

ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM TRÊS MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA NORTE DE PERNAMBUCO

Analysis of Family Health support center implementation in three municipalities in the northern Zona da Mata of Pernambuco

Danielle Rufino Barbosa da Silva Ribeiro¹, Louisiana Regadas de Macedo Quinino²,
Isabella Martins Barbosa da Silva Paes³, Luciana Santos Dubeux⁴

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco, determinando o grau de implantação do NASF nesses municípios, a partir das dimensões estrutura e processo e analisando a influência do contexto político e estrutural na variação do grau de implantação. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação 1-b, desenvolvida no período de março a agosto de 2015, com os profissionais do NASF, coordenadores da AB e secretários de saúde. Os NASF dos municípios A, B e C obtiveram um grau de implantação de 72% (parcialmente implantado), 81% (implantado) e 68% (parcialmente implantado), respectivamente. Na análise do contexto, houve uma coerência nos resultados, pois o único município onde o NASF foi considerado implantado foi o mesmo que apresentou um contexto mais favorável. Da mesma forma, o município com o grau de implantação mais baixo foi o que obteve um contexto mais desfavorável. Observou-se que uma gestão que proporciona condições adequadas para realização das atividades pelos profissionais, sejam elas relacionadas à estrutura ou ao processo, influencia positivamente a implantação da intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica; Saúde da Família; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the implementation of the Family Health Support Center (FHSC) in three municipalities in the Northern *Zona da Mata* of Pernambuco, determining the degree of FHSC implementation in these municipalities from the structure and process dimensions, and analyzing the influence of the political and structural context in the variation of the degree of implementation. This is an evaluative study, type 1b implementation analysis, developed in the period from March to August 2015 with FHSC professionals, coordinators from AB, and secretaries of health. The FHSC from the A, B, and C municipalities obtained a degree of implementation of 72% (partially implemented), 81% (implemented), and 68% (partially implemented), respectively. In the context analysis there was a consistency in the results, because the only region where the FHSC was considered implemented was the same one that presented a more favorable context. In similar fashion, the region with the lowest degree of implementation was the one that had a more unfavorable context. It was observed that management that provides suitable conditions for carrying out activities by professionals, whether related to the structure or the process, positively influences the implementation of the intervention.

KEYWORDS: Primary Care; Family Health; Health Evaluation.

¹ Prefeitura Municipal de Natal, Secretaria Municipal de Saúde, Natal-RN, Brasil. E-mail: daniellerufino26@yahoo.com.br.

² Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ, Departamento de Saúde Coletiva, Recife-PE, Brasil.

³ Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Departamento de Vigilância em Saúde (SEVS), Recife-PE, Brasil.

⁴ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde – GEAS, Recife-PE, Brasil.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a prioritária para a Atenção Básica (AB) no país, sendo a porta de entrada preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, diante dos avanços e acomodações pertinentes ao modelo de saúde assistencial, com persistência do alcance à integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações que essa estratégia preconiza, verificou-se que seria necessária a presença de outras estratégias e profissionais de saúde.^{1,2,3}

Assim sendo, com o objetivo de aumentar a resolubilidade, efetividade e abrangência da AB, os NASFs configuram-se como equipes multiprofissionais que devem atuar de forma integrada para que tais propósitos sejam alcançados, sendo imprescindível a realização de ações singulares; e resguardar iniciativas articuladas com as equipes de Saúde da Família (eSF).^{1,2} Essas ações devem partir da necessidade da população atendida, fundamentadas na realidade concreta vivenciada pela comunidade, abrangendo: discussão de casos, atendimentos compartilhados e individuais, educação permanente, promoção e prevenção à saúde, entre outras.⁴

Nessa direção, busca superar a lógica de assistência especializada, apresentando como proposta de trabalho algumas ferramentas já testadas na realidade brasileira, como é o caso da Clínica Ampliada, do Apoio Matricial, do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e do Projeto de Saúde no Território (PST).^{1,5,6}

A proposta da clínica ampliada é centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive considerando-se a doença como parte dessas existências, ampliando a enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção e incluindo o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da clínica.⁷

Considera-se o apoio matricial como um arranjo organizacional baseado em momentos relacionais. Há uma permuta de conhecimentos entre os profissionais de diversas áreas, para minimizar a fragmentação do trabalho procedente do crescente atendimento especializado nos serviços de saúde.⁸ Assim, o NASF atua como equipe de apoio matricial para a equipe de referência (eSF), apresentando duas concepções de trabalho: o enfoque assistencial, para realizar uma ação direta com os usuários, e o enfoque técnico-pedagógico, para produção de ação de apoio educativo com e para a equipe, ressaltando que essas duas concepções podem e devem ser associadas em diversos momentos.⁶

Já o PTS é o resultado da discussão coletiva dos profissionais e do compartilhamento com o usuário, onde os

procedimentos terapêuticos e as metas são negociados.⁹ Por fim, tem-se o PST, que são ações desenvolvidas em um determinado território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, melhorando a qualidade de vida daquela comunidade.¹

Outras duas ferramentas também podem auxiliar o trabalho do NASF, o genograma e o ecomapa. Ambos retratam graficamente a constituição e dinâmicas relacionais de um grupo social, com foco na família, ou seja, facilitam a avaliação da estrutura familiar, sendo ótimas fontes para o planejamento de ações e estratégias em saúde.¹⁰ Todas essas ferramentas devem subsidiar as ações desenvolvidas pelos profissionais do NASF para apoiar as eSF.

Apesar da importância e das expectativas que os NASF vêm assumindo, é inegável que se trata de uma proposta nova na esfera das políticas públicas e que possui ferramentas e formas de organização do trabalho inovadoras, as quais ainda necessitam ser consolidadas, não contando ainda com processos de trabalho plenamente definidos e sistematizados.¹¹

A equipe do NASF (eNASF) é composta exclusivamente por profissionais de nível superior e pode ser composta por 19 categorias profissionais diferentes. Cabe à gestão municipal definir a composição de cada um dos Núcleos, a partir das informações epidemiológicas do território e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. Seu arcabouço teórico, proporciona o aparecimento de diferentes formas de operacionalização do NASF, a fragmentação das suas ações.¹³ Esse aspecto pode ser considerado um dos principais desafios da eNASF.¹² Essa flexibilidade na definição das equipes, ocasionada pelas lacunas presentes nos documentos ministeriais, que definem o modelo de atenção do NASF e os conceitos que sustentam ao exigir atuação conjunta, integrada e intersetorial com a eSF, a gestão e os usuários. Esses atores, inclusive nos municípios de pequeno porte, podem exercer influência na implantação do NASF. Da mesma forma, exigem-se a consideração e conhecimento dos elementos contextuais e como esses influenciam os arranjos da intervenção.

Diante dessa ponderação, considerando-se as peculiaridades do Nasf, a relevância da sua implantação para o fortalecimento da PNAB, nos contextos municipais, o fato de ser uma intervenção recentemente instituída na agenda nacional; assim, também, como o fato de ser um programa que, pela concepção, pode sofrer acomodações em diferentes *lôcus*, e pela insuficiência de estudos avaliativos relacionados ao NASF, o presente estudo tem como objetivo avaliar a influência dos elementos contextuais na implantação do NASF em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco.

METODOLOGIA

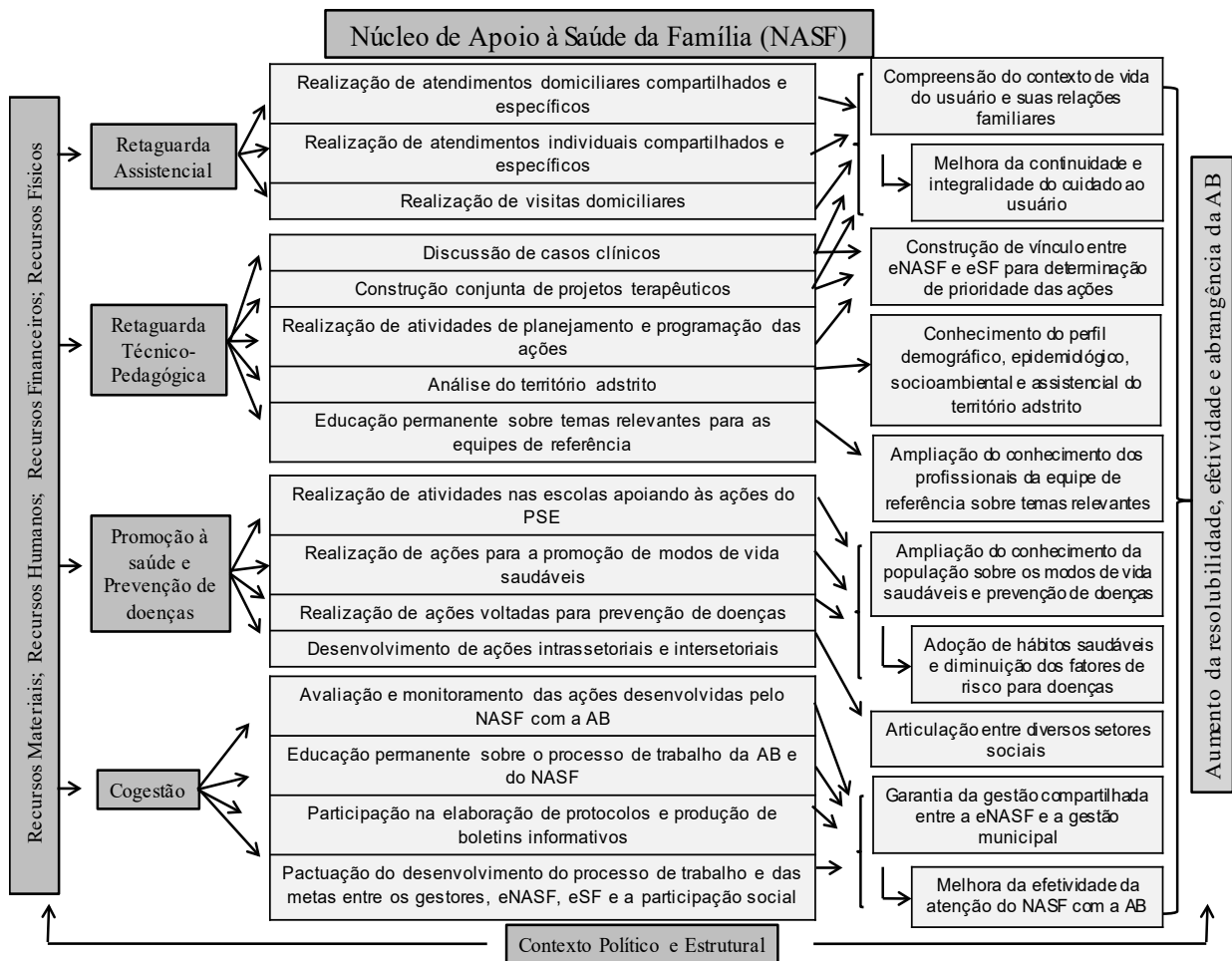
Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação 1-b.¹⁴ Realizou-se uma etapa normativa para determinação do grau de implantação da intervenção em função da adequação das ações desenvolvidas aos critérios e normas preconizadas. Na etapa analítica, aprofundou-se sobre os elementos políticos e estruturais do contexto municipal, e sua influência no grau de implantação obtido. Para tal, desenvolveu-se um estudo de casos múltiplos,¹⁵ em que os municípios foram os casos, com um único nível de análise, que foi o nível municipal.

O estudo foi desenvolvido em três municípios (A, B e

C) de pequeno porte localizados na Zona da Mata Norte de Pernambuco. Esses municípios, quando comparados com outros dessa mesma região, possuem características socio-demográficas e de rede assistencial semelhantes tais como: densidade populacional, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), estabelecimentos de saúde e principalmente ter um único NASF (modalidade 1) com períodos de implantação próximos.

Com base nos aparatos normativos que regulamentam o NASF, elaborou-se o modelo lógico, definindo-se elementos de insumos, ações e resultados esperados para as dimensões estrutura e processo (Figura 1).

Figura 1 - Modelo Lógico do NASF para municípios de pequeno porte.



Fonte: dados da pesquisa.

A partir deste modelo, foi construída a matriz de análise e julgamento, elencando-se indicadores e parâmetros para cada componente das referidas dimensões. Para alguns indicadores foram estabelecidas pontuações entre zero e dez, seguindo padrões estabelecidos para os mesmos na matriz de julgamento (Quadros 1 e 2).

Ambas as ferramentas foram submetidas à técnica de

consenso simplificada com quatro especialistas, no intuito de dar robustez ao conteúdo e subsidiar a elaboração de um instrumento semiestruturado. Este foi aplicado ao universo dos profissionais do NASF dos três municípios no período de março a maio de 2015, compreendendo 8, 9 e 7 informantes nos municípios A, B e C, respectivamente.

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento para a dimensão Estrutura para avaliação do NASF em três municípios (A, B e C) de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco.

Componentes	Indicadores	Parâmetro
Recursos Físicos	Disponibilidade de carro para deslocamento dos profissionais em áreas de difícil acesso	Nunca = 0 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 6 Sempre = 10
	Disponibilidade de espaço para reuniões eNASF	Nunca = 0 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 6 Sempre = 10
	Disponibilidade de espaço dentro da UBS para reuniões eNASF e eSF	Nunca = 0 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 6 Sempre = 10
	Disponibilidade de espaço para atividades coletivas	Nunca = 0 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 6 Sempre = 10
Recursos Humanos	Existência de profissionais em número suficiente e com as categorias profissionais adequadas à realidade do município	Não Possui = 0 Possui = 10
	Cumprimento de carga horária no NASF por categoria profissional	Não = 0 Sim = 10
	Cumprimento de carga horária no NASF por profissional	Não = 0 Sim = 10

Componentes	Indicadores	Parâmetro
Recursos Materiais	Acesso a Computadores	Nunca = 0 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 6 Sempre = 10
	Acesso à internet	Nunca = 0 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 6 Sempre = 10
	Livro de ponto ou ponto digital	Não Possui = 0 Possui = 10
	Atas de reunião	Não Possui = 0 Possui = 10
	Quadro de avisos	Não Possui = 0 Possui = 10
	Armário arquivo	Não Possui = 0 Possui = 10
	Material gráfico para registro de produção	Não Possui = 0 Possui = 10
	Notebook	Não Possui = 0 Possui = 10
	Data Show funcionando	Não Possui = 0 Possui = 10
	Aparelho de som funcionando	Não Possui = 0 Possui = 10
	Máquina fotográfica funcionando	Não Possui = 0 Possui = 10
	Material informativo	Não Possui = 0 Possui = 10
	Material de escritório	Não Possui = 0 Possui = 10

Fonte: dados da pesquisa.

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento para a dimensão Processo para avaliação do NASF em três municípios (A, B e C) de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco.

Componentes	Indicadores	Parâmetro
Retaguarda Assistencial	Realização de Atendimento domiciliar compartilhado	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Realização de Atendimento domiciliar específico	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Realização de Atendimento individual compartilhado	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Realização de Atendimento individual específico	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Realização de Visita domiciliar	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Registro do atendimento nos prontuários	Não Realiza= 0 Realiza=10
Retaguarda Técnico-Pedagógica	Discussão de casos clínicos (eNASF)	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Discussão de casos clínicos (eNASF e eSF)	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Discussão de casos clínicos (eNASF e outros serviços)	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Utilização dos prontuários na discussão de casos clínicos	Não Utiliza= 0 Utiliza=10
	Construção conjunta (eNASF e eSF) de Projetos Terapêuticos Singulares	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Realização de Construção conjunta (eNASF e outros serviços) de Projetos Terapêuticos Singulares	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Realização de Atividades de planejamento e programação das ações (eNASF)	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Realização de Atividades de planejamento e programação das ações (eNASF e eSF)	Não Realiza= 0 Realiza=10

Componentes	Indicadores	Parâmetro
Retaguarda Técnico-Pedagógica	Análise do território adstrito, conforme a necessidade do município	Não Realiza= 0 <20% = 3 21% a 49% = 5 50% a 89% = 7 90% a 100% = 10
	Educação permanente sobre temas relevantes para as equipes de referência	Não Realiza= 0 Realiza=10
Promoção à saúde e Prevenção de doenças	Realização de atividades nas escolas apoiando as ações do PSE	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Orientações sobre Autocuidado	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Orientações sobre Alimentação saudável	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Realização de Práticas corporais e atividade física	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Orientação aos cuidadores	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Articulação para Inclusão social	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Realização de ações voltadas para prevenção de doenças	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Articulação com a Secretaria de Saúde	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Articulação com a Secretaria de Educação	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Articulação com a Secretaria de Ação Social	Não Realiza= 0 Realiza=10

Componentes	Indicadores	Parâmetro
Cogestão	Avaliação das ações do NASF	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Realização de Monitoramento das ações do NASF	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Realização de Educação permanente (eNASF) sobre o processo de trabalho da AB e do NASF	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Realização de Educação permanente (eNASF e eSF) sobre o processo de trabalho da AB e do NASF	Não Realiza= 0 Realiza=10
	Participação na elaboração de protocolos	Não Participa= 0 Participa=10
	Participação na produção de boletins informativos	Não Participa= 0 Participa=10
	Pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre os gestores, eNASF, eSF e a participação social	Não Realiza= 0 Realiza=10

Fonte: dados da pesquisa.

O percentual do grau de implantação do indicador foi obtido pela divisão da pontuação alcançada (somatório das respostas dos profissionais) pela esperada (número de profissionais que responderam ao questionário multiplicado por dez). Em seguida foi calculado o percentual do grau de implantação das dimensões estrutura e processo, sendo a pontuação alcançada tanto da estrutura quanto do processo o somatório das pontuações obtidas de seus respectivos indicadores. O grau de implantação geral do NASF foi calculado levando em consideração o peso de cada dimensão, sendo 3 para estrutura e 7 para o processo, e classificado como: Não implantado (0-24%); Insuficientemente implantado (25-49%); Parcialmente implantado (50-79%) e Implantado (80-100%).

Para análise do contexto político e estrutural foram elencadas categorias e subcategorias com base nos estudos de Denis e Champagne et al.¹⁶ e adaptados por Quinino et al.¹⁷ A partir desses estudos, foram identificados critérios, indicadores e padrões para julgamento da influência do contexto político e estrutural no grau de implantação.

A análise do contexto político considerou que fatores como uma boa articulação entre os atores implementado

res da política, o suporte dado pelos gestores à implantação do NASF e a coerência entre os objetivos do NASF e o suporte que os gestores dão atuam favorecendo a implantação, enquanto o contrário também é verdadeiro.

Em relação ao contexto estrutural, Denis e Champagne et al.¹⁶ consideram que as estruturas organizacionais que têm um contexto favorável à implantação de uma intervenção se distinguem das outras por uma série de características referentes aos atributos dos gestores e aos atributos organizacionais.

Sendo assim, fatores localizados na pessoa do gestor como perfil profissional dos gestores, atenção prestada à inovação no sentido de se o gestor tem um perfil inovador e audacioso e se o gestor apresenta orientação cosmopolita atuam favorecendo a implantação da política.

Já nos atributos organizacionais, levou-se em conta que o tamanho da organização, ou seja, o porte do NASF nos municípios; a centralização, que seria a distribuição de poder dentro do NASF; a formalização do comportamento, que seriam as normas e procedimentos adotados pelo NASF para realização dos trabalhos; a existência de monitoramento e avaliação das ações do NASF; e o nível

de especialização dos profissionais atuam favorecendo a implantação do NASF.

A análise do contexto e da influência dos elementos políticos e estruturais no grau de implantação foi realizada mediante uma abordagem descritiva dos resultados, observando as relações entre as categorias elencadas. Para tal, foram entrevistados os Secretários de Saúde, Coordenadores da AB e do NASF dos três municípios, no perí-

odo de junho a agosto de 2015, compreendendo 9 informantes, sendo 3 por município.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP obedecendo aos critérios éticos definidos na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 (parecer n° 4524-14).

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta o grau de implantação geral e por dimensão do NASF nos três municípios estudados. Ape-

nas o município B foi considerado implantado, apresentando grau de implantação de 82%, 80% e 81% respectivamente para avaliação da estrutura, processo e implantação geral da intervenção.

Tabela 1 - Grau de Implantação do NASF em três municípios (A, B e C) de pequeno porte localizados na Zona da Mata Norte de Pernambuco.

	Município A	Município B	Município C
GI Estrutura	62%	82%	68%
GI Processo	77%	80%	68%
GI Geral	72%	81%	68%

Não implantado (0-24%); Insuficientemente implantado (25-49%); Parcialmente implantado (50-79%) e Implantado (80-100%)

Fonte: dados da pesquisa.

Na tabela 2 observa-se o grau de implantação da dimensão estrutura nos três municípios. No componente Recursos Físicos, destaca-se o indicador referente à disponibilidade de carro, o qual apenas o município B apresentou como implantado (91%) com diferenças significativas em relação aos outros dois municípios: 38% e 49%, respectivamente. Nos Recursos Humanos nenhum dos indicadores do município C foi classificado como implantado, enquanto os municípios A e B tiveram dois indicadores

implantados com 100%. Já nos Recursos Materiais, os indicadores de notebook e máquina fotográfica dos três municípios foram considerados não implantados com 0%, e os indicadores relacionados ao acesso a computadores e internet do município A também estava não implantado com 4% e 8%, respectivamente, tendo um percentual muito menor em relação aos outros municípios. Nos indicadores de data show e aparelho de som o município B foi o único considerado implantado (89%).

Tabela 2 - Grau de implantação da dimensão Estrutura em três municípios (A, B e C) de pequeno porte localizados na Zona da Mata Norte de Pernambuco.

Componente	Indicadores	Município A	Município B	Município C
Recursos Físicos	Disponibilidade de carro para deslocamento dos profissionais em áreas de difícil acesso	38%	91%	49%

Componente	Indicadores	Município A	Município B	Município C	
Recursos Humanos	Disponibilidade de espaço para reuniões eNASF	90%	100%	90%	
	Disponibilidade de espaço dentro da UBS para reuniões eNASF e eSF	68%	64%	76%	
	Disponibilidade de espaço para atividades coletivas	85%	84%	80%	
	Existência de profissionais em número suficiente e com as categorias profissionais adequadas à realidade do município	50%	56%	43%	
	Cumprimento de carga horária no NASF por categoria profissional	100%	100%	71%	
	Cumprimento de carga horária no NASF por profissional	100%	100%	43%	
	Recursos Materiais	Acesso a Computadores	4%	96%	90%
		Acesso à internet	8%	96%	100%
		Livro de ponto ou ponto digital	100%	100%	100%
		Atas de reunião	100%	100%	71%
Quadro de avisos		63%	100%	100%	
Armário arquivo		100%	100%	100%	
Material gráfico para registro de produção		100%	100%	100%	
Notebook		0%	0%	0%	
Data Show funcionando		13%	89%	29%	
Aparelho de som funcionando		25%	89%	14%	
Máquina fotográfica funcionando	0%	0%	0%		
Material informativo	100%	78%	100%		

Não implantado (0-24%); Insuficientemente implantado (25-49%); Parcialmente implantado (50-79%) e Implantado (80-100%)

Fonte: dados da pesquisa.

Na dimensão processo, os municípios A, B e C apresentaram como implantados no componente Retaguarda Assistencial, os indicadores de Atendimento domiciliar específico; Atendimento individual específico e Registro do atendimento nos prontuários, e no componente Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças, os indicadores de Atividades do PSE; Orientações sobre autocuidado e sobre Alimentação Saudável; Práticas Corporais e atividade física; Ações voltadas para prevenção de doenças; Articulação com a Secretaria de Saúde, de Educação e de Ação Social (Tabela 3).

Contudo, no componente Retaguarda Técnico-Peda-

gógica muitos indicadores não alcançaram essa mesma classificação, tendo destaque aqueles relacionados à utilização dos prontuários; Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) com a eSF e com outros serviços e Educação permanente com a equipe de referência, onde muitos entrevistados não sabiam o conceito de PTS e educação permanente (Tabela 3).

Outro indicador que se evidencia é a realização da análise do território, onde o município C foi classificado como não implantado (0%). Em relação à Cogestão, os municípios A, B e C obtiveram o indicador da pactuação do processo de trabalho insuficientemente implantado,

e o município C não teve nenhum indicador classificado como implantado (Tabela 3).

Tabela 3 - Grau de implantação da dimensão Processo em três municípios (A, B e C) de pequeno porte localizados na Zona da Mata Norte de Pernambuco.

Componente	Indicadores	Município A	Município B	Município C
Retaguarda Assistencial	Realização de Atendimento domiciliar compartilhado	100%	89%	71%
	Realização de Atendimento domiciliar específico	100%	100%	100%
	Realização de Atendimento individual compartilhado	63%	78%	43%
	Realização de Atendimento individual específico	88%	100%	100%
	Realização de Visita domiciliar	75%	78%	86%
	Registro do atendimento nos prontuários	100%	100%	86%
	Discussão de casos clínicos (eNASF)	75%	100%	86%
	Discussão de casos clínicos (eNASF e eSF)	63%	89%	57%
	Discussão de casos clínicos (eNASF e outros serviços)	63%	44%	57%
	Utilização dos prontuários na discussão de casos clínicos	50%	33%	43%
Retaguarda Técnico-Pedagógica	Construção conjunta (eNASF e eSF) de Projetos Terapêuticos Singulares	25%	33%	14%
	Realização de Construção conjunta (eNASF e outros serviços) de Projetos Terapêuticos Singulares	25%	11%	29%
	Realização de Atividades de planejamento e programação das ações (eNASF)	88%	100%	100%
	Realização de Atividades de planejamento e programação das ações (eNASF e eSF)	100%	100%	71%
	Análise do território adstrito, conforme a necessidade do município	59%	58%	0%
	Educação permanente sobre temas relevantes para as equipes de referência	50%	44%	43%
	Realização de atividades nas escolas apoiando as ações do PSE	100%	100%	100%
Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças	Orientações sobre Autocuidado	100%	100%	100%
	Orientações sobre Alimentação saudável	100%	100%	100%
	Realização de Práticas corporais e atividade física	100%	100%	100%
	Orientação aos cuidadores	75%	100%	86%

Componente	Indicadores	Município A	Município B	Município C
Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças	Articulação para inclusão social	75%	100%	71%
	Realização de ações voltadas para prevenção de doenças	100%	100%	100%
	Articulação com a Secretaria de Saúde	100%	89%	100%
	Articulação com a Secretaria de Educação	88%	89%	100%
	Articulação com a Secretaria de Ação Social	88%	89%	86%
Cogestão	Avaliação das ações do NASF	88%	89%	57%
	Realização de Monitoramento das ações do NASF	88%	100%	57%
	Realização de Educação permanente (eNASF) sobre o processo de trabalho da AB e do NASF	50%	100%	43%
	Realização de Educação permanente (eNASF e eSF) sobre o processo de trabalho da AB e do NASF	63%	67%	29%
	Participação na elaboração de protocolos	75%	56%	43%
	Participação na produção de boletins informativos	88%	56%	71%
	Pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre os gestores, eNASF, eSF e a participação social	38%	44%	29%

Não implantado (0-24%); Insuficientemente implantado (25-49%); Parcialmente implantado (50-79%) e Implantado (80-100%)

Fonte: dados da pesquisa.

Na análise do contexto político e estrutural dos três municípios (Quadro 3), nota-se que entre os 19 indicadores avaliados, o município B apresentou 7 indicadores do contexto político e 7 do contexto estrutural como favoráveis, ou seja, apresentou um contexto político totalmente favorável. Destaca-se, no contexto político, a existência de espaço para escuta dos profissionais, existência de articulação com outros setores e participação na pactuação do processo de trabalho como fatores favorecedores, e no contexto estrutural, o incentivo ao diálogo, apresentação de temas no Conselho e implantação do NASF, de acordo

com a realidade do município. Todos esses indicadores foram considerados favoráveis tanto pelo gestor quanto pelos coordenadores da AB e do NASF neste município.

Por outro lado, o contexto relacionado à análise do Secretário de Saúde do município C obteve todos os indicadores avaliados como não favoráveis e os indicadores sobre a tomada de decisão descentralizada, existência de organograma e normatizações municipais, e formação adequada dos profissionais foram considerados desfavoráveis em todos os municípios.

Quadro 3 - Análise do Contexto Político e Estrutural em três municípios (A, B e C) de pequeno porte localizados na Zona da Mata Norte de Pernambuco.

Categoria	Indicadores	Municípios								
		A			B			C		
		Coord. NASF	Coord. AB	Sec. de Saúde	Coord. NASF	Coord. AB	Sec. de Saúde	Coord. NASF	Coord. AB	Sec. de Saúde
Contexto Político	Existência de canal adequado	Favorável	Favorável	Não Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável

Categoria	Indicadores	Municípios								
		A			B			C		
		Coord. NASF	Coord. AB	Sec. de Saúde	Coord. NASF	Coord. AB	Sec. de Saúde	Coord. NASF	Coord. AB	Sec. de Saúde
Contexto Político	Existência de espaço para escuta dos profissionais	Não Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Existência de articulação com outros setores	Favorável	Favorável	Não Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável
	Existência de investimentos em capacitações	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Conhecimento das funções do NASF	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Favorável	Não Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Participação da pactuação do processo de trabalho do NASF	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Conhecimento dos objetivos do NASF	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Favorável	Não Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável
Contexto Estrutural	Formação adequada	Não Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Incentivo ao diálogo	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável
	Apresentação de temas no Conselho	Favorável	Não Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Implantação do NASF de acordo com a realidade do município	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável

Categoria	Indicadores	Municípios								
		A			B			C		
		Coord. NASF	Coord. AB	Sec. de Saúde	Coord. NASF	Coord. AB	Sec. de Saúde	Coord. NASF	Coord. AB	Sec. de Saúde
Contexto Estrutural	Tomada de decisão descentralizada	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Realização de planejamento participativo	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Favorável	Não Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Existência de organograma	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Existência de normatizações municipais	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Existência de monitoramento	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Existência de avaliação	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Conhecimento da formação dos profissionais	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Favorável	Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável
	Formação adequada dos profissionais	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável	Não Favorável

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar o contexto político e estrutural e o grau de implantação desses municípios, verifica-se que houve coerência nos resultados, pois o único município (B) onde o NASF foi considerado implantado foi o mesmo que apresentou um contexto mais favorável. Por outro lado, o município com o grau de implantação mais baixo (C) foi o que obteve um contexto mais desfavorável.

O fato de existir uma articulação entre os atores da intervenção, além do gestor oferecer um suporte adequado e também haver coerência entre os objetivos dessa inter-

venção e do suporte dado pelo gestor, provavelmente favoreceu a implantação do NASF no município B.

Em relação aos atributos dos gestores, houve uma influência positiva na implantação do NASF nos municípios A e B e negativa no C, embora os gestores do município A não incentivem o diálogo entre eNASF e eSF ao contrário dos gestores do município C. Já os atributos organizacionais influenciaram negativamente a implantação do NASF nos três municípios, apesar do atributo tamanho e da existência de planejamento participativo, de

monitoramento e do conhecimento dos gestores sobre a formação dos profissionais terem contribuído para minimizar essa influência negativa no município B.

DISCUSSÃO

A análise dos três municípios possibilitou a identificação de contextos e níveis de implantação do NASF em municípios de pequeno porte. Pôde-se observar a influência do contexto na implantação desta intervenção, onde os contextos mais favoráveis estiveram relacionados a graus de implantação mais elevados. Confirma-se, assim, que a análise do contexto é a etapa essencial da análise de implantação, pois permite uma maior compreensão da intervenção, tendo em vista que a presença dos atores, dos interesses diversos e do cenário político-institucional podem explicar o sucesso ou o fracasso na implantação da intervenção, influenciando, também, na diferença entre o planejado e o executado.¹⁸

Por meio da análise da influência dos contextos político e estrutural, foi possível identificar os fatores que podem ter favorecido a implantação do NASF no município B. Os coordenadores e o gestor, principalmente, demonstraram ter um bom conhecimento sobre o funcionamento da intervenção e uma boa relação com a eNASF, além de participarem ativamente da pactuação do processo de trabalho do NASF, embora, tenha ocorrido algumas incoerências entre eles em relação a alguns indicadores, como a existência de planejamento participativo, de monitoramento e avaliação das ações do NASF e de investimento em capacitações.

A importância do conhecimento e envolvimento dos atores verificado no município B, também foi observado por Silva et al.¹⁹ Em um estudo qualitativo, constataram que é importante a gestão definir como selecionar os profissionais do NASF, que qualificações eles devem apresentar, inclusive se eles compreendem os princípios da AB.

Quando analisados os contextos dos municípios A e C, percebe-se que a ausência de uma gestão comprometida com a equipe e que não é consciente da sua função enquanto coordenador e secretário, provavelmente influenciou negativamente o desempenho da equipe, pois se eles desconhecem o funcionamento da intervenção, é possível que também não incentivem os profissionais a conhecerem e exercerem as funções que deveriam, bem como podem não propiciar a esses profissionais uma estrutura adequada para realização das atividades, já que as dificuldades relacionadas à implantação de uma intervenção dependem mais de interesses particulares dos atores influentes na organização do que da eficácia no processo de planejamento.¹⁶

Nascimento²⁰ afirma que a forma de organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF sofre influências de diversos aspectos, contribuindo para o surgimento de diferentes tipos de configurações da intervenção. Isso considerando, pode-se afirmar que o não entendimento sobre como o NASF deve atuar pode influenciar de forma negativa e favorecer várias interpretações sobre a função desses núcleos junto às eSF.

Desse modo, além do gerenciamento de recursos e burocracias administrativas, a gestão deve estar comprometida com a rotina da eNASF, pois a aproximação dos gestores com os profissionais e usuários é de extrema importância para a horizontalidade das ações, já que com a implantação do NASF no município deverá haver uma modificação na interação dos envolvidos no processo, sendo necessária a realização de novos planejamentos e educações permanentes.²¹ Essa modificação esteve mais evidente no município B, o qual obteve o grau de implantação do NASF implantado e também um contexto favorável a essa implantação.

Como afirma Bezerra,²² para uma implementação efetiva da intervenção, a gestão precisa dispor de mecanismos para escuta dos profissionais, dando a eles poder de decisão compartilhada, uma vez que as ações isoladas e desarticuladas não geram resultados duradouros, e a eNASF representa esse elo entre a gestão e a eSF. Apenas os municípios A e B apresentaram um canal adequado de comunicação entre gestão, eSF e eNASF e também um espaço formal para escuta dos profissionais.

Anjos et al.⁶ dizem que deve haver uma parceria entre NASF e ESF e uma cogestão entre essas equipes, a qual precisa ser coordenada pelo gestor local, onde o processo de trabalho tem que ser pactuado entre ambos, e pelo fato do NASF ser uma intervenção recente, há uma necessidade maior de se ter uma qualificação profissional eficiente, a qual será obtida por meio de diálogos e reflexões com os atores envolvidos no programa.

Diante disso, foi observado, no presente estudo, que nos municípios B e C a gestão incentiva o diálogo entre eNASF e eSF, entretanto, apenas no município B há investimento em capacitações para a eNASF e também uma pactuação do processo de trabalho com todos os atores envolvidos, apesar do grau de implantação do indicador de pactuação do processo de trabalho nos três municípios terem sido classificados como insuficientemente implantado.

Uma das formas de se fortalecer essa parceria entre eNASF e eSF é a utilização de algumas ferramentas, por exemplo o PTS, que representa um momento em que as duas equipes estão envolvidas na tentativa de ajudar um indivíduo ou família com alguma necessidade complexa,

onde as opiniões de todos os profissionais são importantes.¹ No presente estudo, o indicador de construção de PTS foi classificado como insuficientemente implantado nos três municípios, demonstrando que esses municípios ainda precisam consolidar os vínculos entre as duas equipes.

Não apenas na construção de PTS, mas em muitos indicadores do componente Retaguarda Técnico-Pedagógica foi possível verificar essa fragilidade em relação ao trabalho em conjunto da eNASF com a eSF nos três municípios. Partindo do pressuposto de que o Apoio Matricial seria uma das principais ferramentas utilizadas pelo NASF, para organizar as suas ações, o apoio técnico-pedagógico consistiria em ações de apoio da eNASF com e para as eSF.

Barros et al.²³ afirmam que matricular exige mudança nas prioridades de ação das equipes, onde o que antes era oferecido apenas por um profissional a um indivíduo ou família, deve ser não apenas implantado, mas também planejado de forma compartilhada e coletiva pelas duas equipes.

De acordo com um estudo realizado por Nascimento,²⁰ os espaços de cogestão nos NASFs estudados são poucos, havendo dificuldade de diálogos e pactuações entre a eNASF e a gestão, além de persistir a necessidade de iniciativas de educação permanente e consolidação de espaços de troca e apoio entre a eNasf e eSF. Essa dificuldade em se trabalhar no sistema de cogestão também foi observada nos municípios estudados (A, B e C), onde a maior parte dos indicadores do componente cogestão foi considerada parcialmente implantada e na análise do contexto observou-se que os três municípios apresentaram como desfavorável o indicador de tomada de decisão descentralizada.

Silva et al.¹⁹ verificaram também que há uma necessidade de definir inicialmente o processo de trabalho, a partir das necessidades do território e que as reuniões para discussão dos casos e o planejamento das ações são etapas essenciais para esse processo, onde a eNASF deve colaborar, discutindo com os gestores os indicadores de saúde. A existência de planejamento participativo foi considerada favorável apenas no município B, assim, também, como foi o único que teve o indicador referente à discussão de casos da eNASF com a eSF classificado como implantado.

Da Guarda et al.²⁴ reforçam o dito anteriormente, a partir do momento em que verificaram que antes da implantação do NASF de Igarassu/PE, a gestão realizou o mapeamento e diagnóstico da área, e discutiu estratégias e ferramentas para auxiliar na implantação e avaliação do NASF, onde o planejamento das ações foi pactuado com os trabalhadores, gestores, parceiros e população local,

resultando em um modelo lógico com informações pertinentes ao contexto da população a ser assistida.

Bezerra²² ratifica, ponderando que o conhecimento da realidade do território é essencial, embora não seja estático, pois é necessária uma constante observação a cada tempo. Desse modo, a análise do território seria o primeiro passo para obter informações do contexto local, auxiliando as ações da eNASF.

Esse comprometimento relativo ao planejamento das ações foi observado apenas no contexto do município B, onde os indicadores relacionados à pactuação do processo de trabalho e implantação do NASF, de acordo com a realidade do município (análise do território), foram considerados favoráveis. Entretanto, o grau de implantação demonstrou que a análise do território foi considerada parcialmente implantada nos municípios A e B e não implantada apenas no C. Já a pactuação do processo de trabalho foi avaliada como insuficientemente implantada nos três municípios. Logo, percebe-se uma incoerência em relação às respostas dos profissionais e da gestão do município B sobre esses dois indicadores.

Nesse contexto, e balizado pelos resultados deste estudo, cabe a cautela em situar o NASF como intervenção federal recente (criada em 2008), e que por isso ainda enfrenta alguns desafios específicos característicos de um programa recém-criado, a exemplo da precarização do trabalho,²⁵ onde embora exista um financiamento do governo federal, muitos municípios não investem todo o valor que deveriam com o programa, acarretando em uma estrutura física incompatível com as ações do NASF.

De acordo com Andrade et al.,²⁶ o NASF não necessita de estrutura física exclusiva para efetuar seu trabalho, embora se faça necessário que a gestão disponibilize recursos humanos e materiais para o desenvolvimento da melhor forma possível das suas ações. Leite, Nascimento e Oliveira²⁷ afirmam que a estrutura física e a disponibilidade de materiais e equipamentos são aspectos importantes para a valorização do profissional e promoção da sua qualidade de vida, de modo que a falta desses recursos dificulta e/ou impossibilita a realização das atividades. A Portaria 2.488 de outubro de 2011 destaca que é competência do município garantir estrutura física adequada para as UBS, assim também como recursos materiais, equipamentos e insumos necessários para o desenvolvimento das atividades mínimas preconizadas em suas diretrizes.

No presente estudo verificou-se, nos municípios A e C, que a falta de estrutura física e de materiais e equipamentos adequados dificulta a realização das atividades, sendo estas as maiores queixas dos profissionais durante a aplicação do instrumento. Observa-se que esta é uma situação comum em municípios de outros estados do Brasil,

conforme assinalam Lancman et al.¹¹ em seu estudo, que constatou a carência de recursos materiais tanto nas UBS quanto no espaço comunitário, onde os profissionais utilizavam telefone celular, computador e veículos pessoais, pois o NASF não possuía esses recursos.

Não só na precarização do trabalho estão os desafios, mas também nas constantes mudanças ocorridas em seus documentos ministeriais. A presteza de tais atualizações, possivelmente não acompanha o tempo suficiente para absorção e prática das mesmas por gestores e profissionais, que planejam e executam suas ações, de acordo com determinadas leis e/ou portarias obsoletas. Por outro lado, tais atores devem se manter atualizados frente às normas que regem os programas, como é o caso do NASF. Neste estudo, observou-se que tanto a gestão quanto os profissionais estavam desatualizados quanto às normas atuais desta intervenção, o que certamente não contribui para a sua implantação.

Outro entrave da eNASF é o tipo de contratação escolhido pelos gestores da maioria dos municípios brasileiros de pequeno porte, que não garante aos profissionais do NASF uma estabilidade, suscitando inseguranças no trabalho, já que o vínculo empregatício tem grande importância para a continuidade e qualidade das atividades e saúde dos profissionais, os quais frequentemente recorrem a outros vínculos, fato que gera sobrecarga de trabalho e dificuldades na construção de projetos mais permanentes e adequados aos fins propostos.²⁸

Apesar do contexto dos municípios A e C terem sido considerados em sua maioria desfavoráveis, observa-se que os NASF ainda conseguiram ser classificados como parcialmente implantados, o que pode ter ocorrido devido ao empenho dos profissionais em realizarem as suas atividades mesmo sem o apoio da gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhece-se como limitação deste estudo a insuficiência de tempo para fazer uma técnica de consenso mais sólida acerca do modelo lógico e matrizes de julgamento e o fato de a avaliação do grau de implantação ter sido realizada apenas por um instrumento com questões fechadas autorreferidas pelos profissionais; assim, sugere-se que futuras avaliações sejam feitas, acrescentando métodos observacionais e análise documentais, para a obtenção de um resultado mais fidedigno. Entretanto, a abordagem metodológica utilizada apresentou relevância, haja vista se tratar de uma intervenção recente e que ainda é carente de estudos avaliativos, e o fato de poder avaliar os municípios em profundidade, utilizando referenciais bem estabelecidos, contribuindo para a validade interna do estudo.

A avaliação do contexto no grau de implantação do NASF permitiu verificar, entre os municípios estudados, a importância da gestão municipal na implantação do NASF em municípios de pequeno porte. Os achados evidenciaram que quando a gestão apoia e participa ativamente do processo de trabalho do NASF, as ações da equipe fluem com mais facilidade, traduzindo em uma melhor implantação do programa. Além disso, destacou-se que, apesar dos municípios receberem o mesmo financiamento do governo federal, de estarem localizados na mesma região e de suas equipes serem formadas quase que pelas mesmas categorias profissionais, houve diferenças no grau de implantação, comprovando que uma gestão que proporciona condições adequadas para a realização das atividades pelos profissionais, sejam elas relacionadas à estrutura ou ao processo, influencia positivamente a intervenção.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo EN. *Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos*. Universidade Federal de São Paulo: São Paulo; 2010.
2. 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):92-6.
3. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Rev. Bras. Ciênc. Saúde*. 2012; 16(2):113-122.
4. Oliveira IC, Rocha RM, Cutolo LRA. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2012; 36(4):574-580.
5. Patrocínio SSSM. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro [dissertação]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz; 2012. 156f.
6. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate*. 2013 out./dez.; 37(99):672-680.
7. Campos GWS. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. In: Campos GWS. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p.51-67.

8. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(2):399-407.
9. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2010; 20(4):1079-1097.
10. Mello DF, Viera CS, Simpionato E, Biasoli-Alves ZMM, Nascimento LC. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.* 2005; 15(1):78-91.
11. 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): 968-975.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
13. Sampaio J, Souza CSM, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Rocha AMO, et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde.* 2012; 16(3):317-324.
14. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brouselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. (Org.) Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.41-60.
15. Yin RK. Estudo de caso: Planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
16. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA. (Org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.
17. Quinino LRM, Barbosa CS, Samico I. O programa de controle da esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco: uma análise de implantação. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2010; 10(Suppl.1):s119-129.
18. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2002; 7(3):401-412.
19. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, 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. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(11):2076-2084.
20. Nascimento CMB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Uma análise da atenção à saúde em municípios da região metropolitana do Recife [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014. 182f.
21. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, Delzivo CR, Coelho EBS, Moreti-Pires RO. Análise da Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Sau. & Transf. Soc.* 2012 jan.; 3(1):18-31.
22. Bezerra, PA. Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: Desafios e Possibilidades [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2013. 110f.
23. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2015; 20(9):2847-2856.
24. Guarda FRB, Silva RN, Silva SM, Santana PR. A atividade física como ferramenta de apoio às ações da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde.* 2014 mar; 19(2):265-270.
25. Pasquim HM, Arruda MSB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. *Corpus et Scientia.* 2013; 9(2):34-44.
26. Andrade AF, Lima MM, Monteiro NP, Silva VL. Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife. *Audiol Commun Res.* 2014 mar.; 19(1):52-60.
27. Leite DF, Nascimento DDG, Oliveira MAC. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2014; 24(2):507-525.
28. Martinez JFN, Silva AM, Silva MS. As diretrizes do NASF e a presença do profissional em Educação Física. *Motrivivência.* 2014; 26(42):222-237.

Submissão: outubro de 2016

Aprovação: fevereiro de 2017
