

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ

*Family Health Support Center (Nasf): a national panorama based on
National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ) data*

Deniclara Brocardo¹, Carla Lourenço Tavares de Andrade², Márcia Cristina Rodrigues Fausto³,
Sheyla Maria Lemos Lima⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S109

RESUMO O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado em 2008 visando aumentar a resolutividade e o escopo das ações da Atenção Básica (AB). Composto por uma equipe multiprofissional deve desenvolver atividades conjuntas com as equipes AB, seguindo a lógica do apoio matricial e das ações técnico-pedagógicas ou clínico-assistenciais, pretendendo a integralidade do cuidado. O objetivo deste estudo foi analisar o trabalho do Nasf no território brasileiro, considerando a integração entre as equipes Nasf e AB, a partir de dados provenientes da avaliação externa do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) segundo ciclo. Os resultados encontrados apontam adequação quanto à infraestrutura, às atividades de apoio matricial e às atividades integradas com as equipes AB. Contudo, o monitoramento e análise de indicadores, a formação inicial e a educação permanente carecem de maior desenvolvimento.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Saúde da família. Política de saúde.

ABSTRACT *The Family Health Support Center (Nasf) was created in 2008 and aims to increase the resolution and scope of Primary Care (AB) actions. Composed by a multiprofessional team, it should develop joint activities with the AB teams, following the logic of matrix support and technical-pedagogical or clinical-assistencial actions, aiming at the integrity of care. The objective of this study was to analyze the work of the Nasf in Brazilian territory, considering the integration between the Nasf and AB teams, based on data from the external evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ) in the second cycle. The results found show adequacy of the infrastructure, matrix support activities and activities integrated with the AB teams. However, the monitoring and analysis of indicators, the initial training and the continuing education need greater attention.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Health evaluation. Family health. Health policy.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3712-9217>
deniclara.brocardo@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3232-0917>
carlamv@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0746-3684>
marciafausto@ensp.fiocruz.br

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1450-0498>
slemos@ensp.fiocruz.br



Introdução

A Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil, também denominada de Atenção Básica (AB), tem assumido em muitos países papel de relevância na organização do sistema público de saúde. Vários estudos internacionais e nacionais apontam resultados positivos a partir de sua atuação, referindo maior acesso aos serviços, melhor qualidade dos cuidados, maior foco na prevenção e redução de cuidados especializados desnecessários. Considera-se que uma APS resolutiveira possa contribuir para maior equidade no sistema de saúde em geral, para a prestação de atenção em saúde mais eficaz e para reduzir a mortalidade por mortes prematuras, doenças respiratórias e cardiovasculares¹⁻⁴.

Embora haja relativo consenso sobre a importância da APS na organização do sistema de saúde, diferentes arranjos nas práticas realizadas e na composição de profissionais envolvidos na APS são registrados⁴⁻⁶.

O médico generalista é o profissional mais comum em diferentes arranjos organizacionais. Contudo, observa-se, em muitos países, uma tendência à composição de equipes multiprofissionais para potencializar a cooperação interdisciplinar e aumentar a capacidade resolutiveira da APS⁷⁻⁹.

No Brasil, desde o final dos anos de 1990, o Ministério da Saúde (MS) tem investido e induzido a saúde da família como modelo para organização das práticas da APS. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como núcleo organizador do trabalho uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis por uma população de aproximadamente 3 mil pessoas cadastradas à equipe, em territórios definidos. As equipes ESF podem estar ligadas a uma equipe de Saúde Bucal (odontólogo, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) e a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)¹⁰.

O Nasf, criado, em 2008, com o objetivo de qualificar e tornar mais resolutiveira a atuação da AB, é constituído por uma equipe multiprofissional. A composição da equipe

Nasf, segundo diretriz ministerial, deve ser definida pelo gestor municipal, em consulta às equipes AB, de acordo com as necessidades identificadas no território, com o perfil epidemiológico e com as condições socioeconômicas da população¹¹. Espera-se que a atuação do Nasf seja de forma integrada e colaborativa com as equipes AB, segundo a lógica do apoio matricial, que envolve a atuação conjunta das duas equipes, em atividades de natureza técnico-pedagógica e clínico-assistencial^{12,13}. Embora apresentadas de forma separada, essas dimensões estão, na prática, fortemente imbricadas. Em tese, a atuação matricial incrementaria a resolutiveira e a integralidade da atenção prestada pela AB.

Embora se identifique a potencialidade do Nasf na resolução e qualificação da AB¹⁴⁻¹⁶, ainda são identificadas diferentes formas de implantação e operacionalização do Nasf; e é relatada pouca clareza dos profissionais quanto ao modo de operar o apoio matricial¹⁶⁻¹⁸.

Compreender a dinâmica do funcionamento das equipes Nasf na sua interface com as equipes AB pode ajudar na identificação de ações que contribuam para a operacionalização da atuação compartilhada entre as duas equipes. O instrumento de avaliação do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), entre outros aspectos, possibilita caracterizar as atividades desenvolvidas de forma conjunta entre equipes Nasf e AB no campo da gestão, planejamento, avaliação e no campo da assistência propriamente dita.

Dessa forma, este artigo objetiva caracterizar o desenvolvimento das atividades que compõem a atuação matricial do Nasf em todo território nacional, a partir da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, baseado em dados secundários do PMAQ do 2º ciclo da avaliação externa, relativo ao

período 2013-2014. Os dados utilizados são de domínio público e de acesso irrestrito, disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS¹⁹.

O PMAQ é um programa de avaliação e monitoramento da AB do MS composto por quatro fases. A avaliação externa é a terceira fase, na qual são observadas, *in loco*, as condições de funcionamento das equipes que aderiram ao programa. É realizada por meio de parceria entre o MS e Instituições de Ensino e Pesquisa, que ficam responsáveis pela coleta de dados em todo o território nacional. O instrumento de avaliação externa, aplicado por pesquisadores capacitados, é composto por seis módulos: o primeiro e o quinto dispõem sobre a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O segundo, quarto e sexto módulos são direcionados aos profissionais da equipe AB, equipe Nasf e equipe de Saúde Bucal, respectivamente. O terceiro módulo é aplicado aos usuários.

Para o presente estudo, foram consideradas, das 91 variáveis do Módulo IV, apenas aquelas que contemplavam a caracterização da estrutura física disponível, oferta de capacitação, ações de gestão, planejamento, coordenação das equipes e de desenvolvimento do apoio matricial.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva; e as tabulações, frequências simples, porcentagem e cruzamentos foram realizados por meio do *software* SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz no mês de maio/2017, identificado pelo CAAE 68410017.3.0000.5240, sendo aprovada pelo

parecer consubstanciado de número 2.111.925, em 9 de junho de 2017.

Resultados e discussão

Adesão ao PMAQ

Foram consideradas 1.774 equipes Nasf que responderam à avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ, relativo ao período 2013-2014, correspondendo a 45,5% das equipes Nasf informadas pelo MS em 2014. O baixo percentual registrado de participação das equipes Nasf contrastou com os 75,8% de participação das equipes AB (*tabela 1*). A participação das equipes Nasf e AB no PMAQ perante o número de equipes informadas pelo MS evidenciou uma situação relativamente semelhante entre as regiões do País, porém bastante diversa entre os estados.

Considerando as equipes Nasf, as regiões Sudeste e Nordeste apresentaram percentuais de adesão pouco maiores que a média referida, 50,0% e 47,5%, respectivamente. A região Sul registrou o menor percentual, 35,3%. Destoaram os estados do Tocantins (19,4%), do Espírito Santo (25,0%), do Maranhão (28,6%) e do Rio Grande do Sul (29,5%), com as menores participações. Com elevada participação, destacaram-se os estados do Amapá com 85,0% e os de Rondônia, do Ceará, de Pernambuco, do Rio de Janeiro e de Mato Grosso do Sul, todos com mais de 60,0% das equipes Nasf participando do 2º ciclo do PMAQ (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição das equipes AB e Nasf informadas pelo Ministério da Saúde e respondentes da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2014

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Equipes AB			Equipes Nasf			Número de equipes AB com Nasf referido**	N Equipes AB implantadas / N Equipes Nasf implantadas
	N implanta-das*	N responderam ao PMAQ**	% AB implanta-da que res-ponderam ao PMAQ	N implanta-das*	N responderam ao PMAQ**	% Nasf im-plantadas que responderam ao PMAQ		
Brasil	39.310	29.778	75,8	3.898	1.774	45,5	17.157	10,1
Norte	3.189	2.160	67,7	312	126	40,4	997	10,2
Rondônia	368	252	68,5	14	9	64,3	109	26,3
Acre	209	99	47,4	21	9	42,9	42	10,0
Amazonas	671	469	69,9	55	29	52,7	164	12,2
Roraima	115	77	67,0	9	4	44,4	20	12,8
Pará	1.196	776	64,9	90	38	42,2	368	13,3
Amapá	160	126	78,8	20	17	85,0	105	8,0
Tocantins	470	361	76,8	103	20	19,4	189	4,6
Nordeste	14.836	10.768	72,6	1.730	821	47,5	7.420	8,6
Maranhão	2.004	660	32,9	154	44	28,6	342	13,0
Piauí	1.266	865	68,3	234	86	36,8	696	5,4
Ceará	2.303	1.626	70,6	215	141	65,6	1.315	10,7
Rio Grande do Norte	1.018	862	84,7	160	57	35,6	616	6,4
Paraíba	1.344	1.211	90,1	262	116	44,3	979	5,1
Pernambuco	2.142	1.845	86,1	218	141	64,7	1.322	9,8
Alagoas	820	698	85,1	125	54	43,2	469	6,6
Sergipe	634	376	59,3	33	12	36,4	148	19,2
Bahia	3.305	2.625	79,4	329	170	51,7	1.533	10,0
Sudeste	12.934	10.100	78,1	1.043	521	50,0	5.575	12,4
Minas Gerais	5.079	4.180	82,3	629	295	46,9	2.558	8,1
Espírito Santo	698	516	73,9	20	5	25,0	58	34,9
Rio de Janeiro	2.377	1.881	79,1	117	71	60,7	1.047	20,3
São Paulo	4.780	3.523	73,7	277	150	54,2	1.912	17,3
Sul	5.620	4.509	80,2	535	189	35,3	2.070	10,5
Paraná	2.209	1.789	81,0	209	76	36,4	817	10,6
Santa Catarina	1.642	1.467	89,3	221	82	37,1	916	7,4
Rio Grande do Sul	1.769	1.253	70,8	105	31	29,5	337	16,8
Centro-Oeste	2.731	2.241	82,1	278	117	42,1	1.095	9,8
Mato Grosso do Sul	546	437	80,0	60	38	63,3	296	9,1
Mato Grosso	630	514	81,6	44	17	38,6	192	14,3
Goiás	1.313	1.180	89,9	168	60	35,7	550	7,8
Distrito Federal	242	110	45,5	6	2	33,3	57	40,3

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Ministério da Saúde²⁰.

*Ministério da Saúde, 2017.

**Banco de dados PMAQ, segundo ciclo, 2014.

Quanto à participação das equipes AB, a região Norte registrou a menor (67,7%); e a Centro-Oeste, a maior participação (82,1%). As menores participações foram observadas no Maranhão (32,9%), no Distrito Federal (45,5%) e no Acre (47,4%). O estado com maior participação foi o da Paraíba (90,1%). Nos estados do Rio Grande do Norte, de Pernambuco, de Alagoas, de Minas Gerais, do Paraná, de Santa Catarina, de Mato Grosso, do Mato Grosso do Sul e de Goiás, ao menos 80,0% das equipes AB participaram do PMAQ (*tabela 1*).

A diferença entre a participação das equipes AB e Nasf no PMAQ, em parte, pode ser explicada por ter sido a primeira vez que o Nasf participou da avaliação do PMAQ, diferentemente da equipe AB, que participa desde o início do processo. Além disso, a participação da equipe Nasf no PMAQ não é uma decisão da equipe, e, sim, do gestor municipal juntamente com a equipe AB que, de forma voluntária, aderem ao PMAQ. A participação do Nasf está condicionada à adesão da equipe AB à qual está vinculada^{21,22}.

Por outro lado, as diferenças observadas na participação das equipes Nasf e AB no PMAQ entre os estados podem, em parte, ser explicadas pela heterogeneidade decorrente da descentralização de saúde e do federalismo fiscal que provocam iniquidades na oferta e acesso aos serviços de saúde²³.

Outro aspecto importante a ser observado refere-se à disparidade da razão entre equipes AB e Nasf implantadas entre os estados do País. Observou-se que o Tocantins (4,6), o Piauí (5,4) e a Paraíba (5,1) apresentaram as menores razões, enquanto o Distrito Federal (40,3), o Espírito Santo (34,9) e Rondônia (26,3), os valores mais elevados ao se dividir o número de equipes AB pelo número de equipes Nasf (*tabela 1*).

Considerando-se que as diretrizes ministeriais preconizam, no máximo, nove equipes

AB por equipe Nasf (dependendo do tipo de Nasf), supõe-se que os estados que apresentaram razão menor ou próxima ao padrão seriam aqueles com melhores resultados de implantação do Nasf. Em contrapartida, destacaram-se negativamente os estados com razões muito elevadas, indicando uma implantação do Nasf ainda incipiente²⁴.

De toda forma, houve um incremento na implantação dos Nasf no País. Considerando a razão entre equipes AB e Nasf, em estudo realizado em 2012, observou-se que as regiões Norte (16,9), Nordeste (18,1), Sudeste (21,1), Sul (33,4) e Centro-Oeste (20,9) apresentaram razões bem superiores (16). Enquanto as encontradas no estudo atual foram, respectivamente, 10,2, 8,6, 12,4, 10,5 e 9,8.

Nos resultados a seguir apresentados, sintetizados nas *tabelas 2, 3, 4 e 5*, o total de equipes respondentes (N) é diferente entre si para algumas questões e diferente do total de equipes que participaram do PMAQ (1.774 equipes Nasf), pois nem sempre todas as questões foram respondidas por todas as equipes. Ou seja, há diferentes N, para as diferentes questões do instrumento de avaliação.

Estrutura física e capacitação profissional

Considerando o espaço físico utilizado para realização das atividades do Nasf, predominou a existência de consultórios compartilhados entre as equipes Nasf e AB, assim referido por 85,7% das equipes Nasf. Ainda vale registrar que 72,8% e 82,7% das equipes, respectivamente, informaram haver sala de reuniões na unidade e espaços no território para atuação do Nasf. Por fim, destaca-se que 80,0% das equipes registraram disponibilidade de veículo, sempre ou na maioria das vezes, para realização de seu trabalho (*tabela 2*).

Tabela 2. Espaços utilizados, disponibilidade de veículo, formação específica e educação permanente para as equipes Nasf, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2014

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Espaços utilizados (N=1.774)						Disponibilidade de veículo (N=1.333)				Formação específica (N=1.774)		Educação permanente (N=1.774)	
	Consultório exclusivo Nasf		Consultório compartilhado		Sala de reuniões na unidade		Espaços no território		Sempre/Na maioria das vezes		Para todos os profissionais		Para todos os profissionais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	690	38,9	1521	85,7	1291	72,8	1467	82,7	1.067	80,0	809	45,6	916	51,6
Norte	58	46,0	93	73,8	54	42,9	77	61,1	59	77,6	38	30,2	27	21,4
Rondônia	4	44,4	7	77,8	4	44,4	5	55,6	5	83,3	-	-	-	-
Acre	6	66,7	4	44,4	6	66,7	5	55,6	4	80,0	2	22,2	2	22,2
Amazonas	9	31,0	25	86,2	13	44,8	22	75,9	13	72,2	8	27,6	7	24,1
Roraima	1	25,0	4	100,0	2	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Pará	17	44,7	28	73,7	13	34,2	19	50,0	23	85,2	16	42,1	10	26,3
Amapá	8	47,1	13	76,5	8	47,1	12	70,6	4	80,0	6	35,3	3	17,6
Tocantins	13	65,0	12	60,0	8	40,0	14	70,0	10	71,4	6	30,0	5	25,0
Nordeste	311	37,9	692	84,3	570	69,4	680	82,8	572	82,7	361	44,0	385	46,9
Maranhão	27	61,4	33	75,0	29	65,9	36	81,8	26	76,5	9	20,5	18	40,9
Piauí	46	53,5	62	72,1	42	48,8	62	72,1	74	90,2	40	46,5	35	40,7
Ceará	77	54,6	120	85,1	102	72,3	121	85,8	111	89,5	68	48,2	73	51,8
Rio Grande do Norte	29	50,9	49	86,0	45	78,9	52	91,2	38	86,4	30	52,6	28	49,1
Paraíba	32	27,6	100	86,2	84	72,4	104	89,7	71	82,6	41	35,3	52	44,8
Pernambuco	36	25,5	124	87,9	91	64,5	110	78,0	81	71,7	68	48,2	71	50,4
Alagoas	17	31,5	36	66,7	28	51,9	38	70,4	39	79,6	16	29,6	18	33,3
Sergipe	8	66,7	9	75,0	10	83,3	9	75,0	10	83,3	4	33,3	6	50,0
Bahia	39	22,9	159	93,5	139	81,8	148	87,1	122	82,4	85	50,0	84	49,4
Sudeste	202	38,8	475	91,2	424	81,4	457	87,7	248	78,2	276	53,0	326	62,6
Minas Gerais	136	46,1	270	91,5	246	83,4	255	86,4	190	80,9	146	49,5	164	55,6
Espírito Santo	1	20,0	4	80,0	3	60,0	4	80,0	1	20,0	1	20,0	-	-
Rio de Janeiro	13	18,3	68	95,8	42	59,2	67	94,4	21	65,6	37	52,1	44	62,0
São Paulo	52	34,7	133	88,7	133	88,7	131	87,3	36	80,0	92	61,3	118	78,7
Sul	73	38,6	170	89,9	156	82,5	163	86,2	117	77,0	82	43,4	125	66,1
Paraná	21	27,6	67	88,2	58	76,3	62	81,6	41	78,8	42	55,3	44	57,9
Santa Catarina	42	51,2	77	93,9	72	87,8	76	92,7	59	74,7	34	41,5	61	74,4
Rio Grande do Sul	10	32,3	26	83,9	26	83,9	25	80,6	17	81,0	6	19,4	20	64,5
Centro-Oeste	46	39,3	91	77,8	87	74,4	90	76,9	71	74,0	52	44,4	53	45,3
Mato Grosso do Sul	13	34,2	30	78,9	32	84,2	28	73,7	21	65,6	17	44,7	26	68,4
Mato Grosso	6	35,3	12	70,6	11	64,7	10	58,8	9	75,0	2	11,8	3	17,6
Goiás	27	45,0	47	78,3	42	70,0	50	83,3	40	78,4	32	53,3	23	38,3
Distrito Federal	-	-	2	100,0	2	100,0	2	100,0	1	100,0	1	50,0	1	50,0

Fonte: Elaboração própria, com base em dados Banco de dados PMAQ, segundo ciclo, 2014.

Nota: Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Os resultados foram bastante satisfatórios diante do incentivo à atuação conjunta das duas equipes, Nasf e AB, na utilização de espaços de atendimento comuns e na inserção das equipes nos locais de moradia da população, inclusive, para tanto, com veículo disponível para seu deslocamento.

Exceções foram observadas nos estados do Acre (66,7%), de Sergipe (66,7%), do Tocantins (65,0%) e do Maranhão (61,4%), que apresentaram elevados percentuais de consultório exclusivo para o Nasf. Com resultados também insatisfatórios, o estado de Roraima informou não ter disponibilidade de veículo para sua atuação, e no Espírito Santo, somente uma equipe informou ter veículo disponível (*tabela 2*).

Apesar dos resultados positivos e dos recursos investidos na AB advindos do PMAQ e do Programa de requalificação das Unidades Básicas de Saúde/Requalifica UBS, ainda há inadequação ou insuficiência de estrutura e insumos nas UBS, principalmente nos estados do Norte e do Nordeste, possivelmente associados ao baixo desenvolvimento econômico e oferta de serviços. Em contraposição, as regiões Sul e Sudeste, mais desenvolvidas e com maior número de serviços, apresentam resultados mais satisfatórios quanto à infraestrutura²⁵⁻²⁸. Ressalta-se, ainda, que as UBS cujas equipes aderiram ao PMAQ, e que, portanto, foram objeto de avaliação por parte das equipes Nasf, são aquelas que apresentam melhores condições estruturais, inclusive com equipes completas^{29,30}.

Resultados não tão satisfatórios foram observados em relação à oferta de formação específica (por ocasião do início do trabalho) e educação permanente (processo contínuo de revisão das práticas de trabalho), em que, respectivamente, 45,6% e 51,6% das equipes informaram ter tido as referidas ações de formação para todos os profissionais da equipe (*tabela 2*).

Dentre os temas mais abordados na educação permanente, destacaram-se a organização do processo de trabalho do Nasf (83,8%), saúde

mental (80,7%), conflitos sociais (79,7%), princípios e diretrizes da AB (76,1%), organização do processo de trabalho da AB (75,3%) e condições crônicas (74,8%)³⁰.

É importante assinalar que a formação específica e a educação permanente foram referidas como sendo ofertadas para alguns ou para nenhum profissional por 54,4% e 48,4% das equipes respectivamente. Os resultados foram ainda piores nos estados de Rondônia e de Roraima, onde a totalidade das equipes registrou a inexistência de qualquer tipo de oferta de capacitação. No Espírito Santo, nenhuma equipe informou ter recebido educação permanente (*tabela 2*). Tais resultados contrastam com os observados no 1º ciclo do PMAQ destinado exclusivamente às equipes AB, em que mais de 80,0% das equipes informaram iniciativas de educação permanente, ainda que em municípios de pequeno porte o percentual tenha sido menor (67,4%)³².

Estudos anteriores já apontavam deficiência na formação, falta de apoio para capacitação e qualificação dos profissionais e necessidade de educação permanente^{16,33-35}. Tendo em consideração que as ações de educação permanente se embasam nos problemas cotidianos e no protagonismo dos profissionais, investir nessas ações pode contribuir para o fortalecimento e comprometimento dos profissionais, assim como motivá-los e mantê-los nos serviços de saúde^{32,36,37}.

Operacionalização do trabalho entre as equipes Nasf e AB

Considerando a gestão das equipes Nasf, a existência de coordenação foi referida por 92,6% das equipes. Resultado positivo foi observado em quase todos os estados, com mais de 75,0% das equipes informando a existência de coordenação, exceto Mato Grosso (64,7%). Destaca-se, entretanto, o registro de equipes sem coordenação em quase todos os estados, exceção observada nos estados de Roraima, do Espírito Santo e no Distrito Federal, nos quais todas as equipes registraram haver coordenação (*tabela 3*).

Tabela 3. Coordenação da equipe Nasf, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2014

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Existência de coordenação (N=1.774)		Instância que realiza a coordenação (N=1.642)			
	N	%	Comum com AB		Específica Nasf	
			N	%	N	%
Brasil	1.642	92,6	444	27,0	1.012	61,6
Norte	111	88,1	26	23,4	80	72,1
Rondônia	7	77,8	4	57,1	3	42,9
Acre	7	77,8	-	-	7	100,0
Amazonas	24	82,8	6	25,0	16	66,7
Roraima	4	100,0	1	25,0	3	75,0
Pará	35	92,1	7	20,0	27	77,1
Amapá	15	88,2	1	6,7	14	93,3
Tocantins	19	95,0	7	36,8	10	52,6
Nordeste	768	93,5	204	26,6	506	65,9
Maranhão	42	95,5	6	14,3	34	81,0
Piauí	78	90,7	18	23,1	55	70,5
Ceará	137	97,2	29	21,2	103	75,2
Rio Grande do Norte	54	94,7	16	29,6	31	57,4
Paraíba	109	94,0	28	25,7	63	57,8
Pernambuco	136	96,5	36	26,5	92	67,6
Alagoas	47	87,0	8	17,0	36	76,6
Sergipe	11	91,7	3	27,3	8	72,7
Bahia	154	90,6	60	39,0	84	54,5
Sudeste	489	93,9	136	27,8	271	55,4
Minas Gerais	275	93,2	89	32,4	139	50,5
Espírito Santo	5	100,0	3	60,0	2	40,0
Rio de Janeiro	63	88,7	19	30,2	36	57,1
São Paulo	146	97,3	25	17,1	94	64,4
Sul	175	92,6	43	24,6	104	59,4
Paraná	72	94,7	17	23,6	48	66,7
Santa Catarina	78	95,1	16	20,5	45	57,7
Rio Grande do Sul	25	80,6	10	40,0	11	44,0
Centro-Oeste	99	84,6	35	35,4	51	51,5
Mato Grosso do Sul	33	86,8	8	24,2	20	60,6
Mato Grosso	11	64,7	5	45,5	3	27,3
Goiás	53	88,3	21	39,6	27	50,9
Distrito Federal	2	100,0	1	50,0	1	50,0

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Banco de dados do PMAQ, segundo ciclo, 2014.

Nota: Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Identificando-se a instância responsável pela coordenação, observou-se que apenas 27,0% das equipes informaram haver uma coordenação comum para as equipes Nasf e AB, qual seja, a coordenação da AB. Predominou a coordenação específica para o Nasf, informada por 61,6% das equipes. Este foi o padrão para todos os estados, exceto Rondônia, Espírito Santo e Mato Grosso, nos quais predominou a coordenação comum ou AB. No Distrito Federal, a coordenação foi referida igualmente entre a específica e a comum (tabela 3).

Embora a coordenação comum entre as equipes AB e Nasf, por si só, não assegure a integração entre as equipes, sua existência

pode ser um fator facilitador. Argumenta-se que a existência de espaços coletivos e de cogestão, em que objetivos e estratégias de atuação sejam compartilhados, podem potencializar a institucionalização do Nasf, o apoio matricial e a integração entre AB e Nasf³⁸.

Em relação às ações realizadas por meio do apoio matricial, o planejamento de atividades realizado de forma conjunta entre as equipes Nasf e AB foi relatado por 87,0% das equipes Nasf (tabela 4). Corroborando esse resultado, a pactuação das atividades da agenda de trabalho, entre as duas equipes, foi informada por 92,6% das equipes. O único estado com percentual de pactuação menor que 70,0% foi Rondônia (55,6%) (tabela 4).

Tabela 4. Apoio matricial - planejamento e avaliação realizados de forma conjunta entre equipes Nasf e AB, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2014

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Planejamento (N=1.706)		Pactuação do cronograma de atividades (N=1.774)		Ações não programadas, em situações imprevistas (sempre/na maioria das vezes) (N=1.774)		Registro de atividades em prontuário comum (N=1.774)		Monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde (N=1.774)		Monitoramento Terapêutico Singular (PTS) (N=1.774)		Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada (N=1.774)		Sem periodicidade definida ou Periodicidade diferente entre equipes (N=1.774)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Brasil	1.485	87,0	1.643	92,6	1.445	81,5	1.472	83,0	1.153	65,0	1.141	64,3	1.100	62,0	491
Norte	88	79,3	107	84,9	102	81,0	100	79,4	80	63,5	68	54,0	64	50,8	46	36,5
Rondônia	2	33,3	5	55,6	9	100,0	3	33,3	2	22,2	3	33,3	2	22,2	7	77,8
Acre	6	85,7	8	88,9	5	55,6	7	77,8	8	88,9	6	66,7	6	66,7	3	33,3
Amazonas	20	80,0	21	72,4	24	82,8	26	89,7	17	58,6	13	44,8	16	55,2	10	34,5
Roraima	3	100,0	4	100,0	3	75,0	4	100,0	3	75,0	3	75,0	2	50,0	2	50,0
Pará	32	88,9	36	94,7	32	84,2	34	89,5	26	68,4	25	65,8	17	44,7	11	28,9
Amapá	11	73,3	16	94,1	15	88,2	13	76,5	11	64,7	9	52,9	10	58,8	8	47,1
Tocantins	14	73,7	17	85,0	14	70,0	13	65,0	13	65,0	9	45,0	11	55,0	5	25,0
Nordeste	693	87,1	762	92,8	637	77,6	647	78,8	557	67,8	482	58,7	509	62	253	30,8
Maranhão	31	73,8	40	90,9	27	61,4	34	77,3	31	70,5	24	54,5	30	68,2	13	29,5
Piauí	72	86,7	79	91,9	64	74,4	54	62,8	60	69,8	52	60,5	48	55,8	27	31,4
Ceará	128	92,8	130	92,2	108	76,6	120	85,1	99	70,2	87	61,7	78	55,3	38	27,0
Rio Grande do Norte	53	96,4	55	96,5	45	78,9	47	82,5	42	73,7	36	63,2	38	66,7	13	22,8
Paraíba	96	85,7	105	90,5	90	77,6	74	63,8	75	64,7	48	41,4	73	62,9	42	36,2
Pernambuco	120	87,6	135	95,7	123	87,2	127	90,1	95	67,4	100	70,9	95	67,4	37	26,2
Alagoas	36	73,5	45	83,3	42	77,8	35	64,8	34	63,0	24	44,4	27	50,0	32	59,3
Sergipe	9	75,0	11	91,7	9	75,0	7	58,3	7	58,3	4	33,3	7	58,3	4	33,3
Bahia	148	88,1	162	95,3	129	75,9	149	87,6	114	67,1	107	62,9	113	66,5	47	27,6

Tabela 4. (cont.)

Sudeste	454	90,1	499	95,8	449	86,2	473	90,8	341	65,5	398	76,4	364	69,9	93	17,9
Minas Gerais	262	91,9	283	95,9	257	87,1	260	88,1	196	66,4	217	73,6	203	68,8	50	16,9
Espírito Santo	3	75,0	4	80,0	2	40,0	4	80,0	4	80,0	2	40,0	3	60,0	3	60,0
Rio de Janeiro	54	79,4	65	91,5	61	85,9	63	88,7	40	56,3	54	76,1	43	60,6	22	31,0
São Paulo	135	91,8	147	98,0	129	86,0	146	97,3	101	67,3	125	83,3	115	76,7	18	12,0
Sul	155	84,7	168	88,9	166	87,8	175	92,6	105	55,6	122	64,6	101	53,4	58	30,7
Paraná	56	78,9	66	86,8	68	89,5	72	94,7	35	46,1	44	57,9	33	43,4	31	40,8
Santa Catarina	74	90,2	75	91,5	77	93,9	76	92,7	51	62,2	58	70,7	50	61,0	18	22,0
Rio Grande do Sul	25	83,3	27	87,1	21	67,7	27	87,1	19	61,3	20	64,5	18	58,1	9	29,0
Centro-Oeste	95	84,8	107	91,5	91	77,8	77	65,8	70	59,8	71	60,7	62	53,0	41	35,0
Mato Grosso do Sul	33	91,7	34	89,5	29	76,3	27	71,1	27	71,1	22	57,9	20	52,6	11	28,9
Mato Grosso	11	68,8	12	70,6	13	76,5	10	58,8	5	29,4	5	29,4	5	29,4	9	52,9
Goiás	50	86,2	59	98,3	47	78,3	38	63,3	38	63,3	43	71,7	37	61,7	21	35,0
Distrito Federal	1	50,0	2	100,0	2	100,0	2	100,0	-	-	1	50,0	-	-	-	-

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Banco de dados PMAQ, segundo ciclo, 2014.

Nota: Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Registra-se ainda que as equipes identificaram haver flexibilização para atuar nas situações não previstas. A possibilidade de realizar ações não programadas em situações imprevistas foi registrada por 81,5% das equipes Nasf, como sendo realizada sempre ou na maioria das vezes (*tabela 4*).

Em relação ao uso de prontuário comum entre as equipes Nasf e AB, observou-se que 83,0% das equipes Nasf informaram positivamente. A exceção dos estados de Rondônia (33,3%), do Piauí (62,8%), da Paraíba (63,8%), de Alagoas (63,8%), de Sergipe (58,3%) e de Goiás (63,3%), nos outros estados, ao menos, 65,0% das equipes referiram seu uso (*tabela 4*).

Cabe ainda destacar o monitoramento e a análise de indicadores e informações em saúde realizada pelas equipes AB e Nasf referido por 65,0% das equipes Nasf. Menos da metade das equipes Nasf informou realizá-los nos estados de Rondônia (22,2%), de Mato Grosso (29,4%) e do Paraná (46,1%). Pior resultado ainda foi registrado no Distrito Federal, onde nenhuma equipe informou fazer monitoramento (*tabela 4*).

Ainda no campo do monitoramento e avaliação, resultado similar foi encontrado para o monitoramento conjunto pelas duas equipes do Projeto Terapêutico Singular (PTS), informado por 64,3% das equipes Nasf. Novamente ganharam destaque negativo os estados de Rondônia e de Mato Grosso com, respectivamente, apenas 33,3% e 29,4% das equipes informando realizá-los. Acompanharam este resultado os estados do Amazonas, do Tocantins, de Alagoas, da Paraíba e do Espírito Santo, em que um pouco mais de 40,0% das equipes informaram o monitoramento do PTS (*tabela 4*).

Resultado semelhante foi assinalado para o monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada, referido por 62,0% das equipes Nasf. As equipes dos estados de Rondônia e de Mato Grosso informaram que apenas 22,2%, e 29,4% delas, respectivamente, monitoravam e avaliavam a atenção compartilhada (*tabela 4*).

Esses resultados indicam fragilidade e necessidade de incrementar o monitoramento do PTS e da atenção compartilhada bem

como a análise e monitoramento de indicadores em saúde. O monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes integra o planejamento e constitui componente estratégico para o processo de trabalho e mudança das práticas em saúde^{39,40}.

Quanto à periodicidade de reuniões entre equipes Nasf e AB para o desenvolvimento do apoio matricial, assinala-se que quase um terço das equipes Nasf (27,7%) no País ainda referiu não haver periodicidade predefinida (sem periodicidade e periodicidade diferente entre as equipes). Resultados mais negativos foram encontrados nos estados de Rondônia,

de Roraima, de Alagoas, do Espírito Santo e de Mato Grosso, em que 78,8%, 50,0%, 59,3%, 60,0% e 52,9%, respectivamente, das equipes Nasf fizeram tal registro (*tabela 4*).

Destacaram-se as atividades de apoio matricial, realização de visitas (92,8%), discussão de casos clínicos mais complexos e de eventos sentinela (88,8%), intervenção no território (86,5%) e realização de consultas compartilhadas (83,5%), como aquelas com maior potencial para incentivar a integração e atuação conjunta entre as equipes (*tabela 5*). Tais atividades são esperadas considerando-se as diretrizes ministeriais para sua atuação.

Tabela 5. Atividades do apoio matricial e registro de informação utilizado pela equipe Nasf, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2014

Variáveis	N	%
Atividades de apoio matricial realizadas nos encontros entre Nasf/AB (N=1.774)		
Realizam visitas com os profissionais da sua equipe	1.646	92,8
Discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores	1.575	88,8
Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe	1.534	86,5
Consultas compartilhadas com os profissionais da Equipe de Atenção Básica	1.482	83,5
Registro de informação (N=1.774)		
Sim	1.727	97,4
Não	47	2,6
Dispositivo utilizado para registro de informações (N=1.727)		
Fichas, planilhas ou relatórios construídos pela própria equipe NASF	1.127	65,3
SIAB	763	44,2
Sistema próprio do município/equipe	538	31,2
e-SUS	315	18,2
Outros	267	15,5
SIA	264	15,3

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Banco de dados PMAQ, segundo ciclo, 2014.

Significativo percentual das equipes Nasf (97,4%) referiu registro das ações realizadas em algum sistema de informação. Porém, apesar de o MS disponibilizar sistemas para registro das atividades na AB (Sistema de Informação Ambulatorial/SIA, Sistema

de Informações da AB/e-SUS e Sistema de Informação da Atenção Básica/Siab), chamou a atenção que 65,3% das equipes informaram ter criado seus formulários, fichas ou relatórios para registro de suas ações (*tabela 5*).

Esse resultado evidencia uma dispersão e possivelmente repetição de registro das informações entre os sistemas oficiais e entre os criados pelas equipes. A fragmentação e duplicidade de registro não são eficientes, não favorecem a integração entre as equipes Nasf e AB, tampouco a gestão, planejamento, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito da AB^{34,35,39,40}.

Considerações finais

O estudo se destaca como sendo o primeiro diagnóstico, de âmbito nacional, sobre o trabalho que as equipes Nasf realizam com as equipes AB, tendo em vista que a avaliação externa do PMAQ do 1º ciclo não contemplou as equipes Nasf.

O estudo permitiu reconhecer os avanços da implantação do Nasf, assim como importantes desafios para que a AB seja fortalecida na sua capacidade de reconhecer necessidades em saúde e de responder de forma mais oportuna e adequada, seja no âmbito de sua intervenção, seja em outros pontos de atenção dentro do sistema de saúde e no diálogo com outras políticas intersetoriais.

Evidenciou ainda o avanço da política no sentido do fortalecimento da APS, com a incontestável implantação de equipes matriciadoras em todo o País, apesar do espaço que ainda existe para a sua expansão quantitativa. Ainda há equipes de AB em regiões brasileiras que, por não alcançarem as condições exigidas para adesão ao PMAQ, não foram contempladas com equipes Nasf e, portanto, não estão representadas no estudo.

Embora se reconheça a importância do incentivo financeiro dado pelo PMAQ aos municípios para implantarem as equipes ESF e Nasf, o mecanismo por si só não assegura que regiões prioritárias com populações mais vulneráveis recebam tais recursos e implantem equipes.

Apesar dos resultados satisfatórios encontrados, permanecem existindo algumas

insuficiências que, possivelmente, comprometem a resolutividade e a qualidade do cuidado ofertado na AB. Ainda é problema o investimento na capacitação continuada e qualificação dos profissionais tanto nos aspectos assistenciais quanto no uso de dispositivos que propiciem mais integração entre as equipes Nasf e AB, em especial o matriciamento. Entre eles, chamou a atenção de forma negativa o monitoramento do plano terapêutico, da atenção compartilhada e dos indicadores em saúde.

Além disso, alguns estados com resultados mais negativos em diferentes aspectos avaliados merecem atenção e ações diferenciadas por parte do MS e dos respectivos governos estaduais e municipais.

Os resultados apresentados não estão influenciados pela atual PNAB de 2017 e expressam o período de vigência da PNAB 2012, em que o matriciamento configurava-se como atividade central do Nasf. A atual PNAB parece expressar que a dimensão assistencial seja o núcleo central da atividade do Nasf, contudo é prematuro ainda tecer considerações sobre a atual PNAB tendo em vista que ainda está por ser operacionalizada.

O arranjo organizacional proposto pelo Nasf expressa-se por meio das interações estabelecidas entre os profissionais, no seu modo de operar e nas formas de colaboração. O fato das formações específicas dos profissionais da AB e do Nasf não darem suporte a essas práticas compartilhadas de trabalho acresce complexidade à sua operacionalização. Embora se reconheça a dificuldade em captar e mensurar a colaboração entre profissionais, no âmbito assistencial e técnico-pedagógico, preconizado pelo apoio matricial, também se reconhece a importância de esforços nesse sentido; e a avaliação do PMAQ é um deles³⁵.

O diagnóstico fornecido pelo PMAQ é ainda insuficiente para afirmar que, de fato, o matriciamento esteja sendo praticado de forma satisfatória e trazendo aportes efetivos à resolutividade da atenção básica. Esta

é uma lacuna de investigação a merecer estudos mais detalhados e específicos.

Colaboradores

Brocardo D contribuiu substancialmente para a concepção, interpretação e análise dos dados e elaboração do rascunho.

Andrade CLT contribuiu para o planeamento e análise dos dados e para a aprovação da versão final do manuscrito. Fausto MCR contribuiu para a análise de dados, revisão crítica de conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Lima SML contribuiu análise de dados, revisão crítica de conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:65-78.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970- 1998. *BMC Health Serv Res.* 2003; 38(3):831-865.
3. Mendes EV. A APS no Brasil. In: Mendes EV, organizador. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 71-99.
4. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat. New York: Open University Press; 2006.
5. Andrade LOM, Barreto ICH, Bezerra RC. A Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MC, Drumond MJ, et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
6. Viana ALD, Fausto MCR. Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana ALD, Elias PE, Ibañez N, organizadores. Proteção Social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 150- 167.
7. Gérvas J. Atención Primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(supl.1):S24-S26.
8. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(supl.1):S7-S20.
9. Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract.* 2011; 12(115):1-9.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. 24 Jan 2008 [acesso em 2016 mar 28]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: MS; 2014.
14. Panizzi M. Avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015. 172 p.
15. Pasquim HM, Arruda MSB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na Atenção Básica. Corpus et Scientia. 2013 jul-dez; 9(2):34-44.
16. Patrocínio SSSM, Machado CV, Fausto MCR. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. Saúde debate. 2015; 39(esp):105-119.
17. Almeida ER. A Gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016. 215 p.
18. Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. Rev Bras Ciênc Saúde. 2012; 6(3):317-324.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Banco de dados do PMAQ 2o Ciclo. Brasília, DF: MS; c2018 [acesso em 27 junho 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: MS e IBGE. [acesso em 08 junho de 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF: MS; 2011.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual Instrutivo para Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília, DF: MS; 2013.
23. Viana AL, Machado CV. Proteção Social em Saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. Physis. 2008; 18(4):645-684.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3124 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. 28 Dez 2012 [acesso em 2016 mar 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/portaria3124_28_12_2012.html.
25. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. Ciênc Saúde Colet. 2017; 22(4):1141-1154.
26. Oliveira IF, Amorim KMO, Paiva RA, et al. A Atuação do Psicólogo nos NASF: Desafios e Perspectivas na Atenção Básica. Temas Psicol. 2017 mar; 25(1):291-304.
27. Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, et al. Avaliação da atuação do núcleo de apoio à saúde da família. Ver Bras Promoção Saúde. 2014; 27(2):224-231.

28. Vannucchi AMC, Carneiro Junior N. Modelos técnico-assistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis*. 2012; 22(3):963-982.
29. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 set; 21(9):2697-2708.
30. Soares Neto JJ, Machado MH, Alves CB. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 set; 21(9):2709-2718.
31. Brocardo D. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF e Sua Interface com Atenção Básica: estudo a partir dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica/PMAQ [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp; 2018. 146 p.
32. Seidl H, Vieira SP, Fausto M, et al. Gestão do trabalho na atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):94-108.
33. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde Transf Soc*. 2012; 3(1):18-31.
34. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde*. 2010; 34(1):92-96.
35. Silva ATCS, Aguiar ME, Winck K, et al. Núcleos de Apoio a Saúde da Família: desafios e potencialidade na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(11):2076-2078.
36. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saúde debate*. 2017; 41(esp):345-359.
37. Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho M, et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):237-251.
38. Panizzi M, Lacerda JT, Natal S, et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde debate*. 2017; 41(112):155-170.
39. Silva E, Melo F, Sousa M, et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2013 jun; 17(2):197-202.
40. Souza TS. Nasf: Fragmentação ou integração do trabalho na APS [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015. p. 149

Recebido em: 30/05/2018
Aprovado em: 16/08/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve