

Campus Porto Velho Zona Norte
Coordenação do Curso Tecnologia em Gestão Pública EAD

THAIS DA SILVA PEREIRA DOS SANTOS

**RESOLUTIVIDADE DOS NASF NAS REGIÕES BRASILEIRAS: ANÁLISE E
PROPOSTAS BASEADAS NO MODELO DE DONABEDIAN**

PORTO VELHO
2025

THAIS DA SILVA PEREIRA DOS SANTOS

**RESOLUTIVIDADE DOS NASF NAS REGIÕES BRASILEIRAS: ANÁLISE E
PROPOSTAS BASEADAS NO MODELO DE DONABEDIAN**

Artigo entregue como Trabalho de Conclusão de Curso ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), *Campus* Porto Velho Zona Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo, junto ao Curso Gestão Pública EAD, sob a orientação da professora Dr^a. Isabel Cristina Bento.

PORTO VELHO
2025

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Gerador de Ficha Catalográfica do IFRO.

Santos, Thais da Silva Pereira dos.
Resolutividade dos NASF nas regiões brasileiras: análise e propostas baseadas no modelo de Donabedian / Thais da Silva Pereira dos Santos. - Porto Velho, 2025.
23 f. : il.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Isabel Cristina Bento.

Trabalho de Conclusão de Curso (Superior de Tecnologia em Gestão Pública EAD) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO, Porto Velho, 2025.

1. Atenção primária à saúde. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Integralidade em saúde. I. Bento, Isabel Cristina (orient.). II. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO. III. Título.

Bibliotecário(a) Responsável: Marlene Fouz da Silva, CRB-11/946

THAIS DA SILVA PEREIRA DOS SANTOS

RESOLUTIVIDADE DOS NASF NAS REGIÕES BRASILEIRAS: ANÁLISE E PROPOSTAS BASEADAS NO MODELO DE DONABEDIAN

Artigo entregue como Trabalho de Conclusão de Curso ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), *Campus* Porto Velho Zona Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo, junto ao Curso Gestão Pública EAD, sob a orientação da professora Dr^a. Isabel Cristina Bento.

Aprovado em: 07/11/2025 pela banca examinadora.



Documento assinado digitalmente
DIEGO ALEXANDRE DUARTE
Data: 07/11/2025 19:10:58-0300
CPF: ***.263.702-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Me. Diego Alexandre Duarte - Membro da Banca



Documento assinado digitalmente
DANIELE DE MORAES BRAGA NEVES
Data: 07/11/2025 19:29:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Me. Daniele de Moraes Braga Neves - Membro da Banca



Documento assinado digitalmente
ISABEL CRISTINA BENTO
Data: 07/11/2025 20:00:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Dr^a. Isabel Cristina Bento.- Orientadora

RESOLUTIVIDADE DOS NASF NAS REGIÕES BRASILEIRAS: ANÁLISE E PROPOSTAS BASEADAS NO MODELO DE DONABEDIAN

RESUMO: A Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivo coordenar o cuidado, promover saúde e prevenir doenças, especialmente em casos complexos. O objetivo deste estudo foi verificar como a atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) contribui para a resolutividade no acompanhamento de casos complexos nas regiões brasileiras. Estudo transversal utilizando dados secundários do 3º ciclo do PMAQ-AB (2017-2018), envolvendo 4.110 equipes do NASF em todo o país. Foram analisadas variáveis relacionadas à avaliação de casos complexos, classificação de risco e evidências de aumento da resolutividade, categorizadas segundo o modelo de Donabedian. Os resultados mostraram que 91,5% das equipes realizam avaliação de casos complexos e 95,8% apresentaram evidências de aumento da resolutividade, com melhor desempenho no Nordeste e menor no Sul e Centro-Oeste. Observou-se que fatores estruturais, como recursos humanos e integração entre equipes, influenciam os resultados, e que práticas como apoio matricial e acompanhamento longitudinal fortalecem a capacidade de resolução de problemas em saúde. Apesar de avanços, persistem lacunas que exigem qualificação profissional, padronização de protocolos e adaptação às especificidades locais. Conclui-se que a atuação do NASF fortalece a resolutividade e amplia a capacidade da Atenção Básica em lidar com situações complexas.

PALAVRAS-CHAVE: atenção primária à saúde; equipe de assistência ao paciente; integralidade em saúde.

RESOLUTIVENESS OF NASF IN BRAZILIAN REGIONS: ANALYSIS AND PROPOSALS BASED ON THE DONABEDIAN MODEL

ABSTRACT: Primary Health Care (PHC) is the main entry point of the Brazilian Unified Health System (SUS) and aims to coordinate care, promote health, and prevent diseases, particularly in complex cases. This study aimed to assess how the performance of the Family Health Support Center (NASF) contributes to resolutiveness in the management of complex cases across Brazilian regions. A cross-sectional study was conducted using secondary data from the 3rd cycle of the PMAQ-AB (2017–2018), involving 4,110 NASF teams nationwide. Variables related to the assessment of complex cases, risk classification, and evidence of increased resolutiveness were analyzed and categorized according to Donabedian's model. Results showed that 91.5% of teams conducted evaluations of complex cases and 95.8% presented evidence of increased resolutiveness, with the highest performance in the Northeast and lower performance in the South and Central-West. Structural factors, such as human resources and team integration, influenced the outcomes, while practices like matrix support and longitudinal follow-up strengthened the capacity to resolve health problems. Despite progress, gaps remain that require professional training, standardization of protocols, and adaptation to local specificities. The study concludes that NASF's performance enhances resolutiveness and expands Primary Health Care's capacity to manage complex situations effectively.

