

Avaliação da resolutividade clínico-assistencial de equipes multiprofissionais em um município do nordeste brasileiro

Evaluation of the clinical-care resolution capacity of multiprofessional teams in a municipality in the Northeast Region of Brazil

Caroline Guimarães Damascena¹, Dinalva Lacerda Cabral², Paulette Cavalcanti de Albuquerque³, Romário Correia dos Santos³, Fabiana de Oliveira Silva Sousa²

DOI: 10.1590/2358-289820251459941P

RESUMO Este artigo teve como objetivo avaliar a resolutividade clínico-assistencial das equipes multiprofissionais de um município do nordeste brasileiro. O conceito de resolutividade utilizado se relaciona com o impacto positivo na qualidade de vida dos usuários e considera a funcionalidade e os fatores contextuais no seu desenvolvimento. É uma pesquisa do tipo quantitativa, com abordagem avaliativa e longitudinal. Houve seguimento de usuários assistidos de forma prioritária, com acompanhamento compartilhado entre profissionais das equipes multiprofissionais e da Estratégia Saúde da Família. A evolução clínica dos usuários foi realizada pelo Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (RCaNasf). Os resultados estão apresentados em duas seções: a primeira discute o perfil dos sujeitos da pesquisa, considerando seus aspectos sociodemográficos e clínicos, elementos importantes para o entendimento do trabalho em saúde das equipes multiprofissionais; e a segunda discute a resolutividade dessas equipes na produção da qualidade de vida dos usuários na atenção primária à saúde. Conclui-se sugerindo a utilização do RCaNasf para o acompanhamento dos casos compartilhados entre as equipes multiprofissionais e de Saúde da Família, enriquecendo o processo de trabalho e a prática da avaliação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Avaliação de processos e resultados em cuidados de saúde. Equipe multiprofissional. Saúde da família. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This article aims to evaluate the clinical-care resolution capacity of multiprofessional teams in a municipality in the Northeast Region of Brazil. The concept of resolution capacity relates to the positive impact on users' quality of life and considers functionality and contextual factors in their development. It is quantitative research with an evaluative and longitudinal approach. There was a follow-up of users assisted in a priority way, with shared follow-up among professionals from multidisciplinary teams and the Family Health Strategy (ESF). The clinical evolution of the users was performed using the Evaluation and Monitoring Form of the Clinical-Care Resolution Capacity of the Family Health Support Center (RCaNASF). The results are presented in two sections: the first one discusses the profile of the research subjects, considering their sociodemographic and clinical aspects, essential elements for understanding the healthcare work of multiprofessional teams; and the second discusses the resolution capacity of these teams in promoting the quality of life of users in primary health care. The conclusion suggests using RCaNASF to monitor the cases discussed between multidisciplinary and Family Health teams, enriching the workflow and health evaluation practices.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Outcome and process assessment, health care. Patient care team. Family health. Unified Health System.*

¹Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes - Jaboatão dos Guararapes (PE), Brasil.
caroline.damascena@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.



Introdução

Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) com o objetivo de ampliar a resolutividade e a integralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Implementado a partir da criação de equipes multiprofissionais, o Nasf foi implantado em vários municípios do território nacional, atravessando diversas conjunturas: teve seu nome reformulado¹, em 2017, para Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf-AB); uma ameaça de extinção em 2019 a partir de um novo modelo de financiamento da APS que retirou o recurso específico para sua manutenção²; e em 2023, o MS retomou a agenda de avançar na construção de uma APS ampliada, publicando uma portaria³ para a volta do financiamento de equipes multiprofissionais para cuidado colaborativo e complementar na atenção primária das equipes do Nasf, agora denominadas equipes Multiprofissionais (eMulti).

Vale salientar que, em alguns municípios, as equipes do Nasf foram mantidas com financiamento municipal, assumindo a nova nomenclatura eMulti a partir de 2023. Embora as portarias que criaram essas equipes (Nasf e eMulti) tenham muitas semelhanças, algumas mudanças importantes foram implementadas com a introdução da Portaria nº 635, de 23 de maio de 2023³, tais como: a ampliação das categorias profissionais que podem compor as equipes, o retorno de um financiamento mais robusto, a definição de outros tipos de equipe e a inclusão de novas atividades. Cada uma dessas modificações pode influenciar o processo de trabalho das equipes e merecem ser monitoradas e estudadas com maior profundidade, a fim de subsidiar aperfeiçoamentos no processo de trabalho das equipes com vistas a fortalecer a interprofissionalidade, a integralidade e a resolutividade do cuidado na APS.

Bispo Júnior e Almeida⁴ apontam que a eMulti oferece uma ampla gama de atividades, incluindo atendimento individual e em

grupo, domiciliar, atendimento compartilhado, discussões de casos, projetos terapêuticos, atividades coletivas, apoio matricial, intervenções no território, ações de saúde a distância e práticas intersetoriais. Essas atividades, quando bem organizadas e oferecidas, têm potencial para aumentar significativamente a resolutividade da APS conforme regulamentado.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil tem vivenciado reformas e direcionamentos diversos, com modificações legais e novas deliberações, no intuito de realizar uma transformação da APS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (EqNasf) consistiu na inclusão de novas categorias profissionais na APS, para apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF) na tentativa de alcançar uma assistência integral e resolutiva aos usuários e, com isso, maior qualidade do cuidado na APS⁵.

O conceito de integralidade considera que as ações relacionadas com a saúde devem ser implementadas em ambos os níveis, individual e coletivo, atuando nos fatores determinantes e condicionantes da saúde. Isso inclui integrar atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde em uma abordagem interdisciplinar que incorpore o conceito ampliado de saúde na prática⁶ e a participação popular.

O referencial teórico-metodológico do processo de trabalho interprofissional das antigas EqNasf e das atuais eMulti utiliza como eixo central o matriciamento, subdividido em apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial. Nessa perspectiva, solicita-se o apoio da retaguarda especializada para maior qualificação dos atendimentos nos casos clínicos mais complexos, os quais a EqSF não poderia resolver ou teria muita dificuldade de fazê-lo sozinha⁷. Esse referencial teórico de apoio matricial permanece sendo a base para as atuais eMulti.

