia que pode ser utilizada para melhorar a relação entre as equipes. Outras ações conjuntas também poderão diminuir os entraves na relação entre a equipe NASF-AB e EqSF, tais como atendimento individual compartilhado, atendimento domiciliar compartilhado, atividades coletivas compartilhadas⁽⁴⁾.

Estudo realizado com os dados do 2º ciclo do PMAQ-AB identificou ser a pactuação entre as equipes um dispositivo que facilita a comunicação e o acesso das equipes da EqSF às equipes NASF-AB, assim como a organização do processo de trabalho intra e interequipes ser outro dispositivo em busca da resolutividade por parte da equipe NASF-AB nos casos compartilhados⁽⁶⁾.

Contrariando esses dados, um estudo discute que as equipes NASF-AB de São Paulo atuam como dispositivo pré-regulador entre a EqSF e os diversos equipamentos do território que reduzem a capacidade de gerenciamento do cuidado em saúde realizado por estas equipes⁽²⁰⁾. Essa ideia contraria todas as diretrizes organizativas acerca do processo de trabalho dos NASF-AB, fundamentando-se na corresponsabilização do cuidado junto às EqSF, no apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial^(1-2,4-5).

Os Nasf-AB, enquanto dispositivo de cogestão do cuidado, potencializam a produção de mudanças na Atenção Básica por meio da incorporação de novas práticas no cotidiano dos serviços a partir do compartilhamento e apoio às práticas em saúde⁽²¹⁾.

Os resultados mostram que as ações de monitoramento e a análise dos dados referentes ao processo de trabalho não fazem parte da realidade das equipes NASF-AB e, de maneira geral, não estão incorporadas no dia a dia dos profissionais da saúde como um todo, o que reforça a importância de processos avaliativos como o PMAQ-AB, que estimulem a organização e a reflexão sobre a prática. Entretanto, é importante destacar que essas ações são excelentes ferramentas de gestão e organização do processo de trabalho, pois facilitam a tomada de decisão ao prover informações confiáveis e necessárias para as mudanças⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

A análise dos dados revela que as equipes NASF-AB do município de São Paulo e dos municípios do IPRS 4 (riqueza baixa e indicadores sociais intermediários) tiveram melhor desempenho na organização do processo de trabalho.

Considera-se que a organização do processo de trabalho da equipe NASF-AB depende do planejamento das ações, da organização da agenda individual, da organização do apoio matricial às equipes apoiadas, da gestão da atenção compartilhada e do registro de todas as atividades desenvolvidas pela equipe NASF-AB. Para realizar o planejamento das ações, é fundamental reservar horários para reuniões na agenda NASF-AB e EqSF, com o objetivo de organizar o trabalho.

O monitoramento e a análise dos dados são ferramentas indispensáveis para a Organização do Processo de Trabalho,

pois auxiliam a gestão e o planejamento das ações, mas têm sido pouco utilizados pelas equipes NASF-AB.

As equipes NASF-AB dos municípios IPRS 2 (alta riqueza e indicadores sociais insatisfatórios) e as do IRPS (baixa riqueza e indicadores sociais insatisfatórios) foram as que menos organizaram o processo de trabalho.

Os gestores municipais devem apropriar-se dos resultados do PMAQ-AB/NASF-AB, assim como dos resultados desta e de outras pesquisas. Desse modo, poderão apoiar a organização do trabalho das equipes multiprofissionais de apoio na Atenção Básica.

O estudo contribuiu para a compreensão da Organização do Processo de Trabalho desenvolvido pelo NASF-AB. Entretanto, apresenta limitações pelo fato de a análise basear-se em dados secundários. Os resultados desta pesquisa podem ajudar outros pesquisadores na elaboração de estudos sobre o trabalho do NASF-AB nas três esferas de governo.

RESUMO

Objetivo: Analisar o resultado do desempenho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família do estado de São Paulo, na dimensão Organização do Processo de Trabalho, na Avaliação do PMAQ-AB, segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social. **Método:** Estudo transversal, descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, baseado nos dados do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Foram analisadas por frequência simples 149 equipes, de 47 municípios, distribuídas em cinco agrupamentos, de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social. **Resultados:** As equipes do agrupamento quatro (municípios com baixa riqueza e indicadores sociais intermediários) alcançaram desempenho satisfatório e muito satisfatório (90,9%). As equipes dos municípios do agrupamento dois (alto índice de riqueza e indicadores sociais insatisfatórios) tiveram pior desempenho; as equipes do município de São Paulo obtiveram o maior percentual de desempenho satisfatório e muito satisfatório (95,8%). **Conclusão:** As equipes do município de São Paulo (alto índice de riqueza e indicadores sociais insatisfatórios) e as equipes dos municípios do agrupamento quatro (baixa riqueza e indicadores sociais intermediários) foram as que alcançaram melhor desempenho.

DESCRIPTORIOS

Enfermagem de Atenção Primária; Planejamento em Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Avaliação em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el resultado del desempeño de los Núcleos Ampliados de Salud de la Familia del Estado de São Paulo, en la dimensión Organización del Proceso de Trabajo, en la Evaluación del PMAQ-AB, según el Índice Paulista de Responsabilidad Social. **Método:** Estudio transversal, descriptivo, exploratorio, con abordaje cuantitativo, basado en los datos del 2º ciclo del Programa Nacional de Mejoría del Acceso y la Calidad de la Atención Básica. Fueron analizadas por frecuencia simple 149 equipos, de 47 municipios, distribuídas en cinco agrupaciones, según el Índice Paulista de Responsabilidad Social. **Resultados:** Los equipos de la agrupación cuatro (municipios con baja riqueza e indicadores sociales intermedios) alcanzaron desempeño satisfactorio y muy satisfactorio (90,9%). Los equipos de los municipios de la agrupación dos (alto índice de riqueza e indicadores sociales insatisfactorios) tuvieron peor desempeño; los equipos del municipio de São Paulo obtuvieron el mayor porcentual de desempeño satisfactorio y muy satisfactorio (95,8%). **Conclusión:** Los equipos del municipio de São Paulo (alto índice de riqueza e indicadores sociales insatisfactorios) y los equipos de los municipios de la agrupación cuatro (baja riqueza e indicadores sociales intermedios) fueron las que alcanzaron mejor desempeño.

DESCRIPTORIOS

Enfermería de Atención Primaria; Planificación en Salud; Grupo de Atención al Paciente; Evaluación en Salud; Calidad de la Atención de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2018 jan. 09]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2018 mar. 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
3. Gonçalves RMA, Lancman S, Szelwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. Rev Bras Saúde Ocup. 2015; 40(131):59-74.
4. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2018 jan. 09]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 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 [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2018 jan. 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html
6. Silva ICB, Silva LAB, Lima RSA, Rodrigues JA, Valença AMG, Sampaio J. Processo de Trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-10.
7. Gryscek ALFPL, Pereira AJ, Moyses DSZ, Saito RXS. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): no caminho para a integralidade da saúde. In: Ohara ECC, Saito RXS, organizadoras. *Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade*. 3ª ed. São Paulo: Martinari; 2014. p. 430-44.
8. Tesser CD. Núcleos de apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(62):565-78.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB). Brasília; 2015 [citado 2018 jan. 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html
10. São Paulo (Estado). Secretaria de Planejamento e Gestão; Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice Paulista de Responsabilidade Social. Síntese das Regiões Administrativas [Internet]. São Paulo: SEADE; 2014 [citado 2018 jan. 20]. Disponível em: http://indicesilp.al.sp.gov.br/view/pdf/iprs/IPRS_2014_V1_Sintese.pdf
11. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes NASF da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(9):2847-56.
12. Vallin S, Vieira AML, Osiano VLLR. A Estratégia Saúde da Família: Qualis em 101 municípios do Estado de São Paulo. In: Bittar OJNV, organizador. *Planejamento de Saúde: conhecimentos e ações*. São Paulo: Secretaria do Estado de Saúde; 2006. p. 189-206.
13. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc*. 2011;20(4):961-70.
14. Araújo EMD, Galimberti PA. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicol Soc*. 2013;25(2):461-8.
15. Hori AA, Nascimento AF. O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos NASF em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(8):3561-71.
16. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, Caixeta CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):1-9.
17. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Analysis of suffering at work in Family Health Support Centers. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 20];50(5):846-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500846
18. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(5):968-75.
19. Santana JS, Azevedo TL, Reichert APS, Medeiros AL, Soares MJGO. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: atuação da equipe junto à Estratégia Saúde da Família. *Rev Online Pesq Cuidado Fundam*. 2015;7(2):2362-71.
20. Arruda MSB, Pasquim HM, Soares CB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de São Paulo: ensaio crítico sobre seu papel na política de saúde. *Rev Faculdade Estácio de Sá*. 2012;2(7):184-93.
21. Valponi PRR, Garanhani ML, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo na atenção básica em Saúde. *Saúde Debate*. 2015;39 (n.esp):221-31.
22. Vasconcelos SM, Bosi MLM, Pontes RJS. Avaliação e monitoramento da Atenção Básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2891-900.