KEYWORDS: primary health care; patient care team; integrality in health.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) em Saúde é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem o papel de coordenar o cuidado em saúde. É responsável por promover a saúde, prevenir doenças, diagnosticar precocemente, oferecer tratamento adequado e acompanhar tanto casos simples quanto complexos. Por estar próxima da comunidade, garante um cuidado mais acessível, contínuo e humano, alinhado aos princípios de integralidade e equidade que sustentam o SUS. Assim, não se limita a responder às demandas imediatas, mas também contribui para diminuir desigualdades em saúde e organizar toda a rede de atenção (Brasil, 2018).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi criada como estratégia para organizar e fortalecer a AB no Brasil. Ela busca ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, garantir a resolução dos problemas mais comuns no nível primário e coordenar as ações de toda a rede de serviços. Para isso, a PNAB define diretrizes como regionalização e territorialização, a vinculação da população a equipes de referência, a garantia de acompanhamento contínuo do cuidado, o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários e a valorização da participação social nos processos de decisão e avaliação (Brasil, 2017).

Entre as principais estratégias adotadas está a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se consolidou como modelo prioritário de organização da AB. As equipes multiprofissionais da ESF aproximam o cuidado da comunidade, fortalecem o vínculo com os usuários e promovem um acompanhamento contínuo e humanizado. Complementando essa atuação, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) foi criado para oferecer apoio matricial às equipes, ajudando no manejo de casos complexos, ampliando a resolutividade e favorecendo a integração com a atenção especializada. A formação permanente, a capacitação e a articulação entre os profissionais são aspectos fundamentais para que a prática em saúde seja qualificada e para que os princípios do SUS sejam aplicados no cotidiano (Brasil, 2014).

A resolutividade na AB é um princípio essencial para a efetividade do SUS. Ela representa a capacidade dos serviços de atender às demandas da população no próprio nível primário, evitando encaminhamentos desnecessários para serviços especializados (Brasil, 2017). Nesse sentido, o NASF tem papel central, pois, por

meio do apoio matricial, contribui para que as equipes da ESF consigam lidar melhor com situações complexas, garantindo integralidade e continuidade do cuidado (Brasil, 2014). Estudos mostram que, a integração entre ESF e NASF está associada à redução de encaminhamentos, à melhora dos indicadores de saúde e à satisfação dos usuários. Porém, os resultados podem variar conforme a região, dependendo da disponibilidade de recursos, da capacitação das equipes e das características epidemiológicas locais (Souza; Medina, 2018; Nascimento et al., 2019).

Diante disso, torna-se necessário avaliar de forma contínua como a atuação do NASF influencia a resolutividade da AB. Tal avaliação pode trazer subsídios importantes para aprimorar as políticas públicas e a gestão dos serviços de saúde (Brasil, 2017). Uma das formas de analisar esse processo é utilizar o modelo de Donabedian, que avalia a qualidade dos serviços de saúde a partir de três dimensões: estrutura, processo e resultado. Esse modelo tem sido usado em diferentes pesquisas sobre resolutividade e se mostra útil para compreender os pontos fortes e os desafios que ainda precisam ser superados (Ferreira et al., 2021).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi verificar como a atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) contribui para a resolutividade no acompanhamento de casos complexos nas regiões brasileiras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem como finalidade organizar e fortalecer a Atenção Básica (AB) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela define esse nível de atenção como a principal porta de entrada da população na rede de saúde, responsável por acompanhar as pessoas ao longo da vida e articular os diferentes serviços disponíveis (Brasil, 2017).

Nesse sentido, a AB se estabelece com um conjunto amplo de ações: promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Tudo isso deve ser feito de forma integrada, com equipes multiprofissionais em territórios definidos, garantindo vínculo e responsabilização sanitária com a comunidade (Brasil, 2018).

A fim de orientar as práticas dos profissionais da AB, a PNAB institui como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, reforçando que não pode

haver qualquer forma de exclusão ou discriminação. Também traz diretrizes como a regionalização, a territorialização, a adscrição de população, o cuidado centrado na pessoa, a longitudinalidade, a resolutividade, a coordenação do cuidado, a ordenação da rede e a participação social (Brasil, 2017).

A AB desempenha papel central no Sistema Único de Saúde, sendo reconhecida como a principal porta de entrada dos usuários e como eixo de coordenação do cuidado. Essa função está em consonância com a Portaria nº 2.436/2017, que organiza a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e estabelece a importância de um modelo capaz de responder de forma integral e contínua às necessidades da população (Brasil, 2018).

A RAS é composta por diferentes serviços e ações de saúde que se articulam de maneira complementar e territorializada, tendo como fundamento a integralidade da atenção. Nesse arranjo, a AB é estruturada para ser o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde, com cobertura universal e atuação de equipes multiprofissionais. Essa organização possibilita não apenas a ampliação do acesso, mas também a integração e coordenação das ações ao longo dos diferentes níveis de atenção (Mendes, 2010).

Por se configurar como espaço privilegiado para a gestão do cuidado, a AB assume papel estratégico no ordenamento da rede, funcionando como base para garantir a efetividade e a integralidade das ações de saúde. Para cumprir essa função, é necessário que apresente alta resolutividade, o que implica capacidade clínica, adoção de tecnologias apropriadas e articulação contínua com os demais pontos de atenção. Essa integração é fundamental para assegurar o acompanhamento das pessoas, a promoção da saúde e a prevenção de agravos, reduzindo desigualdades e fortalecendo o SUS como sistema público universal e equitativo (Brasil, 2017).

As equipes de Saúde da Família representam a principal estratégia de reorganização da AB no Brasil, alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Elas têm como objetivo ampliar o acesso, qualificar o cuidado e garantir maior resolutividade nas ações desenvolvidas nos territórios, favorecendo a integralidade e a coordenação da atenção. Sua atuação busca responder às necessidades da população adscrita por meio de um processo de trabalho voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento contínuo das famílias, o que contribui para impactos positivos na situação de saúde das pessoas e coletividades (Brasil, 2018).

Para alcançar esses resultados, as Equipes de Saúde da Família (ESF) contam com arranjos multiprofissionais que compartilham o cuidado, ampliando o escopo de serviços ofertados nas Unidades Básicas de Saúde. Nesse contexto, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) desempenham função complementar e estratégica, apoiando as práticas das equipes e favorecendo a ampliação da clínica, a interdisciplinaridade e o trabalho em rede (Araújo, 2023).

O NASF foi criado como uma estratégia de fortalecimento da AB, atuando por meio do apoio matricial às equipes de Saúde da Família. Seu principal objetivo é ampliar a resolutividade do cuidado, favorecendo a integralidade das ações e a corresponsabilização entre os profissionais envolvidos no processo de atenção à saúde. No campo da saúde mental, por exemplo, o apoio matricial é fundamental para superar a lógica de encaminhamentos excessivos e possibilitar que os profissionais da AB ampliem sua capacidade de atuação clínica, construindo vínculos mais sólidos com os usuários e fortalecendo o cuidado em rede (Campos; Domitti, 2007).

Inserido na lógica das Redes de Atenção à Saúde, o NASF contribui para a articulação das linhas de cuidado e para a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Essa prática favorece o trabalho compartilhado e a cooperação horizontal entre diferentes pontos de atenção, como ambulatórios, hospitais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assegurando a continuidade do cuidado e a ampliação da capacidade de resposta da AB (Campos, 1999; Brasil, 2014).

Nesse sentido, o NASF desempenha papel essencial ao promover espaços de discussão entre suas equipes e os profissionais da ESF, possibilitando aprendizado coletivo, planejamento conjunto e fortalecimento da rede de atenção (Campos, 1999). Além disso, a atuação do NASF articula-se ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ buscava induzir a ampliação do acesso e a qualificação da atenção ofertada, estimulando a gestão voltada para resultados e o fortalecimento da cultura avaliativa nos serviços. Ao incentivar gestores e equipes a melhorar os serviços oferecidos, o PMAQ-AB complementava os princípios de longitudinalidade e coordenação, promovendo monitoramento, avaliação, educação permanente e apoio institucional, garantindo que o cuidado aos usuários fosse eficaz, contínuo e articulado (Brasil, 2015).

Com a implementação do Previner Brasil, em 2019, ocorreu a extinção do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), que estava vinculado ao desempenho

das equipes no PMAQ-AB. Essa mudança representou uma reorientação nas estratégias de qualificação da AB, priorizando modelos mais alinhados às realidades locais e às novas demandas do SUS, e com isso o PMAQ-AB foi descontinuado (Brasil, 2019).

É importante destacar que, a PNAB busca ampliar a resolutividade dos serviços de saúde e qualificar os encaminhamentos dentro da Rede de Atenção à Saúde por meio da adoção de princípios e diretrizes que orientem o trabalho das equipes na AB. Ao assumir o papel de porta de entrada preferencial do SUS, a AB deve garantir universalidade no acesso, acolhimento e resposta às necessidades de saúde da população, fortalecendo a vinculação e a corresponsabilização entre usuários e profissionais (Brasil, 2017).

A resolutividade é um dos eixos centrais dessa política, pois implica que a AB seja capaz de atender à maior parte das demandas em saúde por meio de uma clínica ampliada, intervenções efetivas e utilização adequada de tecnologias de cuidado. Esse atributo permite maior autonomia dos indivíduos e grupos sociais e evita encaminhamentos desnecessários para outros níveis do sistema. Quando a demanda exige atenção em outro ponto da RAS, o encaminhamento deve ocorrer de maneira qualificada, com acompanhamento do usuário e articulação entre serviços (Brasil, 2018).

Outro princípio essencial é a longitudinalidade, que garante a continuidade do cuidado ao longo do tempo, por meio da construção de vínculos estáveis e da responsabilização compartilhada entre equipe e comunidade. Essa característica permite acompanhar os efeitos das intervenções em saúde de forma permanente, reduzindo a fragmentação e prevenindo riscos relacionados à perda de informações e de referências. Destaca-se ainda a coordenação do cuidado, que confere à AB a responsabilidade de organizar os fluxos dos usuários entre os diferentes pontos da rede, atuando como centro de comunicação e integrando ações de maneira horizontal e contínua. Essa coordenação possibilita não apenas a gestão compartilhada da atenção integral, mas também a articulação com outras estruturas intersetoriais, comunitárias e sociais, reforçando o papel estratégico da AB no fortalecimento do SUS (Brasil, 2017).

Na AB, os casos complexos são aqueles que exigem atenção diferenciada e acompanhamento contínuo, devido à presença de múltiplos problemas de saúde, risco de agravamento, fragilidade social ou dificuldades de acesso a serviços especializados. Um exemplo de caso complexo na AB envolveu uma paciente

idosa, portadora de diabetes mellitus, hipertensão e depressão, em uso de múltiplos medicamentos, acompanhada em uma Unidade de Saúde da Família (Ferreira et al., 2022).

Esses casos demandam soluções integradas e planejamento articulado entre diferentes profissionais, considerando aspectos biológicos, sociais e psicológicos do usuário. Nesse contexto, a PNAB estabelece que a AB deve ser a porta de entrada preferencial do SUS e coordenadora do cuidado, garantindo acesso à população e acompanhamento integral das condições de saúde de cada usuário. Para cumprir esse papel, a PNAB prevê diferentes formatos de equipes, como as ESF e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que ampliam a capacidade técnica e resolutiva do cuidado, respeitando as especificidades socioeconômicas e culturais de cada território (Brasil, 2017).

O NASF-AB atua oferecendo suporte técnico especializado por meio do apoio matricial, colaborando com as ESF em áreas como saúde mental, nutrição, fisioterapia e outras. Essa atuação permite que a AB seja resolutiva, ou seja, capaz de solucionar a maioria dos problemas de saúde da população, incluindo os casos complexos, reduzindo a necessidade de encaminhamentos desnecessários e promovendo cuidado integral e contínuo. Um dos instrumentos centrais para o acompanhamento de casos complexos é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), vinculado à Política Nacional de Humanização. O PTS organiza o cuidado de forma individualizada, considerando a singularidade do paciente, suas necessidades e contexto social, e envolve etapas como avaliação inicial, visitas domiciliares, definição de metas de curto, médio e longo prazo e reavaliação contínua (Ferreira et al., 2022).

O acolhimento é outro elemento essencial nesse processo. Considerado uma tecnologia do encontro, ele centraliza a atenção no usuário, promove vínculo e reorganiza os processos de trabalho, permitindo a classificação de risco e a priorização de intervenções conforme a gravidade e complexidade do caso. Ao integrar acolhimento, acompanhamento sistemático e planejamento interprofissional, a equipe consegue monitorar a evolução clínica, funcional e psicossocial do paciente, evitar perdas no tratamento, otimizar serviços e aumentar a efetividade do cuidado (Scholze, 2013).

Dessa forma, o acompanhamento de casos complexos evidencia a conexão entre PNAB, NASF-AB e resolutividade: a PNAB define a AB como porta de entrada e coordenadora do cuidado; o NASF-AB amplia a capacidade técnica das equipes;

a resolutividade representa a efetividade do cuidado em resolver problemas de saúde de forma integrada; e o acompanhamento sistemático, por meio de instrumentos como o PTS, operacionaliza essas diretrizes, garantindo que o cuidado seja integral, contínuo e centrado no usuário. A integração entre políticas, práticas assistenciais e educação interprofissional promove um cuidado colaborativo, que considera a complexidade do paciente e fortalece a AB no SUS (Brasil, 2017).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, com utilização de dados secundários da Avaliação externa do 3º ciclo (2017-2018) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Esses são dados das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que dispunham de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Os dados analisados referem-se à etapa de certificação, realizada por instituições de ensino e pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde, com aplicação de instrumentos avaliativos nas UBS por entrevistadores capacitados.

Em cada UBS foi feita uma entrevista com um profissional da equipe de AB designado para responder às questões e verificação de documentos na UBS. Um total de 4.110 equipes do NASF participaram do 3º ciclo do PMAQ (91,2% dos Nasf cadastrados no Brasil na época) (Muller; Stler; Junior, 2021). Sendo, 7,5% oriundos da região Centro-Oeste, 42,1% do Nordeste, 7,3% do Norte, 28,8% do Sudeste e 14,3 do Sul.

A avaliação externa continha seis módulos distintos. Para este estudo utilizou-se as variáveis do módulo IV do instrumento de avaliação do NASF, sendo eles: a realização de avaliação de casos complexos e classificação de risco; a existência de evidências de aumento da resolutividade da AB a partir do NASF. E ainda as situações e evidências que indicaram o aumento da resolutividade: qualificação dos encaminhamentos para a atenção especializada; redução dos encaminhamentos para a atenção especializada; mudança no perfil dos casos compartilhados entre Estratégia de AB (eAB) e NASF; melhora dos indicadores de saúde da população do território; aumento do número de casos concluídos pelo

NASF; e maior diversidade de ações ofertadas na AB. Todas essas variáveis foram categorizadas como “Sim” e “Não”.

Criou-se uma variável denominada “Percentual do número de evidências/situações que indicam o aumento da resolutividade”, construída a partir das seguintes variáveis: qualificação dos encaminhamentos para a atenção especializada; redução dos encaminhamentos para a atenção especializada; mudança no perfil dos casos compartilhados entre eAB e NASF; melhora dos indicadores de saúde da população do território; aumento do número de casos concluídos pelo NASF; e maior diversidade de ações ofertadas na AB. Foi atribuído 1 ponto para as respostas afirmativas e 0 pontos para respostas negativas.

O somatório resultou em uma variação de 0 a 6 pontos, que foram categorizados em: 0 a 50% do total de evidências (0 a 3 evidências) - desempenho abaixo do esperado; 51 a 70% do total de evidências (4 evidências) - desempenho próximo ao esperado, considerado adequado; acima de 70% do total de evidências (5 a 6 evidências) - desempenho satisfatório, acima do esperado. Sendo que o esperado seria 70%, valor que foi tomado como base dos critérios de avaliação descritos no PMAQ (Brasil, 2015).

Realizou-se uma análise descritiva dos dados, considerando frequência absoluta e relativa, utilizando-se o Software Stata (versão 16.0). As propostas de fortalecimento da resolutividade foram organizadas segundo o modelo de avaliação da qualidade em saúde de Donabedian (1978), que contempla três dimensões: estrutura, processo e resultado. Essa classificação permitiu sistematizar as intervenções, relacionando recursos disponíveis, atividades desenvolvidas e efeitos esperados na AB.

Como este estudo não envolveu coleta de dados primários nem participantes humanos, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados do 3º ciclo do PMAQ-AB (2017-2018) mostram que a grande maioria dos NASF (91,5%) realiza avaliação de casos complexos e classificação de risco, com menor desempenho no Centro-Oeste (88,3%) e Norte (88,2%). Quanto ao aumento da resolutividade da AB, 95,8% das equipes apresentaram evidências positivas, sendo menor no Sul (92,2%) e Norte (93,9%) (Tabela 1).

Os resultados mostram elevado percentual de NASF realizando avaliação de casos complexos e classificação de risco, bem como evidências de aumento da resolutividade na AB, isso pode indicar que o apoio matricial está consolidado como estratégia no SUS. Esse desempenho positivo pode ser explicado pelo papel central do NASF em apoiar tecnicamente as equipes da ESF, ampliando sua capacidade de lidar com demandas complexas e fortalecendo a integralidade do cuidado, em consonância com os princípios da PNAB (Brasil, 2017; 2018).

Tabela 1 – Frequência dos casos complexos e aumento da resolutividade pelos NASF nas regiões brasileiras - 3º ciclo do PMAQ-AB (2017-2018)

Variáveis	Total	Regiões Brasileiras - n(%)				
		Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
O NASF realiza avaliação de casos complexos e classificação de risco?						
Não	343 (8,5)	36 (11,7)	107 (6,3)	35 (11,8)	106 (9,2)	59 (10,3)
Sim	3.688 (91,5)	271 (88,3)	1.592 (93,7)	262 (88,2)	1.047 (90,8)	516 (89,7)
Há evidências de aumento da resolutividade da Atenção Básica a partir do NASF?						
Não	170 (4,2)	20 (6,5)	28 (1,7)	18 (6,1)	59 (5,1)	45 (7,8)
Sim	3.861 (95,8)	287 (93,5)	1.671 (98,3)	279 (93,9)	1.094 (94,9)	530 (92,2)

Estratégia de Atenção Básica (eAB) ; Núcleo de apoio a saúde da família (NASF).

Fonte: PMAQ-AB (2017-2018).

Ao analisar as situações/evidências que indicam aumento de resolutividade de casos complexos nas regiões brasileiras, observou-se que a qualificação dos encaminhamentos para atenção especializada foi adequada em 80,6% das equipes, com menor desempenho no Centro-Oeste (70,7%) e Sul (73,0%). A redução dos encaminhamentos ocorreu em 84,3% das equipes, a mudança no perfil dos casos compartilhados em 79,5%, a melhora dos indicadores de saúde em 79,2%, e o aumento do número de casos concluídos em 86,8%. A diversidade de ações ofertadas na AB foi registrada em 91,2% das equipes. Em todas essas variáveis, o Nordeste apresentou os melhores resultados, enquanto o Sul e o Centro-Oeste mostraram maior proporção de situações negativas (Tabela 2).

Apesar do bom desempenho geral, observou-se menor proporção de resultados positivos nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste. Essas diferenças podem estar relacionadas a fatores estruturais, como disponibilidade de profissionais, recursos financeiros e aspectos geográficos que dificultam a organização da rede (Mendes, 2010).

O Nordeste, por sua vez, apresentou melhores resultados, que pode ser explicado pela ampla cobertura da ESF, que favorece acesso e vínculo entre equipe e comunidade (Araújo et al., 2023). Além disso, a consolidação do apoio matricial do NASF fortalece o trabalho multiprofissional e amplia a resolutividade no território (Campos; Domitti, 2007). Outro fator importante é a menor oferta de serviços especializados, o que leva as equipes a assumirem maior responsabilidade clínica e diversificação das ações, reduzindo encaminhamentos (Paiva, 2011).

Tabela 2 - Frequência das situações/evidências indicam aumento de resolutividade de casos complexos nas regiões brasileiras - 3º ciclo do PMAQ-AB (2017-2018)

Variáveis	Total	Regiões brasileiras - n(%)				
		Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
Qualificação dos encaminhamentos para a atenção especializada						
Não	750 (19,4)	84 (29,3)	230 (13,8)	55 (19,7)	238 (21,8)	143 (27,0)
Sim	3.111 (80,6)	203 (70,7)	1.441 (86,2)	224 (80,3)	856 (78,2)	387 (73,0)
Redução dos encaminhamentos para a atenção especializada						
Não	607 (15,7)	56 (19,5)	210 (12,6)	59 (21,2)	162 (14,8)	120 (22,6)
Sim	3.254 (84,3)	231 (80,5)	1.461 (87,4)	220 (78,9)	932 (85,2)	410 (77,4)
Mudança no perfil dos casos compartilhados entre eAB e NASF						
Não	791 (20,5)	82 (28,6)	248 (14,8)	47 (16,9)	253 (23,1)	161 (30,4)
Sim	3.070 (79,5)	205 (71,4)	1.423 (85,2)	232 (83,1)	841 (76,9)	369 (69,6)
Melhora dos indicadores de saúde da população do território						
Não	803 (20,8)	61 (21,3)	207 (12,4)	39 (14,0)	300 (27,4)	196 (37,0)
Sim	3.058 (79,2)	226 (78,7)	1.464 (87,6)	240 (86,0)	794 (72,6)	334 (63,0)
Aumento do número de casos concluídos pelo NASF						
Não	509 (13,2)	60 (20,9)	146 (8,7)	27 (9,7)	165 (15,1)	111 (20,9)
Sim	3.352 (86,8)	227 (79,1)	1.525 (91,3)	252 (90,3)	929 (84,9)	419 (79,1)
Maior diversidade de ações ofertadas na Atenção básica						
Não	341 (8,8)	43 (15,0)	110 (6,6)	21 (7,5)	116 (10,6)	51 (9,6)
Sim	3.520 (91,2)	244 (85,0)	1.561 (93,4)	258 (92,5)	978 (89,4)	479 (90,4)

Estratégia de Atenção Básica (eAB) ; Núcleo de apoio a saúde da família (NASF)

Fonte: PMAQ-AB (2017-2018)

Quanto à distribuição do percentual de evidências de aumento da resolutividade por região brasileira, Observa-se que a maioria das equipes (73,48%) apresentou evidências acima de 70%, indicando aumento significativo da resolutividade (Tabela 3).

Percebeu-se variações regionais importantes. O Nordeste apresentou o maior percentual de equipes com aumento acima de 70% (81,69%), seguido pelo Norte (75,99%). O Sul e o Centro-Oeste registraram percentuais menores (60,57% e 65,16%, respectivamente), indicando menor desempenho médio em comparação com outras regiões.

E entre as equipes com baixo aumento de resolutividade (0 a 50% de evidências), destacam-se o Centro-Oeste (25,44%) e o Sul (23,02%), enquanto o Nordeste apresentou o menor percentual nessa categoria (9,10%). A faixa intermediária (51 a 70%) concentrou 11,47% das equipes, com distribuição relativamente equilibrada entre as regiões (Tabela 3).

Esses achados podem ser explicados por diferentes fatores estruturais e organizacionais. O Nordeste, por exemplo, apresentou maior resolutividade possivelmente devido à ampla cobertura da ESF e ao fortalecimento do vínculo entre equipes e comunidade, enquanto o Norte, mesmo enfrentando limitações de infraestrutura, depende fortemente da AB, o que estimula maior atuação resolutiva do NASF (Campos; Domitti, 2007; Paiva, 2011).

Já o Sul e o Centro-Oeste apresentaram menor desempenho, possivelmente em função da maior disponibilidade de serviços especializados, que favorecem encaminhamentos, e de variações na integração entre NASF e ESF, além de desafios relacionados à distribuição de profissionais e à gestão local. Além disso, a presença de equipes com desempenho intermediário em todas as regiões sugere heterogeneidade nos processos de trabalho, refletindo diferenças na capacitação, organização e articulação do cuidado (Campos, 1999; Mendes, 2010; Muller; Stler; Junior, 2021).

Percebe-se que, a resolutividade da AB não depende apenas da disponibilidade de recursos, mas do modo como os serviços se organizam e se articulam no território (Araújo et al., 2023). E ainda, o apoio matricial, que amplia o escopo de práticas, estimula a interdisciplinaridade e permite a construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares (Campos; Domitti, 2007; Ferreira et al., 2022).

A disponibilidade de serviços de média e alta complexidade, quando não acompanhada de integração em rede, pode reduzir a resolutividade da APS. É sabido que equipes com fluxos bem definidos, práticas de coordenação e clareza de papéis apresentam maior qualidade na atenção, independentemente da estrutura disponível (Barreto et al.,2024) destacam que. Já a heterogeneidade observada em todas as regiões pode ser explicada pela diferença na capacitação profissional e na forma de acolhimento das demandas, sendo o acolhimento com classificação de risco um exemplo de prática que fortalece a resolutividade. Assim, evidencia-se que a resolutividade resulta da interação entre fatores estruturais, organizacionais e contextuais, variando conforme a realidade local e a capacidade dos territórios em operacionalizar as diretrizes nacionais (Scholze, 2013).

Tabela 3 - Distribuição do percentual de evidências de aumento da resolutividade por região brasileira - 3º ciclo do PMAQ-AB (2017-2018)

Percentual do número de evidências/situações que indicam o aumento da resolutividade	Total	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
0 a 50% (0 a 3 evidências)	581 (15,05)	73 (25,44)	152 (9,10)	37 (13,26)	197 (18,01)	122 (23,02)
51 a 70% (4 evidências)	443 (11,47)	27 (9,41)	154 (9,22)	30 (10,75)	145 (13,25)	87 (16,42)
Acima de 70% (5 a 6 evidências)	2.837 (73,48)	187 (65,16)	1.365 (81,69)	212 (75,99)	752 (68,74)	321 (60,57)

Fonte: PMAQ-AB (2017-2018)

Em relação às lacunas identificadas nos resultados do 3º ciclo do PMAQ-AB (2017-2018) e propostas de fortalecimento da resolutividade dos NASF, organizadas pelas dimensões de Donabedian, observou-se que, mesmo dentro de uma mesma região, existem disparidades no desempenho, evidenciando que algumas cidades apresentam resultados inferiores à média regional (Quadro 1). Por isso, as estratégias sugeridas podem não atender igualmente todos os municípios, ressaltando a importância de um olhar mais micro, voltado para as especificidades locais.

As lacunas identificadas abrangem questões de estrutura, como a necessidade de capacitação dos profissionais para avaliação de casos complexos e a existência de diferenças regionais na resolutividade; de processo, como a

qualificação inadequada dos encaminhamentos, a integração entre equipes e o acompanhamento dos casos; e de resultado, incluindo a limitada diversidade de ações na APS. As propostas de fortalecimento incluem investimentos em capacitação, padronização de protocolos, reforço de recursos humanos e tecnológicos, integração entre eAB e NASF e acompanhamento longitudinal dos casos(Quadro 1). Apesar de avanços na resolutividade dos NASF, ainda persistem desafios que requerem estratégias adaptadas ao contexto de cada município, garantindo intervenções mais efetivas e equitativas.

Diante dessas lacunas, percebe-se que mesmo dentro de uma mesma região, municípios apresentam desempenho desigual, possivelmente em função de infraestrutura desigual, disponibilidade de profissionais, tamanho populacional, distância de serviços especializados e gestão local, fatores que impactam diretamente a resolutividade (Mendes, 2010; Muller; Stler; Junior, 2021).

Na dimensão de estrutura, a capacitação insuficiente dos profissionais para avaliação de casos complexos e a carência de recursos tecnológicos e materiais limitam a capacidade do NASF de apoiar a ESF de forma efetiva e integral. No processo de trabalho, a integração inadequada entre NASF e equipes de referência, os encaminhamentos pouco qualificados e o acompanhamento incompleto dos casos refletem desafios relacionados à gestão, planejamento e comunicação entre profissionais (Campos; Domitti, 2007; Campos, 1999).

Quanto à dimensão de resultado, a diversidade limitada de ações o menor número de casos resolvidos localmente e os resultados de saúde abaixo do esperado podem fazer com que a população dependa mais da atenção especializada, reduzindo a efetividade da AB (Paiva, 2011; Ferreira et al., 2022). Para o fortalecimento da resolutividade, são recomendados investimentos em capacitação contínua, padronização de protocolos, reforço de recursos humanos e tecnológicos, melhoria da integração entre NASF e AB e acompanhamento longitudinal dos casos, sempre adaptando as estratégias ao contexto de cada município para promover equidade e efetividade, reconhecendo que soluções generalizadas nem sempre funcionam igualmente bem em todas as localidades (Muller; Stler; Junior, 2021).

Quadro 1 - Lacunas identificadas nos resultados e propostas de fortalecimento da resolutividade por dimensão de Donabedian - 3º ciclo do PMAQ-AB (2017-2018)

Dimensões	Lacuna / Ponto observado nos dados	Proposta de fortalecimento da resolutividade
Estrutura	Percentual de NASF que não realizam avaliação de casos complexos e classificação de risco (8,5%)	Investir em capacitação de profissionais NASF para avaliação de casos complexos e classificação de risco; garantir recursos e protocolos necessários para essa prática
Estrutura	Diferenças regionais no aumento da resolutividade (ex.: Sul com menor percentual acima de 70%)	Aumento dos recursos humanos e materiais nas regiões com desempenho inferior; implementar suporte técnico e tecnológico adequado
Processo	19,4% sem qualificação adequada dos encaminhamentos; 15,7% sem redução nos encaminhamentos; 20,5% sem mudança no perfil de casos compartilhados	Padronizar protocolos de encaminhamento; fortalecer integração entre eAB e NASF; implementar acompanhamento e monitoramento de fluxos de referência e contrarreferência
Processo	20,8% sem melhora nos indicadores de saúde; 13,2% sem aumento de casos concluídos	Estabelecer processos de acompanhamento longitudinal dos casos; uso de indicadores de desempenho e reuniões de regulação para ajuste das ações
Resultado	8,8% não aumentaram a diversidade de ações na APS	Incentivar atividades multiprofissionais e ações de promoção, prevenção e reabilitação integradas à APS

Fonte: PMAQ-AB (2017-2018); Donabedian (1978); Barreto et al.(2024).

Este estudo apresenta algumas limitações. Por se tratar de um estudo transversal, os dados refletem apenas um ponto no tempo, não permitindo avaliar mudanças ao longo dos anos ou estabelecer relações de causa e efeito entre a atuação do NASF e o aumento da resolutividade. Além disso, parte das informações depende de autoavaliação das equipes, o que pode gerar viés. Apesar da abrangência nacional, não é possível captar detalhadamente as especificidades de cada município, que podem influenciar os resultados.

Por outro lado, o uso dos dados do 3º ciclo do PMAQ-AB (2017-2018) permite analisar a atuação do NASF em âmbito nacional, identificando diferenças regionais e padrões de resolutividade em diferentes contextos. Além disso, o programa segue protocolos padronizados de coleta, o que garante comparabilidade entre equipes e municípios. O foco em casos complexos e na resolutividade possibilita avaliar de forma integrada a atuação do NASF em termos de estrutura, processo e resultados, fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas, como estratégias de capacitação, integração das equipes e fortalecimento da AB.

5 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que a atuação do NASF contribui para a resolutividade no acompanhamento de casos complexos na AB. A ampla cobertura da ESF, a consolidação do apoio matricial e a integração multiprofissional fortalecem a capacidade das equipes de lidar com demandas complexas, especialmente no Nordeste, onde se observa melhor desempenho. As diferenças regionais refletem fatores estruturais, como disponibilidade de serviços especializados, gestão local e capacitação profissional, indicando que a resolutividade depende tanto da organização do trabalho quanto da infraestrutura disponível. Para aprimorar ainda mais a resolutividade, é necessário investir em capacitação contínua, integração entre NASF e ESF, padronização de protocolos e adaptação das estratégias ao contexto local, garantindo maior equidade e efetividade da AB no país.

6 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. C. de et al. Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, 27, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/CVTB35Fcj5w9jH4r4dLstXd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago.2025.

BARRETO, R. M et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde a partir da dimensão processo de Donabedian. **Enfermagem Foco**, v. 15, e-2024114, 2024. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-e-2024114/2357-707X-enfoco-15-e-2024114.pdf. Acesso em:11 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 22 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html?utm_source . Acesso em : 22 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília, DF, 13 nov. 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html Acesso em: 22 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf** . 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 22 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF**. Brasília: MS, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Ccadernos de atenção básica. Brasília: MS, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em : 21 ago. 2025.

BRASIL. Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 68 p. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf. Acesso em: 20 ago.2025.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 49, p. 46-53, 1999. Disponível em: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/307/. Acesso em:11 set. 2025.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em:11 set. 2025.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science (New York, N.Y.)**, v. 200, n.4344,p. 856–864, 1978. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.417400>. Acesso em:11 set. 2025.

FERREIRA, M. G. et al. Projeto Terapêutico Singular no manejo de casos complexos: relato de experiência no PET-Saúde Interprofissionalidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 1, e026, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/jKYt846dMk87wWY4GLffwWd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:10 set. 2025.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em : 09 set. 2025.

MULLER, E. V.; STLER, J. L. M.; JUNIOR, M. F. S. Qualificação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: análise segundo os ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, jul.-set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113007>. Acesso em:10 set. 2025.

PAIVA, C. H. A. **O NASF e a construção da integralidade na Atenção Básica: desafios e perspectivas**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/7070>. Acesso em: 18 set. 2025.

SCHOLZE, A. da S. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 31, p. 219–226, 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/637>. Acesso em: 10 set. 2025.