O trabalho interprofissional proposto para nortear a atuação dessas equipes se posiciona como estratégico para o enfrentamento do tradicional modelo de assistência biomédica, curativista e extremamente fragmentador

ao criar ‘um coletivo cuidador’ que permite apoiar, compartilhar e transformar as ações, realizadas de forma multiprofissional, buscando atender às reais necessidades dos usuários e ampliar a resolutividade do cuidado⁸.

Ao longo da existência dos Nasf, muitos estudos foram realizados com o objetivo de compreender o processo de trabalho dessas equipes, os quais evidenciaram a complexidade dos seus saberes e fazeres, bem como apontaram também a necessidade de avaliar os seus resultados em uma perspectiva que reconhecesse não apenas a ausência da doença, mas também a qualidade de vida dos usuários.

Assim, este estudo utiliza o conceito de resolutividade como o impacto positivo na Qualidade de Vida (QV) dos usuários, que se preocupa com o acolhimento das suas necessidades de saúde, enfatizando a importância da integralidade nas práticas de cuidado e englobando desde a promoção e manutenção da saúde até a reabilitação, com o objetivo de uma resposta satisfatória, que inclui o alívio ou a minimização do sofrimento⁹.

Vale ressaltar a importância das avaliações dos resultados das ações como subsídios aos gestores e equipes no planejamento, monitoramento e orientação das práticas em saúde. Portanto, deve-se estimular a utilização e o aperfeiçoamento de instrumentos avaliativos no ambiente laboral, possibilitando a institucionalização da avaliação em saúde, geralmente negligenciada nos serviços¹⁰.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a resolutividade clínico-assistencial das eMulti em um município do nordeste brasileiro.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, quantitativa, do tipo longitudinal, com análise de efeitos, realizada em um município da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco (PE), nordeste do Brasil, no período de janeiro a outubro de 2019¹¹.

Esta pesquisa deu continuidade a uma sequência de estudos. O primeiro, realizado por Nascimento¹², investigou a organização do processo de trabalho dos Nasf em três municípios pernambucanos. Posteriormente, Sousa¹³ teve como enfoque a percepção dos profissionais quanto à integralidade, à ampliação da resolutividade e ao desenvolvimento da coordenação do cuidado na APS. O terceiro estudo foi uma tese que construiu e validou o conteúdo de um instrumento de medida para avaliação e monitoramento da resolutividade clínico-assistencial¹⁴, o Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (RCaNasf).

Para compor a amostra, foram elegíveis: os profissionais atuantes nas eMulti (no momento da investigação, denominadas EqNasf) do município estudado, que contém sete regiões de saúde; na época, todos os profissionais das equipes que possuíam vínculo empregatício público, por meio de concurso; em exercício profissional no momento da coleta de dados; e que participaram da oficina de matriciamento para aplicação do instrumento de coleta de dados. Também foram incluídos os usuários cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF); considerados como prioritários para o acompanhamento das eMulti e que necessitavam ser assistidos por, no mínimo, dois profissionais dessas equipes e um da EqSF¹⁴, estando ou não inseridos em algum Projeto Terapêutico Singular.

Foram excluídos os profissionais que estavam afastados do serviço por um período maior que três meses ou aqueles que não conseguiram entregar o instrumento de avaliação devidamente preenchido até o final do período de coleta, bem como os usuários que desistiram de participar do estudo, sem haver prejuízo em relação ao seu atendimento clínico.

Inicialmente, houve uma sensibilização das eMulti em relação à pesquisa, com a disponibilização de videoconvite e resumo acerca do projeto, enfatizando a importância da avaliação e do monitoramento dos resultados das ações. Na sequência, ocorreu o matriciamento das

equipes sobre o novo instrumento, por meio de oficinas realizadas no território de cada região de saúde¹¹.

Além disso, um diário de campo foi utilizado. Esse instrumento pode proporcionar uma imersão no registro de experiências e situações do cotidiano com observação crítica e possibilidades de avaliações e transformações¹⁵. Os aspectos facilitadores e dificultadores do processo de trabalho interprofissional foram registrados e apresentados em quatro itens: relação entre os profissionais; transporte; materiais/estruturas físicas; formação/capacitação para atuação na EqNasf¹¹.

Nas EqSF vinculadas, houve a identificação das necessidades de saúde das pessoas consideradas casos prioritários que seriam acompanhados pelas EqNasf. A partir dessa triagem, a coleta dos dados foi iniciada. Na tentativa de facilitar o preenchimento do RCaNasf, foram criados e disponibilizados vídeos tutoriais para as equipes participantes¹¹.

Para verificar o perfil dos profissionais incluídos, quanto ao sexo, tempo de atuação no município estudado, categoria profissional, pós-graduação em Saúde Pública e áreas afins ou em outras especializações, foi criado um questionário semiestruturado, aplicado individualmente. Os dados referentes às pessoas acompanhadas pelas EqNasf, como sexo, idade, escolaridade, doença ou condição de saúde avaliada, uso de medicamentos e a evolução clínica ao longo do tempo, foram coletados por meio do RCaNasf¹⁴.

Nesse formulário, são registradas três avaliações clínicas, de forma longitudinal, com um intervalo mínimo de um mês entre elas, podendo ser mensal, bimestral ou trimestral, conforme a necessidade do usuário. Esse instrumento é dividido em duas partes: funcionalidade e fatores contextuais. Para a avaliação da funcionalidade, os comprometimentos ou as dificuldades observadas durante as avaliações devem ser qualificados como leve, moderado, grave e muito grave ou total, de acordo com a perspectiva dos profissionais de saúde e do usuário, familiar ou cuidador¹⁴.

Na funcionalidade, parte 1, apresentam-se dois componentes, denominados de 'Funções e Estrutura do corpo' (FE) e 'Atividades e Participação' (AP). A medida da funcionalidade tem como base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). As FE referem-se a funções fisiológicas e a partes anatômicas do corpo, enquanto as AP relacionam-se com a execução de tarefas e o envolvimento do indivíduo em situações da vida. Nos fatores contextuais, parte 2, encontra-se o componente de 'Aspectos Social, Familiar e do Indivíduo' (SFI), ou seja, o ambiente físico e social no qual o indivíduo vive e se relaciona com outras pessoas – além das particularidades desse indivíduo, como idade, estado emocional etc., que podem impactar positiva ou negativamente na sua condição de saúde¹⁴.

A comparação dos dados da primeira e da última avaliação permite inferir a resolutividade das ações do Nasf na perspectiva de melhoria da QV do usuário¹⁴. Apesar de a segunda avaliação não ser utilizada para o cálculo comparativo, essa medida é importante para o monitoramento dos dados, pois pode revelar se a intervenção proposta precisa de alguma modificação ou ajuste, bem como se existe algum fator externo implicando positiva ou negativamente no processo saúde-doença do avaliado¹¹.

Os *softwares* utilizados para tratamento dos dados foram o Excel® 2010 e o Statistical Package for Social Sciences para Windows® (SPSS), versão 20¹⁶. Em todos os cálculos estatísticos, foi considerado o nível de confiança de 95%. Para inferir a resolutividade clínico-assistencial das equipes estudadas, foi realizada a comparação da 1ª e 3ª avaliação, nos componentes FE, AP e SFI do RCaNasf, na perspectiva dos profissionais de saúde e do usuário, do familiar ou do cuidador. Na análise comparativa, foram utilizados os testes estatísticos *t* pareado¹⁶ e o Wilcoxon Signed Ranks¹⁷.

O projeto que deu origem ao estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Pernambuco), de acordo com os princípios éticos do Conselho Nacional de Saúde¹⁸, e está registrado na Plataforma Brasil sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 53408516.1.0000.5190, Parecer nº 3.143.672¹¹. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Entre os cuidadores e os cuidados: perfil clínico-assistencial dos sujeitos da pesquisa

De acordo com os critérios de inclusão, foram selecionados 51 usuários potencialmente elegíveis para o estudo. Ao longo do período de coleta dos dados, houve uma perda amostral de 20,0% (10,2): 3 não aceitaram participar da pesquisa, 4 faleceram antes de completar o período de coleta dos dados e 3 não concluíram a última avaliação. Assim, a amostra final foi composta por 41 indivíduos, submetidos ao acompanhamento dos profissionais da EqNasf e avaliados com o instrumento RCaNasf em três momentos distintos¹¹, perfazendo um total de 123 avaliações clínicas. Na *tabela 1*, verifica-se que 53,6% (22) dos avaliados eram do sexo feminino, 46,4% (19) eram idosos e 51,0% (21) tinham ensino fundamental incompleto.

Nesses achados, houve uma discreta predominância de indivíduos do sexo feminino acompanhados pelas EqNasf, informação concordante com o percentual de mulheres da população residente no município estudado¹⁹. Em outras pesquisas, sobre o processo de trabalho das EqNasf, nas cidades do Recife-PE e Camaragibe-PE, houve uma hegemonia de mulheres acompanhadas^{13,14,20}. O conhecimento do perfil relacionado com a saúde dos usuários é extremamente importante, pois favorece o planejamento das práticas em saúde

para a população, com menores custos e manutenção da qualidade dos serviços, intervindo de maneira profícua e oportuna na gestão das condições de risco²¹.

Outro importante dado foi o número de idosos acompanhados pelas equipes, aproximadamente metade da amostra, corroborando os dados de outro estudo¹⁴, que foi realizado no município de Recife-PE. Esse resultado traz a reflexão de como o processo de transição demográfica tem gerado grandes demandas na APS. O cenário contemporâneo expõe um perfil epidemiológico que desafia o sistema de saúde e de previdência brasileiro, com exigências em relação à capacidade de resposta às taxas de morbidade e mortalidade, assim como ao monitoramento de ações ofertadas aos idosos, que requerem um cuidado continuado, integral e multidisciplinar²².

Ao analisar a escolaridade dos usuários, observou-se que a maioria possuía o ensino fundamental incompleto. Um estudo²³ que utilizou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 evidenciou que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são mais prevalentes em indivíduos com baixa escolaridade: analfabetos ou com ensino fundamental incompleto. Confirmando esses achados, Delpino et al.²⁴ concluem que a ocorrência de múltiplas doenças crônicas (multimorbidade) estava concentrada nos indivíduos com menor escolaridade. Portanto, na clínica, deve-se ter um olhar multicausal sobre o processo saúde-doença, enfatizando os seus determinantes sociais.

Ainda na *tabela 1*, observa-se que 49,0% (20) dos avaliados eram portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 32,0% (13) apresentavam problemas de saúde mental, 29,3% (12) tinham Diabetes Mellitus (DM) e 27,0% (11) haviam sofrido, pelo menos, um episódio de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Sobre o tratamento medicamentoso, 54,0% (22) faziam uso de 1 a 4 fármacos.

A HAS foi a doença mais frequente na amostra estudada. Brandão e Nogueira²⁵ salientaram que essa é uma condição decorrente

de inúmeros fatores; e, no Brasil, acomete cerca de 36 milhões de adultos, ou seja, 32,5% da população, com maior prevalência entre os homens, representando 50% das mortes por doença cardiovascular.

O segundo problema de saúde mais encontrado entre os usuários acompanhados pelas EqNasf do município estudado foi o comprometimento de saúde mental, como depressão, ansiedade, alcoolismo e esquizofrenia. Existe uma complexa e alta demanda relativa ao campo da saúde mental na ESF, que envolve questões como conflitos familiares, negligência ou ausência no cuidado de crianças, queixas escolares, dependência química e disfunções alimentares²⁶.

O DM também foi uma doença frequente entre os usuários incluídos neste estudo. Uma pesquisa, desenvolvida com pessoas com diabetes acompanhadas na ESF, evidenciou que houve prejuízo da QV dos indivíduos devido às complicações do DM²⁷. Por ser uma patologia crônica e sistêmica, para prevenção e retardo do aparecimento das possíveis complicações, como as neuropatias, retinopatias, amputações etc., recomenda-se a participação ativa dos usuários no processo de tratamento, com compartilhamento de metas e planos com os profissionais de saúde, tendo enfoque na manutenção ou na melhoria da QV desses indivíduos²⁸.

Por fim, o quarto problema de maior demanda para as EqNasf estudadas foram as sequelas após AVE, observadas em 27,0% (11) dos indivíduos, sendo 81,0% deles pessoas com HAS, sugerindo a forte relação entre essas patologias. Assim, para que haja o enfrentamento da HAS e a diminuição dos problemas cardiovasculares advindos dela, como é o caso do AVE, deve-se investir na ampliação da cobertura da ESF e na melhoria da qualidade do cuidado na APS²⁵, a partir de uma atenção integral e longitudinal das pessoas, com monitoramento das ações de saúde e do trabalho interprofissional dessas equipes.

Como visto, as DCNT representaram os problemas mais frequentes entre a população acompanhada pelas EqNasf estudadas, fato que pode justificar a alta porcentagem de indivíduos que faziam uso contínuo de pelo menos um medicamento, 78% da amostra. O sucesso na atenção em saúde para as DCNT aponta na direção de estratégias relacionadas com cuidado e educação em saúde e atividades de promoção à saúde, com a preocupação em conhecer a cultura local, a mudança de comportamento e a adoção de hábitos saudáveis que compreendam a terapêutica e o processo saúde-doença²⁹.

Tabela 1. Características de usuários assistidos de forma compartilhada por profissionais das EqNasf, janeiro a outubro de 2019, Brasil

Variáveis	% (n)
Sexo	
Feminino	53,6 (22)
Masculino	46,4 (19)
Faixa etária	
0 a 11 anos de idade (criança)	2,4 (1)
12 a 18 anos de idade (adolescente)	2,4 (1)
19 a 21 anos de idade (adulto jovem)	0,0 (0)
22 a 45 anos (adulto)	24,4 (10)
46 a 59 anos de idade (meia-idade)	24,4 (10)
≥ 60 anos de idade (idoso)	46,4 (19)

Tabela 1. Características de usuários assistidos de forma compartilhada por profissionais das EqNasf, janeiro a outubro de 2019, Brasil

Variáveis	% (n)
Escolaridade (a partir dos 10 anos)	
Sem escolaridade	7,3 (3)
Fundamental incompleto	51,0 (21)
Fundamental completo	7,3 (3)
Ensino médio incompleto	5,0 (2)
Ensino médio completo	12,0 (5)
Ensino superior incompleto	2,4 (1)
Não informado	15,0 (6)
Doença/condição de saúde*	
Acidente vascular encefálico	27,0 (11)
Amputação decorrente de diabetes mellitus	5,0 (2)
Diabetes Mellitus	29,3 (12)
Doenças reumáticas	7,3 (3)
Hipertensão arterial sistêmica	49,0 (20)
Lesão traumática	17,1 (7)
Obesidade	15,0 (6)
Outras condições neurológicas	19,5 (8)
Saúde mental	32,0 (13)
Outras	19,5 (8)
Medicamentos	
Nenhum	10,0 (4)
1 a 4	54,0 (22)
5 ou mais	24,0 (10)
Não informado	12,0 (5)

Fonte: elaboração própria.

*Pode haver mais de uma doença/condição de saúde para cada usuário.

No ano de 2019, o município estudado possuía 8 EqNasf, com um total de 44 profissionais, tendo a menor equipe formada por 4 especialistas, e a maior, por 7. Todos os especialistas foram convidados a participar desta pesquisa, porém, duas equipes não atenderam aos critérios de elegibilidade. Assim, 6 EqNasf participaram desta investigação, totalizando 28 especialistas, entre eles: 4 assistentes sociais, 4 fisioterapeutas, 3 fonoaudiólogos, 4 nutricionistas, 4 profissionais de educação física, 3 psicólogos e 6 terapeutas ocupacionais. Destes, 93,0% (26) eram do sexo feminino, com

média de idade de 34 anos, 29,0% (8) possuíam especialização na área de saúde pública e afins, 29,0% (8) tinham mestrado e outros 29,0% (8) eram especialistas em áreas clínicas específicas.

No diário de campo, os profissionais relataram sobre os aspectos facilitadores e dificultadores do processo de trabalho da EqNasf¹¹. Quanto aos facilitadores, 93,0% (26) afirmaram haver uma boa relação entre os profissionais das equipes, e 71,4% (20) mencionaram que suas formações/capacitações foram importantes para a atuação.

Como aspecto dificultador, o item materiais/estruturas físicas foi apontado por 100,0% (28) dos profissionais como precário. O transporte também foi considerado ruim por 71,4% (20) dos respondentes, no sentido de não haver disponibilidade deste para a realização do trabalho, divergindo de outro estudo que analisou dados resultantes da avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujos dados indicaram existir o veículo sempre ou na maioria das vezes para tais funções³⁰.

Essa contradição demonstrou que existem várias realidades no País quando se fala do processo de trabalho das eMulti. Fischborn e Cadoná³¹ salientaram que não se pode relativizar ou esquecer das condições da estrutura de trabalho, em um contexto de relações sociais e políticas, para que haja autonomia do profissional da área da saúde.

A *tabela 2* apresenta os profissionais envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados.

Nas EqNasf, os terapeutas ocupacionais atuaram em 76,0% (31) dos casos, e os fisioterapeutas, em 41,5% (17) deles. Entre os profissionais das EqSF que compartilharam os atendimentos com os especialistas, os enfermeiros foram a segunda categoria profissional que mais participou, em 63,4% (26) dos casos.

O número expressivo de acompanhamentos clínicos com necessidade de atuação pelos terapeutas ocupacionais nesta pesquisa revela algumas impressões registradas no diário de campo. O processo de aplicação do instrumento RCaNasf foi facilitado pela prática cotidiana de trabalho dessa categoria profissional em realizar uma abordagem avaliativa integral da pessoa com observação de diversos componentes: mentais, sensoriais, auditivos, motores, sociais e ambientais, transitando por várias áreas de atuação, como educação, trabalho e saúde. Isso poderia indicar a necessidade de fortalecer a educação permanente dessas equipes com enfoque na clínica ampliada com vistas à implementação de práticas de cuidado cada vez mais integrais e colaborativas.

Tabela 2. Profissionais envolvidos no cuidado compartilhado dos casos estudados, janeiro a outubro de 2019, Brasil

Variáveis	% (n)
Profissionais das EqNasf envolvidos*	
Assistente social	24,4 (10)
Fisioterapeuta	41,5 (17)
Fonoaudióloga(o)	22,0 (9)
Nutricionista	27,0 (11)
Terapeuta ocupacional	76,0 (31)
Profissional de educação física	22,0 (9)
Psicóloga(o)	15,0 (6)
Profissionais das EqSF envolvidos*	
Dentista	15,0 (6)
Enfermeira(o)	63,4 (26)
Médica(o)	44,0 (18)

Fonte: elaboração própria.

EqNasf = Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; EqSF = Equipes de Saúde da Família.

*Deve haver mais de um profissional envolvido no cuidado de cada usuário.

Pesquisadores³² aludiram um nó crítico para a efetivação do atendimento compartilhado de forma interprofissional relacionado com a gestão de equipe. Os autores apontaram a ocorrência das relações de poder, que perpassam as questões gerenciais, a composição das equipes e o planejamento das agendas. Assim, é necessário um enorme esforço para organizar o processo de trabalho das EqNasf, bem como ser permeável às mudanças, agindo de forma colaborativa com as EqSF e outros serviços na rede de atenção à saúde para alcançar um cuidado mais qualificado.

Artigo de Tavares³³ aponta que trabalhadores da EqNasf que se mostraram satisfeitos com a comunicação e a definição de responsabilidades entre os membros da equipe tiveram mais chances de avaliar positivamente o trabalho.

Mazza et al.³⁴ salientam questões relacionadas com a influência dos aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho, na forma de atuação e na integração do trabalho entre os profissionais das equipes matriciais e de referência. A colaboração clama por uma quebra de paradigmas, com substituição dos modelos assistenciais que privilegiam relações assimétricas de poder e práticas fragmentadas.

A resolutividade de equipes multiprofissionais e a produção de qualidade de vida dos usuários acompanhados

O objetivo do artigo foi fazer um recorte de avaliação em relação às ações clínico-assistenciais, uma das dimensões do apoio matricial dentro do processo de trabalho das equipes. Trata-se de escolha metodológica utilizando o instrumento RCaNasf que enfoca essa dimensão, mas que prioriza uma abordagem integral e colaborativa dos profissionais, valoriza o processo de vida e adoecimento e o olhar do usuário. O RCaNasf foi aplicado em situações cuja necessidade requeria o trabalho de mais de uma profissão, ou seja, que a condição de saúde do indivíduo solicitava um acompanhamento interprofissional.

Na *tabela 3*, visualiza-se a evolução dos casos acompanhados pelas EqNasf estudadas. Uma evolução positiva indica melhorias percebidas no estado clínico e/ou social do usuário ao longo das três avaliações. Por outro lado, a manutenção reflete a ausência de mudança no *status* inicial, e uma evolução negativa aponta retrocesso ou percepção de piora. A discrepância de alguns valores para usuários e/ou cuidadores e os profissionais de saúde pode estar relacionada com diferenças nas expectativas de mudanças entre eles.

Na parte 1 do RCaNasf, foi observada uma evolução positiva ao comparar os dados da primeira e última avaliação, principalmente no componente FE, tanto na percepção dos profissionais, em 80,4% (33) dos casos, como na dos usuários, em 73,0% (30), corroborando os achados de uma tese de doutorado¹⁴, cujo estudo-piloto utilizou o RCaNasf. No componente AP, essa melhoria foi constatada em 70,8% (29) dos casos na percepção dos profissionais, e em 58,5% (24), na dos usuários.

Os dados produzidos nesta pesquisa apontam que, na parte 2 do RCaNasf, componente SFI, para os casos clínicos acompanhados, houve uma evolução positiva dos aspectos que foram identificados como dificultadores da condição de saúde, tanto na percepção dos profissionais, em 65,8% (27) dos casos, quanto na dos usuários, em 58,5% (24). Verificou-se também uma evolução positiva dos aspectos que já eram considerados facilitadores em 22,0% (9) e 14,6% (6) dos casos e manutenção em 65,8% (27) e 70,8% (29), na percepção dos profissionais e usuários, respectivamente (*tabela 3*).

Os aspectos facilitadores ou dificultadores são fatores que podem auxiliar ou prejudicar o desempenho funcional ou a QV do usuário avaliado¹⁴. Portanto, grande parte das questões que estavam dificultando a vida dos pacientes obteve melhora, e para aquelas que estavam facilitando, houve manutenção em sua maioria e, em alguma parte, até melhorias.

Ao considerar o conceito de resolutividade utilizado neste estudo e somando os

percentuais de evolução clínica, considerada positiva ou que manteve o quadro, nas duas partes, em cada um dos componentes do RCaNasf, verificam-se percentuais maiores ou iguais a 85,4% de alcance nos objetivos almejados, o que pode inferir sobre a QV relacionada com a saúde dos indivíduos¹¹.

Em cada um dos três componentes, houve uma pequena parcela de evolução negativa,

menor que 17,1% dos casos. Esse achado representa uma realidade para as condições clínicas dos indivíduos acompanhados neste estudo, pois, nas DCNT, pode ocorrer agudização dos eventos. Na HAS, fatores de risco, como DM, obesidade, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas, exacerbam essa condição clínica²⁵.

Tabela 3. Evolução dos casos acompanhados pelas EqNasf, por componente do RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários, janeiro a outubro de 2019, Brasil

RCaNasf	Componente	Evolução (1ª e 3ª avaliação)	% (n)
Parte 1	FE - Profissional	Positiva	80,4 (33)
		Manteve	9,8 (4)
		Negativa	9,8 (4)
	FE - Usuário	Positiva	73,0 (30)
		Manteve	22,0 (9)
		Negativa	5,0 (2)
	AP - Profissional	Positiva	70,8 (29)
		Manteve	14,6 (6)
		Negativa	14,6 (6)
	AP - Usuário	Positiva	58,5 (24)
		Manteve	24,4 (10)
		Negativa	17,1 (7)
Parte 2	SFI (+) - Profissional	Positiva	22,0 (9)
		Manteve	65,8 (27)
		Negativa	12,2 (5)
	SFI (+) - Usuário	Positiva	14,6 (6)
		Manteve	70,8 (29)
		Negativa	14,6 (6)
	SFI (-) - Profissional	Positiva	65,8 (27)
		Manteve	22,0 (9)
		Negativa	12,2 (5)
	SFI (-) - Usuário	Positiva	58,5 (24)
		Manteve	29,3 (12)
		Negativa	12,2 (5)

Fonte: elaboração própria.

EqNasf = Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; RCaNasf = Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; FE = Funções e estruturas do corpo; AP = Atividades e participação; SFI = Aspectos social, familiar e do indivíduo; (+) = Facilitadores; (-) = Dificultadores.

Ao analisar a *tabela 4* e considerar o conceito de resolutividade adotado neste estudo, observa-se uma evolução positiva para os casos acompanhados, pois a soma dos percentuais de manutenção e melhoria nas condições avaliadas, em cada componente, para cada EqNasf, foi igual ou superior a 60,0%¹¹.

Esses dados estão em consonância com uma tese de doutorado¹³, em que, na assistência, a resolutividade da EqNasf alcançou a proporção de 60,0% na categoria da psicologia, e percentuais acima de 70,0% para as outras categorias profissionais, evidenciando ampliação nas ações da APS.

A evolução negativa, representada por 40,0% no componente AP – Usuário, da Equipe 2 (*tabela 4*), foi identificada por meio da análise do banco de dados. Esse resultado ocorreu devido a dois casos clínicos, um deles na área de saúde mental, com dificuldades na interação e relacionamentos interpessoais e exacerbação das restrições na vida comunitária e social. A outra situação envolve um caso de seqüela decorrente de lesão traumática, com múltiplos comprometimentos já instalados, que levaram a isolamento social e restrição das atividades de lazer do indivíduo¹¹.

Outra observação relevante pode ser feita por intermédio da evolução negativa (33,3%) identificada em dois casos da Equipe 6, nos componentes AP – Profissional, SFI (–) – Profissional e Usuário. Os indivíduos acompanhados enfrentavam múltiplos agravos: um deles com doença degenerativa e transtornos associados à saúde mental, e o outro com doenças reumáticas, deficiência e problemas de saúde mental. Essas condições indicam a necessidade de um acompanhamento prolongado para potencializar os impactos positivos na vida dos usuários¹¹. Esse ponto é relevante por evidenciar os limites da eMulti do Nasf e reforçar a necessidade de intervenções em rede, integrando diversos serviços da APS e especializados, bem como do desenvolvimento de ações intersetoriais para abordar os determinantes sociais de saúde que afetam diretamente a resolutividade da atenção na APS.

Ao analisar a resolutividade conforme o perfil das EqNasf, percebe-se que, na Equipe 5, não há nenhuma evolução negativa (*tabela 4*), e ao revisar o banco de dados, nota-se que todas as categorias profissionais se envolveram nos casos ativamente e que, nessa equipe, os participantes possuem formação para atuação em áreas clínicas, saúde coletiva e saúde mental¹¹.

Tabela 4. Evolução dos casos acompanhados pelas EqNasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários, por componentes do RCaNasf, janeiro a outubro de 2019, Brasil

RCaNasf	Componente	Evolução	EqNasf 1 (n = 9)	EqNasf 2 (n = 5)	EqNasf 3 (n = 5)	EqNasf 4 (n = 10)	EqNasf 5 (n = 6)	EqNasf 6 (n = 6)	Total (n = 41)
Parte 1	FE – Profissional	Positiva	77,8%	40,0%	80,0%	90,0%	100,0%	83,3%	80,4%
		Manteve	11,1%	40,0%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	9,8%
		Negativa	11,1%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	16,7%	9,8%
	FE – Usuário	Positiva	71,4%	20,0%	80,0%	90,0%	100,0%	66,6%	72,2%
		Manteve	28,6%	60,0%	20,0%	10,0%	0,0%	16,7%	22,2%
		Negativa	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	5,6%
	AP – Profissional	Positiva	66,7%	40,0%	80,0%	80,0%	100,0%	50,0%	70,8%
		Manteve	33,3%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	14,6%
		Negativa	0,0%	20,0%	20,0%	20,0%	0,0%	33,3%	14,6%
AP – Usuário	Positiva	28,6%	0,0%	75,0%	77,8%	100,0%	60,0%	58,3%	
	Manteve	71,4%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	25,0%	
	Negativa	0,0%	40,0%	25,0%	22,2%	0,0%	20,0%	16,7%	

Tabela 4. Evolução dos casos acompanhados pelas EqNasf, de acordo com a percepção dos profissionais e usuários, por componentes do RCaNasf, janeiro a outubro de 2019, Brasil

RCaNasf	Componente	Evolução	EqNasf 1 (n = 9)	EqNasf 2 (n = 5)	EqNasf 3 (n = 5)	EqNasf 4 (n = 10)	EqNasf 5 (n = 6)	EqNasf 6 (n = 6)	Total (n = 41)
Parte 2	SFI (+) - Profissional	Positiva	12,5%	60,0%	25,0%	10,0%	50,0%	0,0%	23,1%
		Manteve	87,5%	20,0%	50,0%	80,0%	50,0%	83,3%	66,7%
		Negativa	0,0%	20,0%	25,0%	10,0%	0,0%	16,7%	10,2%
	SFI (+) - Usuário	Positiva	100,0%	0,0%	75,0%	14,3%	0,0%	0,0%	15,0%
		Manteve	0,0%	100,0%	0,0%	85,7%	100,0%	100,0%	70,0%
		Negativa	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	15,0%
	SFI (-) - Profissional	Positiva	50,0%	60,0%	100,0%	70,0%	100,0%	33,4%	65,8%
		Manteve	37,5%	20,0%	0,0%	20,0%	0,0%	33,3%	21,0%
		Negativa	12,5%	20,0%	0,0%	10,0%	0,0%	33,3%	13,2%
SFI (-) - Usuário	Positiva	40,0%	33,3%	75,0%	77,8%	66,7%	33,4%	59,3%	
	Manteve	60,0%	66,7%	0,0%	11,1%	33,3%	33,3%	29,6%	
	Negativa	0,0%	0,0%	25,0%	11,1%	0,0%	33,3%	11,1%	

Fonte: elaboração própria.

EqNasf = Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; RCaNasf = Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; FE = Funções e estruturas do corpo; AP= Atividades e participação; SFI = Aspectos social, familiar e do indivíduo; (+) = Facilitadores; (-) = Dificultadores; n = número de casos clínicos acompanhados por equipe.

A partir da soma das pontuações obtidas na 1ª e 3ª avaliação, foi calculada a média de cada componente do RCaNasf, o valor de *p*, resultando na obtenção da *tabela 5*. Quanto maior a média, maior a quantidade de subcategorias pontuadas ou qualificadas em cada componente¹⁴. As subcategorias são elementos de avaliação que revelam comprometimentos, dificuldades, facilitadores e obstáculos que interferem na funcionalidade do indivíduo.

A *tabela 5* confirma que a parte 1 do instrumento, nos componentes FE e AP, e a parte 2, componente SFI (-), foram as mais avaliadas, ou seja, comprometimentos e dificuldades revelados e barreiras qualificadas, respectivamente. Ao comparar as médias da 1ª e 3ª avaliação, verificou-se diferença estatística significativa (*p*-valor < 0,05), exceto para o

componente SFI (+), facilitador qualificado, que obteve *p*-valor > 0,05, tanto na percepção dos profissionais quanto na dos usuários, corroborando dados obtidos por estudo¹⁴ anterior. Ao analisar as médias da 1ª e 3ª avaliação nesse componente, observou-se manutenção dos valores, sugerindo que os aspectos facilitadores na vida dos indivíduos permaneceram estáveis, o que, de certa forma, é positivo para a resolutividade e a QV¹¹.

Para comparar os dados quantitativos desta pesquisa com outros estudos utilizando o mesmo instrumento, o RCaNasf, há apenas um estudo disponível¹⁴, destacando a necessidade de expandir a avaliação dos resultados da eMulti de maneira longitudinal para obter maiores evidências.

Tabela 5. Média e desvio-padrão das pontuações obtidas na 1ª e 3ª avaliação, por componente do RCaNasf, de acordo com a percepção dos profissionais das EqNasf e usuários, janeiro a outubro de 2019, Brasil

RCaNasf	Componente	Avaliação		p-Valor*
		Primeira	Terceira	
		Média (DP)	Média (DP)	
Parte 1	FE - Profissional	2,4 (0,7)	1,7 (0,8)	< 0,001
	FE - Usuário	2,7 (0,8)	1,7 (0,9)	< 0,001
	AP - Profissional	2,6 (0,8)	2,0 (1,1)	< 0,001
	AP - Usuário	2,9 (0,9)	2,2 (1,3)	0,001
Parte 2	SFI (+) - Profissionais	1,9 (0,7)	1,9 (0,6)	0,277
	SFI (+) - Usuários	1,7 (0,6)	1,7 (0,6)	0,481
	SFI (-) - Profissionais	2,6 (0,8)	2,1 (1,0)	0,001
	SFI (-) - Usuários	2,7 (1,0)	2,0 (1,3)	0,007

Fonte: elaboração própria.

RCaNasf = Formulário para Avaliação e Monitoramento da Resolutividade Clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; EqNasf = Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; FE = Funções e estruturas do corpo; AP = Atividades e participação; SFI = Aspectos social, familiar e do indivíduo; (+) = Facilitadores; (-) = Dificultadores; DP = desvio-padrão; p-valor = significância estatística (< 0,05).

*teste t pareado.

O RCaNasf pode facilitar a discussão dos casos entre EqNasf e EqSF ao favorecer um cuidado integral do indivíduo, por meio da identificação de aspectos da funcionalidade e do contexto de vida, registrando dificuldades e comprometimentos mencionados pelo usuário e pela avaliação dos profissionais de saúde que o acompanham. Isso permite mobilizar os recursos necessários para uma intervenção mais coerente¹¹.

O instrumento possibilita a visualização do usuário, incluindo suas queixas e condições de saúde, os fatores que facilitam e dificultam seu desempenho funcional e sua QV¹⁴ além de monitorar seu progresso ao longo do tempo. Isso pode resultar na definição compartilhada de metas e planos para abordar de maneira específica os processos clínico-assistenciais atuais¹¹.

Com as informações registradas e o acompanhamento realizado, os dados também podem ser utilizados pelos gestores e profissionais para evidenciar os resultados da atuação compartilhada dos profissionais da EqNasf com a EqSF, bem como revelar a complexidade das

condições de saúde e doença que envolvem o trabalho realizado.

Em princípio, com a atuação matricial da EqNasf, há melhorias na resolutividade e na integralidade da APS, contudo, carências em relação ao monitoramento podem levar ao desconhecimento dos fatores que levam à resolutividade dessas ações e à qualidade do cuidado³⁰.

Considerações finais

Os resultados reforçam que a abordagem interprofissional da EqNasf representa uma estratégia importante para o aumento da resolutividade na APS. Ao analisar os dados do RCaNasf, constatou-se que, em grande parte dos componentes avaliados, houve uma diferença positiva e estatisticamente significativa na evolução clínica dos indivíduos acompanhados pela EqNasf, alcançando uma resolutividade mínima de 83,3%.

O perfil dos usuários acompanhados neste estudo constituía, em sua maioria, pessoas

idosas, mulheres e que apresentavam doenças crônicas, como HAS e DM, além da grande frequência de condições associadas à saúde mental. Em relação ao perfil dos profissionais da EqNasf, observou-se a participação de todas as categorias, com destaque para a atuação dos terapeutas ocupacionais e dos fisioterapeutas na maioria das solicitações de atendimentos incluídos para acompanhamento clínico, seguidos pelos nutricionistas e pelos assistentes sociais. É fundamental ressaltar que os casos estudados refletem as necessidades de saúde da população nas áreas adscritas atendidas pelas EqSF, com suporte das EqNasf.

Na avaliação realizada pela EqNasf, observou-se que tanto a manutenção quanto a evolução positiva nos percentuais de resolutividade alcançaram valores mínimos de 60% por componente do instrumento RCaNasf. É importante destacar que houve EqNasf sem nenhum caso com piora clínica, enquanto outras equipes registraram percentuais de evolução negativa variando de 10% a 40%, indicando que os resultados das ações clínico-assistenciais da EqNasf demonstram uma contribuição positiva dos profissionais de saúde em suas diversas áreas de conhecimento, promovendo a resolutividade e melhorando a QV dos usuários acompanhados.

O estudo sugere a adoção do RCaNasf para o matriciamento dos casos compartilhados pelas EqNasf e com as EqSF, fortalecendo a prática da avaliação em saúde e enriquecendo o processo de trabalho. A integração

sistemática para o uso desse novo instrumento, na rotina do atendimento interprofissional da EqNasf, ocorreu ao longo de toda pesquisa, por intermédio das oficinas de matriciamento e discussões durante o acompanhamento dos indivíduos avaliados.

Em vista dessas acepções e diante da carência de dados comparativos com estudos longitudinais que demonstrem resultados quantitativos sobre a resolutividade da EqNasf, percebe-se a importância de ampliar o registro e as avaliações do trabalho realizado por essas equipes. Outrossim, é essencial observar diferentes contextos para fortalecer os objetivos estabelecidos nas normativas, visando à qualidade e à integralidade na APS, por meio do desenvolvimento de ações integradas na busca da efetivação das práticas em saúde.

Colaboradores

Damascena CG (0000-0002-5993-6933)* e Santos RC (0000-0002-4973-123X)* contribuíram em todas as fases para elaboração do manuscrito. Cabral DL (0000-0002-6570-9710)* contribuiu para revisão crítica do manuscrito. Albuquerque PC (0000-0001-8283-5041)* contribuiu para concepção, metodologia e conclusões do manuscrito. Sousa FOS (0000-0002-4482-3151)* contribuiu para revisão crítica e aprovação final da versão do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):38-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2019 nov 13; Edição 220; Seção I:97-99.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 23 maio 2023; Edição 96-B; Seção I-Extra-B:11-13.
4. Bispo Júnior JP, Almeida ER. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(10):e00120123. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>
5. Iacabo P, Furtado JP. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica. *Saúde debate*. 2020;44(126):666-677. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012606>
6. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface (Botucatu)*. 2004;8(15):259-274. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000200006>
7. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
8. Oliveira KSD, Baduy RS, Melchior R. O encontro entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde da Família: a produção de um coletivo cuidador. *Physis*. 2019;29(4):e290403. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290403>
9. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MAD. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(2):345-351. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200019>
10. Nicola T, Pelegrini AHW. Avaliação em Saúde nos serviços de Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *J Nurs Health*. 2018;8(1):e188102. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i1.11091>
11. Damascena CG. Avaliação da resolutividade clínico-assistencial dos núcleos de apoio à saúde da família no município de Jaboatão dos Guararapes-PE [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2020. 109 p.
12. Nascimento CMB. A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014. 182 p.
13. Sousa FOS. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2016. 155 p.
14. Cabral DL. Resolutividade clínico-assistencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: construção de um instrumento de medida para avaliação e monitoramento [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 154 p.
15. Kroeff RFS, Gavillon PQ, Ramm LV. Diário de campo e a relação do(a) pesquisador(a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção. *Estud Pesqui Psicol*. 2020;20(20):464-480. DOI: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/52579>
16. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk (NY): IBM Corp; 2011. IBM Corp. IBM

- SPSS Statistics for Windows [Internet]. Versão 20.0. Armonk (NY): IBM Corp; 2011 [acesso em 2019 jan 11]. Disponível em: <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>
17. Couch S, Kazan Z, Shi K, et al. A differentially private Wilcoxon signed-rank test. *arXiv [cs.CR]*. Reed College Mathematics Department; 2018; arXiv:1809.01635v1. DOI: <https://doi.org/10.48550/arXiv.1809.01635>
 18. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 dez 13; Seção I:59-62.
 19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019 [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2019 [acesso em 2020 jan 31]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>
 20. Lira AC. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): uma avaliação da resolutividade [dissertação]. Recife: Instituto de Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 98 p.
 21. Dietrich A, Colet CF, Winkelmann ER. Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-SUS. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2019;11(5):1266-1271. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1266-1271>
 22. Silva AS, Fassarella BPA, Faria BS, et al. Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. *Glob Acad Nurs J*. 2021;2(supl3):e188. DOI: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200188>
 23. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, et al. Socioeconomic inequalities related to noncommunicable diseases and their limitations: National Health Survey, 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(supl2):e210011. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210011.supl.2>
 24. Delpino FM, Wendt A, Crespo PA, et al. Occurrence and inequalities by education in multimorbidity in Brazilian adults between 2013 and 2019: evidence from the National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(supl2):e210016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210016.supl.2>
 25. Brandão AA, Nogueira AR. Manual de hipertensão arterial. Rio de Janeiro: Socerj; 2018. 108 p.
 26. Klein AP, D'Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(1):e00158815. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158815>
 27. Nóbrega LMB, Oliveira PS, Santos CLJ, et al. Características e qualidade de vida de pessoas com diabetes. *Rev Enferm UFPE Online*. 2019;13(5):1243-1252. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a238663p1243-1252-2019>
 28. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2019 abridged for primary care providers. *Clin Diabetes*. 2019;37(1):11-34. DOI: <https://doi.org/10.2337/cd18-0105>
 29. Medeiros LS, Pacheco RF, Medeiros MA, et al. O papel do cuidado com as Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária em Saúde: um olhar da Antropologia da Saúde. *Res Soc Dev*. 2021;10(12):e267101220250. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20250>
 30. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):130-144. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>
 31. Fischborn AF, Cadoná MA. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pres-

- supostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. *Saude Soc.* 2018;27(1):227-237. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170719>
32. Melo EA, Miranda L, Silva AM, et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde debate.* 2018;42(esp1):328-340. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>
33. Tavares TT, Brito GEG, Andrade AJB, et al. Avaliação do trabalho em equipe nos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica. *OLEL.* 2024;22(7):e5602. DOI: <https://doi.org/10.55905/oelv22n7-037>
34. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, et al. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? *Physis.* 2020;30(4):e300405. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>

Recebido em 03/11/2024

Aprovado em 20/01/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto