

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**PAULO HENRIQUE GOMES DA SILVA**

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF NO PROGRAMA  
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE  
DA ATENÇÃO BÁSICA PMAQ: ANÁLISE DOS INDICADORES DO 2º  
CICLO DA AVALIAÇÃO EXTERNA.**

**Brasília**

**2014**

**PAULO HENRIQUE GOMES DA SILVA**

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF NO PROGRAMA  
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE  
DA ATENÇÃO BÁSICA PMAQ: ANÁLISE DOS INDICADORES 2º CICLO DA  
AVALIAÇÃO EXTERNA.**

Monografia apresentada à  
Universidade Federal do Rio Grande  
do Sul, como requisito obrigatório  
para obtenção do título de  
Especialista em Saúde Coletiva e  
Educação na Saúde.

Orientadora: Msc. Thais Coutinho de  
Oliveira

**Brasília**

**2014**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

#### **Ficha Catalográfica**

SILVA, Paulo Henrique Gomes da Silva.

NÚCLEO DE À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA PMAQ: ANÁLISE DOS INDICADORES 2 º CICLO DA AVALIAÇÃO EXTERNA.. / Paulo Henrique Gomes da Silva; Orientadora Msc. Thais Coutinho de Oliveira- Brasília, 2014, 43p.

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde

**SILVA, P. H. G.– NÚCLEO DE À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA PMAQ: ANÁLISE DOS INDICADORES 2º CICLO DA AVALIAÇÃO EXTERNA.** Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito obrigatório para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

SILVIA REIS

---

## RESUMO

A Atenção Básica constitui o primeiro nível da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e tem a Saúde da Família como estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde (MS) para organizar a Atenção Básica. Os objetivos que nortearam esta pesquisa foram: Analisar a contribuição do Nasf para a qualificação da Atenção Básica e descrever os padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica); Com esses resultados espera-se que à medida que as equipes forem sendo inseridas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade haja conseqüentemente revisão das informações inseridas em seus sistemas de informação, uma vez que este também será avaliado. Com as equipes inseridas no território espera-se uma maior organização dos fluxos assistenciais e/ou pedagógicos, de modo a gerar organização do processo de trabalho em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade Na Atenção Básica-PMAQ.

## **LISTA DE SIGLAS**

AE- AVALIAÇÃO EXTERNA  
ABS- ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE  
APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE  
DAB – DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA  
ESF - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
NASF- NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA  
eNASF- EQUIPE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA  
MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE  
PSF - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA  
SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
PMAQ- PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA  
PNAB-POLITICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA  
SISAB-SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA ATENÇÃO BÁSICA  
RAS- REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE  
UF- UNIDADE DA FEDERAÇÃO  
SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
CGAA-COORDENAÇÃO GERAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 GERAL .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 ESPECÍFICOS .....</b>	<b>12</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 NATUREZA DA PESQUISA.....</b>	<b>12</b>
<b>3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>13</b>
<b>4. RESULTADO .....</b>	<b>15</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>31</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica-AB se caracteriza como um dos níveis de atenção dentro dos serviços de saúde pode se tratada como porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde (BRASIL, 2012a), com uma atenção voltada ao sujeito e não simplesmente aos agravos ou a doença, buscando resolutividade e continuidade no acompanhamento e com a criação de vínculo entre a equipe (atenção multiprofissional) e o usuário.

Segundo Starfield (2002), a Atenção Primária em Saúde (APS)<sup>1</sup> na essência da sua constituição estabelece alguns atributos sendo eles: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; acessibilidade e utilização dos serviço de saúde como fonte de cuidado; Longitudinalidade que consiste na existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo; relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa, expressando confiança entre todos os atores envolvidos no processo; integralidade que caracteriza por serviços disponíveis e prestados pelos serviço de atenção básica, ações que o serviço deve oferecer; coordenação da atenção: pressupõe forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo profissional. O provedor da atenção primaria em saúde deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços

No Brasil, a Atenção Básica-AB é o nível de atenção à saúde que acontece mais próximo da vida das pessoas com um alto grau de capilaridade e de territorialização, objetivando ser o serviço básico e de referência inicial e longitudinal para a atenção à saúde dos usuários, com práticas voltadas a atenção individual e coletiva, com foco na integralidade e na autonomia dos sujeitos implicados a ela, tendo a Estratégia de Saúde da Família-ESF como seu principal instrumento para consolidação.

---

<sup>1</sup> Neste trabalho trataremos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como sinônimos.

Conforme preconizado na Política Nacional da Atenção Básica-PNAB, (2012a) o Núcleo de Apoio a Saúde da Família-Nasf são equipes multiprofissionais, compostas por diferentes especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando as equipes de Saúde da Família (eSF) e as equipes de Atenção Básica (EAB) para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.

No Departamento de Atenção Básica-DAB, observa-se inicialmente que o Nasf vem trabalhando no contexto da Atenção Básica, ampliando as ações em saúde, aumentando a resolubilidade clínica assistencial e/ou pedagógico, atuando na lógica do apoio matricial, promovendo troca de saberes, aumentando o escopo de ação da Atenção básica.

Dentre as ações destaca-se o processo em curso de redefinição e qualificação da atenção básica na ordenação das redes de atenção à saúde e na sua capacidade efetiva da gestão do cuidado. A gestão do cuidado pode ser beneficiada, particularmente por ações das equipes, trabalhada na lógica de equipe multiprofissional, tais com: responsabilizações que desenvolve ações que auxiliam na expansão da resolutividade na articulação e suporte com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde- RAS espalhadas pelo território adscrito (SILVA, 2011).

Os Nasf criados pela portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, vieram para dar outros cenários para a afirmação da Atenção Básica como ordenadora do cuidado em saúde (BRASIL, 2012), passa a ser um dispositivo para melhor organização do processo de trabalho em saúde, aposta que é o integrador da rede, como foco no território, olhar diferenciado no processo saúde/doença, permite uma visão além das práticas médico centrada, atuando na lógica matricial de compartilhamento de saberes e a gestão compartilhada do cuidado em saúde (BRASIL, 2010b). Assim poderá trazer fortes mudanças para a AB,

ao fortalecer os preceitos constitucionais do Sistema Único de Saúde - SUS e trazer mudanças no lógico da prática/cuidado em saúde.

Sendo assim, o Nasf está em posição estratégica e complementar na entrada para o sistema de saúde, atuando como apoio. Essa modalidade de cuidado vem para aumentar a capilaridade das ações da AB e do cuidado. Com objetivo de aumentar a resolutividade da atenção à saúde, permitindo que as equipes melhorem a organização da demanda assistencial e a redução da procura desnecessária para outros níveis de cuidado, além de maior capacidade de respostas seja elas clínicas e/ou pedagógicas (troca de saberes, processo de ofertas pedagógicas para o cuidado etc).

Para Cunha e Campos (2011), o apoio matricial é um arranjo que oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência e requer o compartilhamento dos saberes entre os atores envolvidos no processo. O apoio matricial se propõe a alterar a lógica do encaminhamento realizado de maneira acrítica, para uma lógica da responsabilização territorial, buscando a ampliação da resolutividade para assegurar, de forma dinâmica e interativa, retaguarda a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias.

A atividade do Nasf precisa estar inserida na rede de serviços disponíveis no território, desenvolvendo ação conjunta e integrada com todos os dispositivos já integrantes do território.

A Portaria 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011, institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade-PMAQ, tendo como possibilidade de aprimorar as estratégias para o aumento da qualificação da Atenção Básica. Neste sentido o PMAQ é o momento atual para uma janela política de oportunidade para uma reorganização do sistema de saúde.

Segundo Pisco (2009), o interesse renovado pela APS precisa de investimento não só em infraestrutura, mas também em formação, educação, investigação e melhoria contínua da qualidade.

Dentro das ações do PMAQ temos a avaliação externa, que consiste no levantamento de informações para análise das condições do acesso e de qualidade das equipes participantes do programa. Busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2013c).

Desse modo o PMAQ coloca em análise os processos de trabalho das equipes, revelando quais as ações desenvolvidas pelas equipes e quais os cenários que estão inseridas, este tem um forte teor para induzir políticas de saúde.

O PMAQ está colocado como uma metodologia de mobilização das equipes participantes, partindo de um cenário real das ações desenvolvidas pelos trabalhadores, sendo que esse recorte mostra-se como mais complexo, pois traz fatos atuais relacionados a questões do cotidiano que ocorrem no território, essas questões gera um movimento dentro das equipes participantes do PMAQ, produzindo processos de reflexões das ações (BRASIL, 2011d).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização).

No instrumento de coleta de dados da Avaliação Externa- AE, constam indicadores que necessariamente estão colocados de maneira para que as equipes contratualizadas no programa consigam atingir parâmetros para a certificação e outros que estão apresentados como estratégias para a qualificação da atenção básica. (BRASIL, 2013c).

O instrumento de avaliação externa do PMAQ/Nasf está organizado em três módulos, conforme listados abaixo:

- ✓ **Módulo I** - Entrevista com profissional do Nasf e verificação de documentos na unidade de saúde, objetivando obter informações sobre processo de trabalho do Nasf e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- ✓ **Módulo II** - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica que recebe apoio do NASF, para considerar a avaliação dos profissionais da atenção básica sobre o apoio recebido pelas equipes do NASF.
- ✓ **Módulo eletrônico** - Compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III.

No módulo I consta com 21 subdimensões distribuídas em 118 padrões de qualidade. Estes padrões podem ser interpretados como indicadores que dizem respeito à identificação geral das equipes até as questões especificam da organização do processo de trabalho. E o módulo II, com 45 padrões de qualidade, possui indicadores da composição das equipes no território, e outros mais ligados à questão da resolutividade da Atenção Básica a partir do trabalho das equipes Nasf vinculadas.

As questões do instrumento do PMAQ/Nasf foram escolhidas por contribuir e relacionar-se com um conjunto de estratégias prioritárias definidas pela Política Nacional de Atenção Básica-PNAB e com tantos outros investimentos e apostas do Departamento de Atenção Básica, para reorganização do Sistema Único de Saúde.

O Nasf vem de encontro para um fortalecimento da Atenção Básica, agindo de maneira integrada com as equipes apoiadas, permitindo compartilhamento de problemas entre os núcleos profissionais inseridos nesse contexto, contribuindo assim para o aumento das respostas clínicas e/ou pedagógicas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

- ✓ Analisar a contribuição do Nasf para a qualificação da Atenção Básica a partir do PMAQ/Nasf.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- ✓ Descrever os padrões de qualidade propostos no PMAQ/Nasf
- ✓ Analisar os padrões de qualidade a partir dos indicadores propostos no PMAQ/Nasf.

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1 NATUREZA DA PESQUISA**

A pesquisa se caracteriza como descritiva. Neste estudo foram utilizadas análises quantitativas. Nesta pesquisa buscou-se descrever o fenômeno de planejamento de ações do Nasf para qualificação da Atenção Básica.

Para análise quantitativa foram utilizadas as respostas das equipes Nasf que responderam as questões selecionadas do PMAQ/Nasf 2º ciclo.

### **3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

Para análise utilizaremos a seguinte subdimensão: Planejamento das ações do Nasf., que está localizada no módulo II na subdimensão NII (“Planejamento das ações do NASF” - Quadro 2 em anexo).

Os indicadores utilizados desta subdimensão foram escolhidos por induzir mudanças nos serviços de saúde, a partir do envolvimento das equipes no processo de avaliação e na interpretação das transformações ocorridas no seu processo de trabalho, As questões selecionadas foram:

- IV.7.3: Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento?
- IV.7.9: O NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho?
- IV.7.7: O planejamento do NASF foi realizado de forma conjunta ou integrada ao planejamento das equipes AB?
- IV.7.8: O NASF participa de monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde em conjunto com as equipes da AB apoiadas?
- IV.7.4: A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?

Além destes indicadores, foram utilizados percentuais de cobertura populacional, disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica-DAB.

Os resultados apresentados são preliminares, pois o banco de dados nacional encontra-se com 86% das informações já processadas pela Coordenação Geral de Avaliação e Acompanhamento-CGAA, responsável pela gestão do banco de dados.

Os percentuais observados para cada indicador são baseados no número de respostas registradas de pelo menos 1(um) Nasf contratualizado em relação ao numero total de equipes aderidas ao programa em cada UF. Este

total leva em consideração as diferenças em relação ao processamento do banco de dados. Por exemplo, para cada UF, o número de equipes que responderam a avaliação externa (tabela 1) pode ser menor que o total de equipes contratualizadas (tabela 2), já que o banco de dados não estava completo. Portanto, a validade deste estudo é aplicada às equipes que participaram da avaliação externa e estavam registradas no banco de dados até o momento da elaboração deste trabalho.

**Tabela 1- Número de equipes que responderam Avaliação Externa-AE do PMAQ/Nasf**

UF	eNasf no PMAQ	UF	eNasf PMAQ
AC	9	PB	96
AL	54	PE	140
AM	29	PI	83
AP	17	PR	73
BA	159	RJ	69
CE	137	RN	57
DF	2	RO	9
ES	5	RR	4
GO	60	RS	25
MA	44	SC	82
MG	292	SE	9
MS	36	SP	116
MT	4	TO	19
PA	24		
BRASIL		<b>1.654</b>	

**Tabela 2- Número total de equipe que contratualizou o PMAQ/Nasf.**

UF	eNasf no PMAQ	UF	eNasf PMAQ
AC	9	PB	117
AL	54	PE	145
AM	29	PI	86
AP	17	PR	77
BA	159	RJ	71
CE	137	RN	57
DF	2	RO	9
ES	5	RR	6

GO	60	RS	31
MA	44	SC	84
MG	292	SE	12
MS	36	SP	151
MT	4	TO	20
PA	24		
BRASIL		<b>1.812</b>	

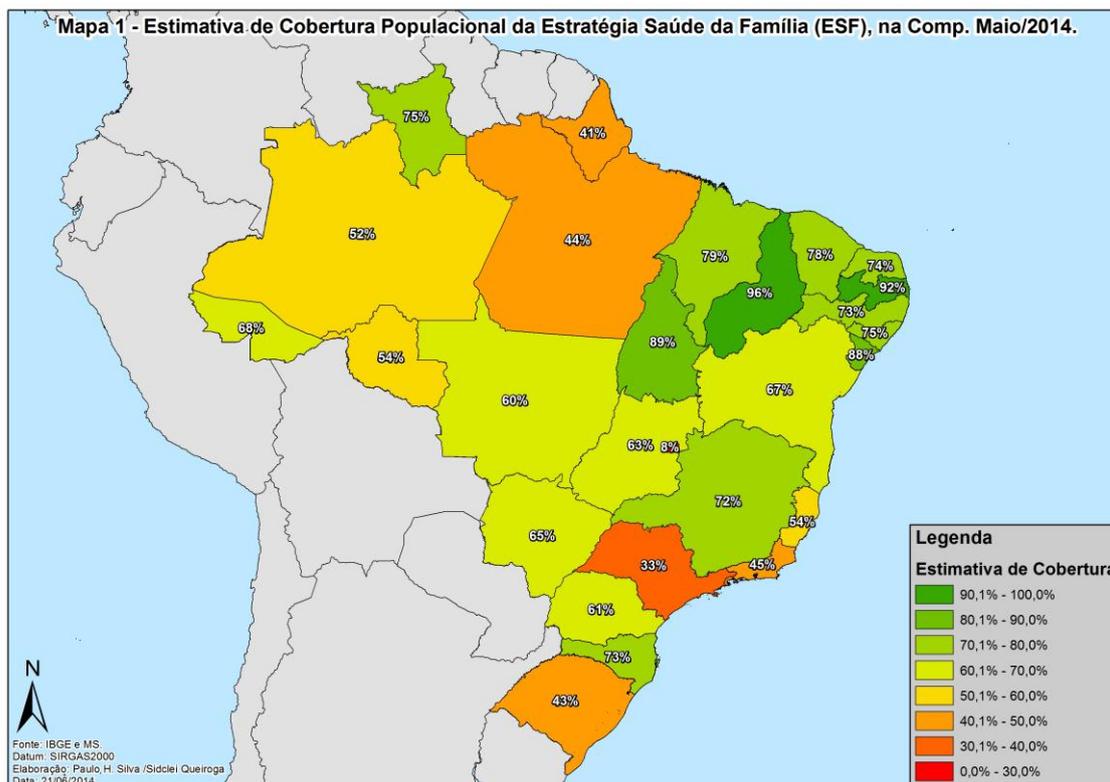
Na elaboração dos mapas foi utilizado o software Sistema de Informação Geográfica Livre e Código Aberto- QGIS versão 2.4.

#### **4. RESULTADO**

Na análise o indicador citados, será apresentado nos mapas que mostram a situação dos estados em relação a:

1. Cobertura;
2. Planejamento;
3. Integração de processos de trabalho entre Nasf e AB.

Todos os percentuais analisados nos resultados estão descritos também no quadro 2 em anexo.

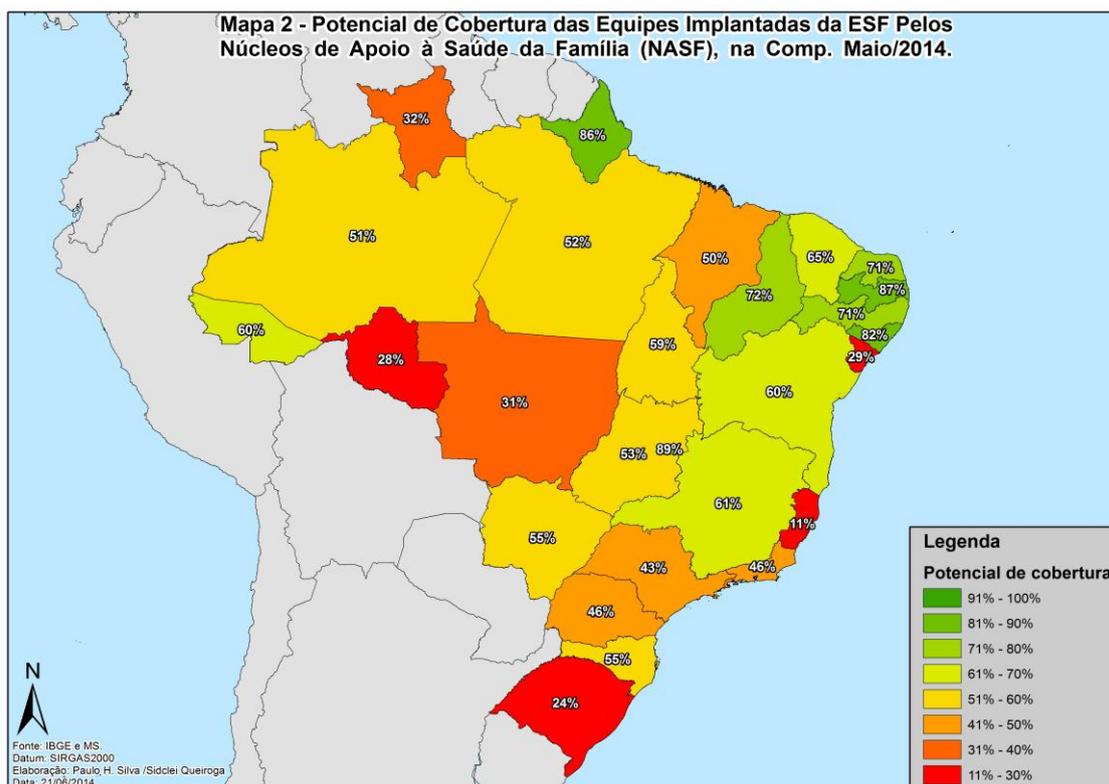


**Fonte: Ministério da Saúde-Departamento de Atenção Básica**

Observa-se no Mapa 1, que quase todos os estados apresentam elevados percentuais de estimativa de cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família-ESF, com destaque para Piauí com 96% de cobertura. Os números de equipe que basearam tais percentuais são apresentados na tabela 2 em anexo.

Segundo Casotti (2014), o aumento significativo da cobertura pela ESF, pode estar diretamente relacionado ao aumento do acesso aos cuidados em saúde da população.

Entretanto ainda enfrentamos diversos problemas que necessitam de ações estruturadas para o desenvolvimento de certos agravos ainda prevalentes, precisa-se de uma atenção a resolutividade das ações em saúde e qualidade da atenção à prestada. Um dos desafios que o processo de implantação do PMAQ/Nasf pode superar é contribuir para a gestão com informações para auxiliar na tomada de decisão.



**Fonte: Ministério da Saúde-Departamento de Atenção Básica-DAB.**

Observa-se no Mapa 2, que muitos estados apresentaram percentual de cobertura elevado para equipes da Estratégia Saúde da Família pelos Nasf, com destaque para Rio Grande do Sul com o menor percentual 24% e os estados do nordeste com os maiores percentuais.

O expressivo aumento da cobertura pela Estratégia Saúde da Família está relacionado ao aumento do acesso aos cuidados em saúde e da melhoria dos principais indicadores de saúde da população brasileira (PAIM, 2011).

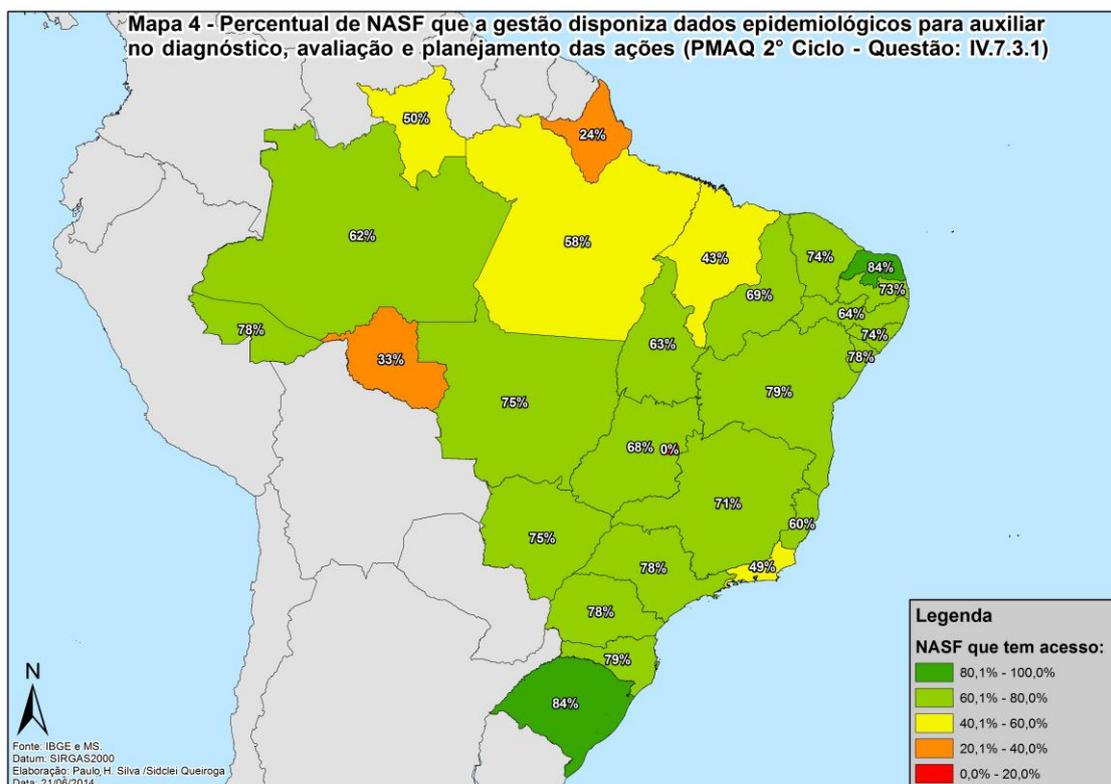
O cálculo baseou-se no número máximo de equipes que cada Nasf matricia de acordo com a referida modalidade, foi somado ao valor máximo de ESF coberta na competência junho de 2014, se a soma foi maior que o número de equipes da ESF permanece o número de equipes implantadas, se o número de ESF coberta for menor que as equipes implantadas, utiliza o número máximo de equipes cobertas pelas equipes Nasf, fazendo a razão e multiplicando por 100, chegou-se a número máximo de equipes coberta nos municípios, para chegar o resultado por estado, bastou agrupar os municípios nos referidos estados e somar o valor total.



se deduzir que as equipes entendem a importância de registro das informações produzidas e o quanto é importante para a melhoria dos serviços.

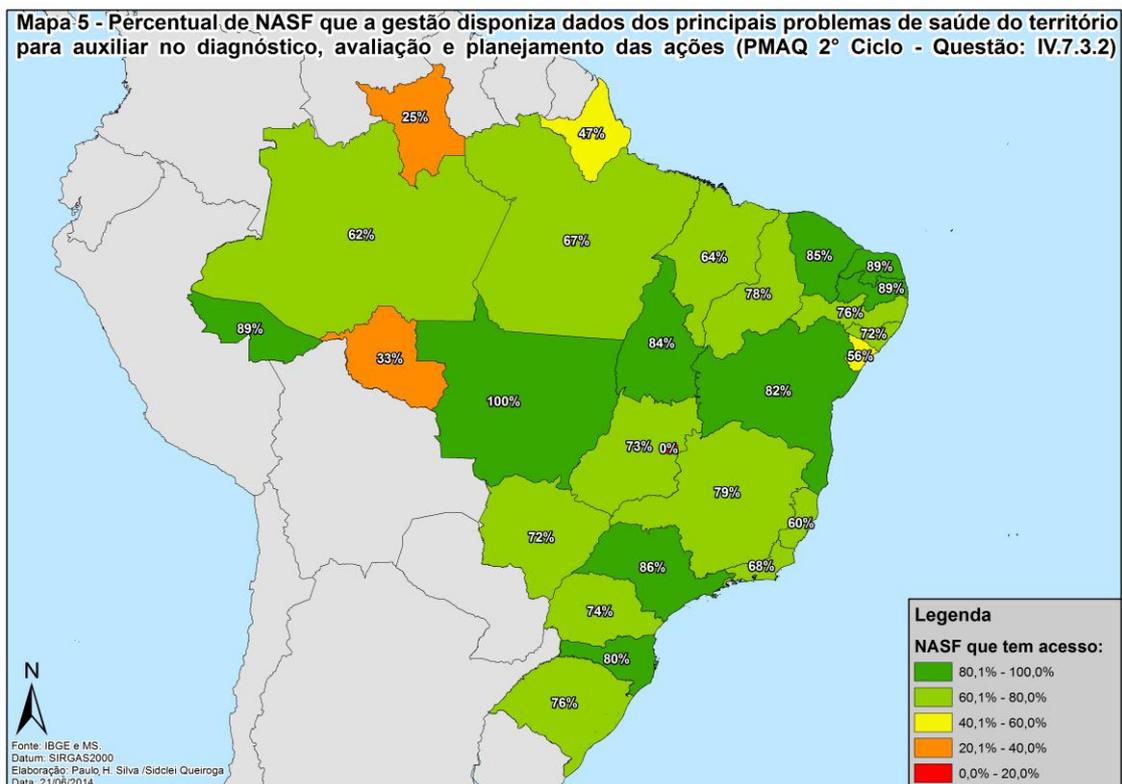
É Interessante investir em capacitação dos profissionais das equipes, com o intuito de melhorar ainda mais o preenchimento dos instrumentos de registro e assim ajudar no processo de tomada de decisão baseado em dados reais.

Atualmente o DAB está reestruturando o sistema de Informação, estratégia essa chamada de Sistema de Informação em saúde para a Atenção Básica (Sisab), passando a obter dados individualizados dos cidadãos.



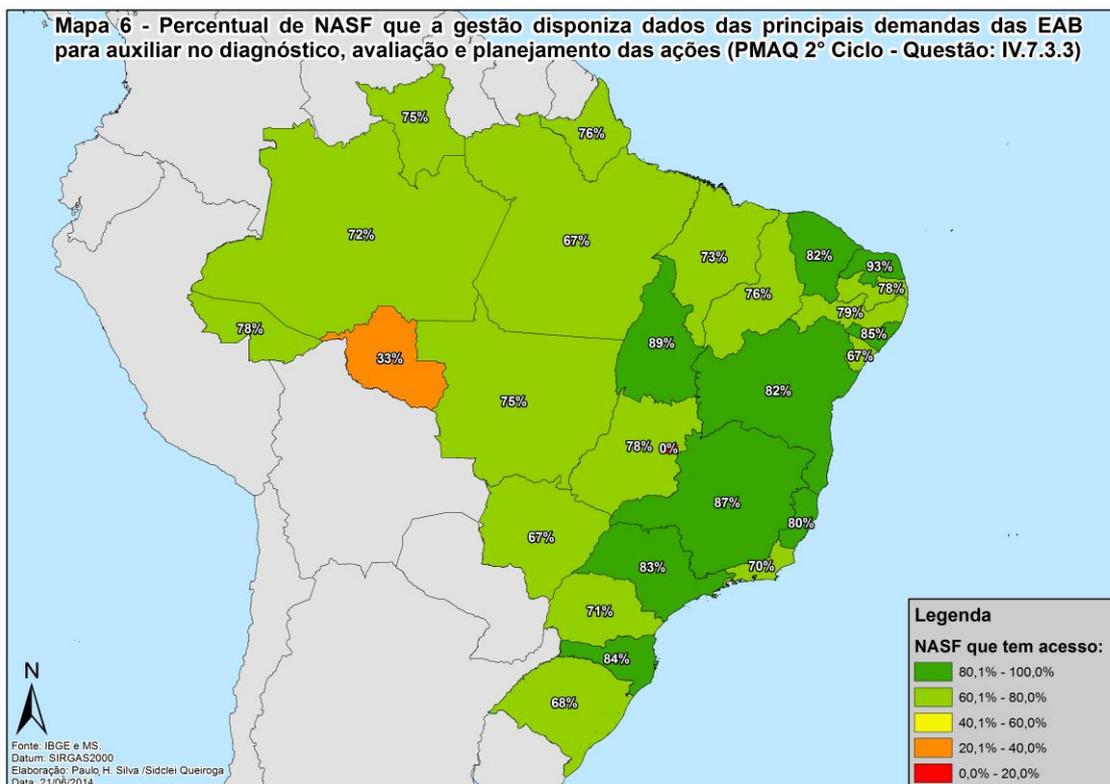
**Fonte: Elaboração própria conforme dados preliminares do PMAQ 2º ciclo.**

De acordo com o Mapa 4, percebe-se que 17 estados, apresentam de 60% a 80% de seus Nasf fazendo uso de dados epidemiológicos, como ferramenta para auxiliar no diagnóstico. Em contra partida apenas o Distrito Federal não respondeu ou não possui Nasf fazendo uso de dados epidemiológicos no planejamento das ações.



**Fonte: Elaboração própria conforme dados preliminares do PMAQ 2º ciclo.**

Conforme o Mapa 5, é possível notar que dos 26 estados e o Distrito Federal, 12 apresentam valores de 60% a 80% e 9 apresentam valores 80,1% a 100%, de seus Nasf que a gestão disponibiliza dados dos principais problemas de saúde do território para planejamento das ações.

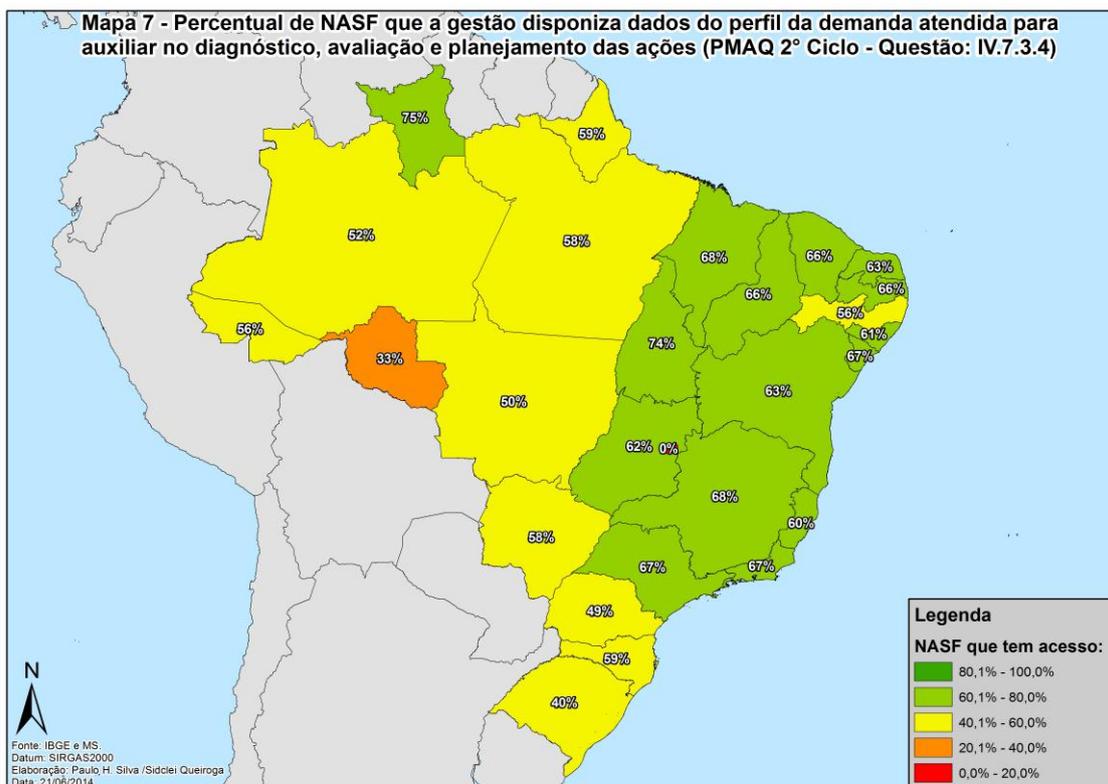


**Fonte: Elaboração própria conforme dados preliminares do PMAQ 2º ciclo.**

Nota-se no Mapa 6, que 25 estados apresentam acima de 65% de seus Nasf, com acesso as principais demandas das ESF, como auxílio nas ações, com destaque para o estado do Rio Grande do Norte com 93%. Em contra partida Roraima apresenta um percentual de 33% e o Distrito Federal com 0%.

Com as equipes Nasf implantados nos municípios, pode-se esperar maior organização dos fluxos assistenciais e/ou pedagógicos, gerando assim uma retaguarda para a Atenção Básica, podendo ter um aumento na qualificação dos encaminhamentos para outros níveis, uma vez que essa modalidade de cuidado trabalha como um possível “observatório” dos fluxos, podendo ter visão mais global da rede de saúde instalada e na sua capacidade de resolubilidade nas ações em saúde.

O Nasf pode aumentar a resolutividade da Atenção Básica, desenvolvendo planejamento das ações desenvolvidas com as equipes AB, elaborando planos de trabalho conjuntos. Como afirma SCHRAIBER 1999, o planejamento em saúde veio para diminuir as incertezas das ações desenvolvidas, proporcionando alcançar objetivos complexos.

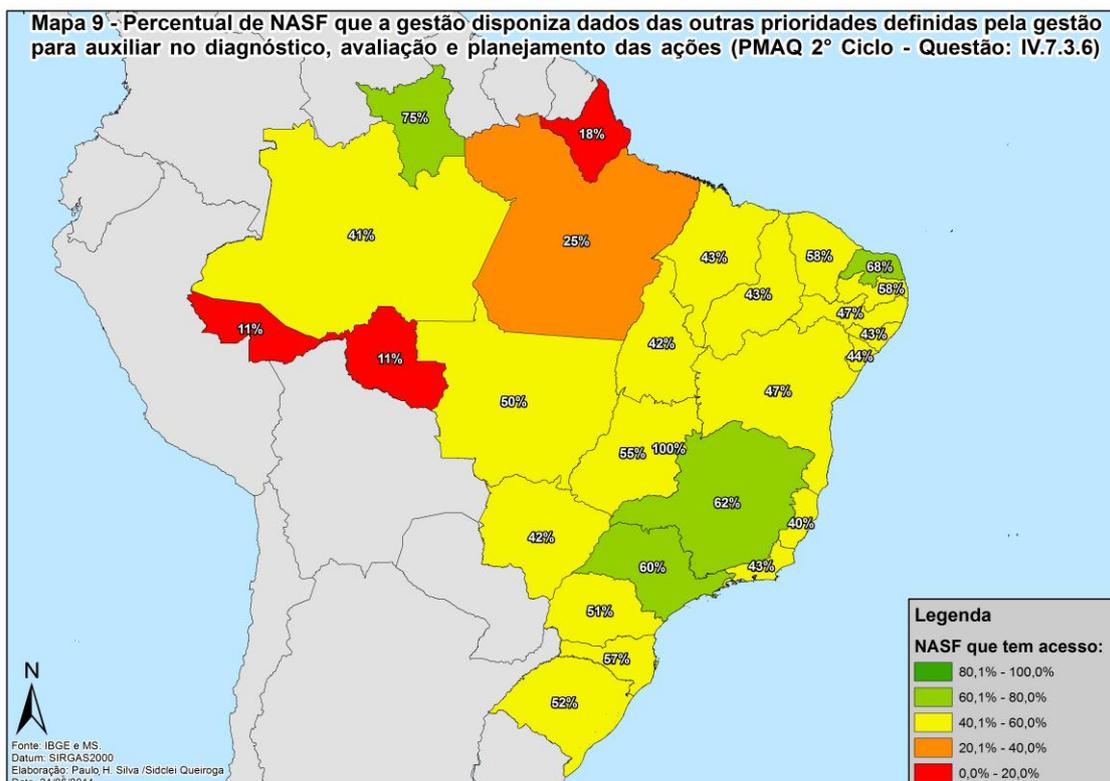


**Fonte: Elaboração própria conforme dados preliminares do PMAQ 2º ciclo.**

Compreende-se no Mapa 7, que nenhum estado conseguiu atingir acima de 80% dos Nasf, com acesso ao perfil da demanda para auxílio no diagnóstico, sendo que metade dos estados estão na faixa de 60% a 80%, sendo o estado de Rondônia com 33%.

Podemos inferir que a gestão entende a importância de ter acesso a perfil da demanda atendida. Gerando assim o reconhecimento do perfil atendido. Essa informação mostra-se de extrema relevância para processo de trabalho. Outra questão que podemos supor e que há sistematização e o compartilhamento com as equipes.





**Fonte: Elaboração própria conforme dados preliminares do PMAQ 2º ciclo.**

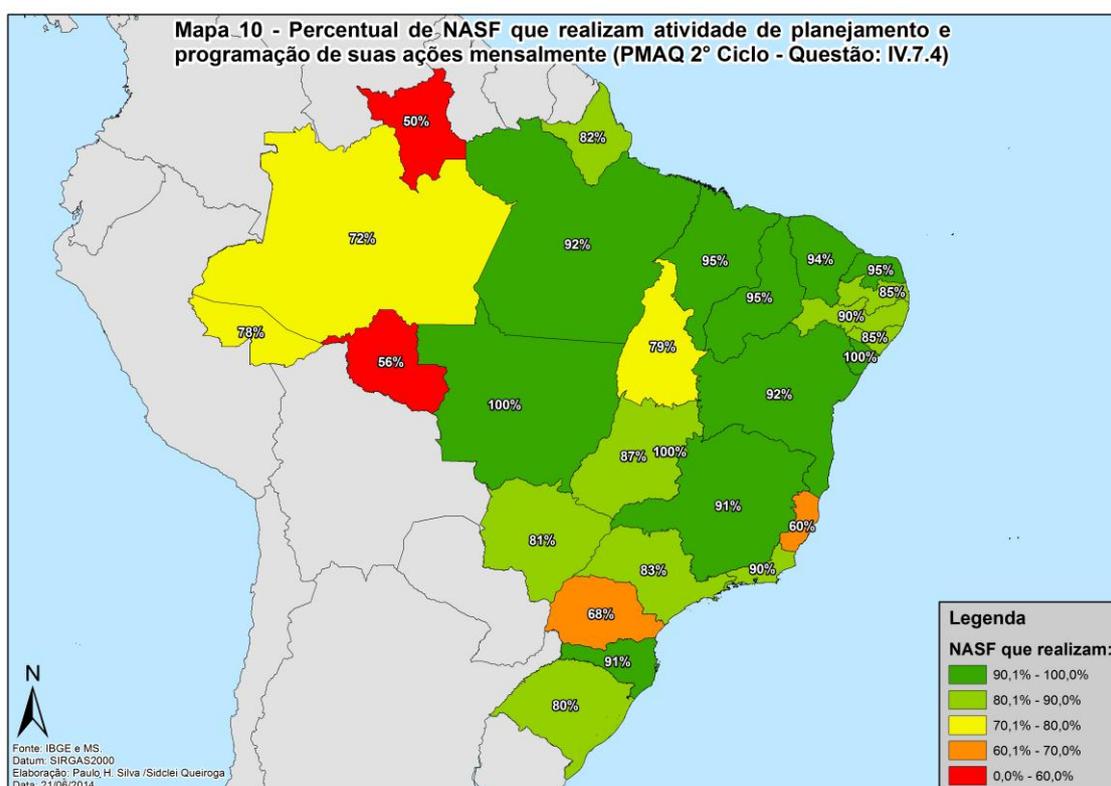
Observa-se no Mapa 9 que quatro estados (São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Roraima), apresentam acima de 60% os percentuais de Nasf que tem acesso as outras prioridades pela gestão para auxiliar do diagnóstico, com destaque para Roraima e Distrito Federal que apresentam respectivamente 75% e 100%. A maioria 18 estados estão concentrados na faixa de 40% a 60%, sendo quatro (Acre, Pará, Rondônia e Amapá) deles estando abaixo de 25%.

Ao analisarmos o instrumento percebemos que essa pergunta encontra-se muito genérica e com pouco valor de uso para as equipes, pois não coloca quais outras possibilidades existentes. Tal relação pode estar atrelada ao desmembramento da questão principal.

Abaixo Nicole (2014), coloca mais uma possibilidade de ação, atuando em tecnologias que envolva fatores humanos nos processos.

Temos que apostar em tecnologia que envolve fatores humanos, operando na lógica de um instrumento de organização do processo de trabalho, transformando as equipes e também o cotidiano de trabalho, atuando na transformação.

Essa seria uma possível aposta para a mudança lógica das ações desenvolvidas.



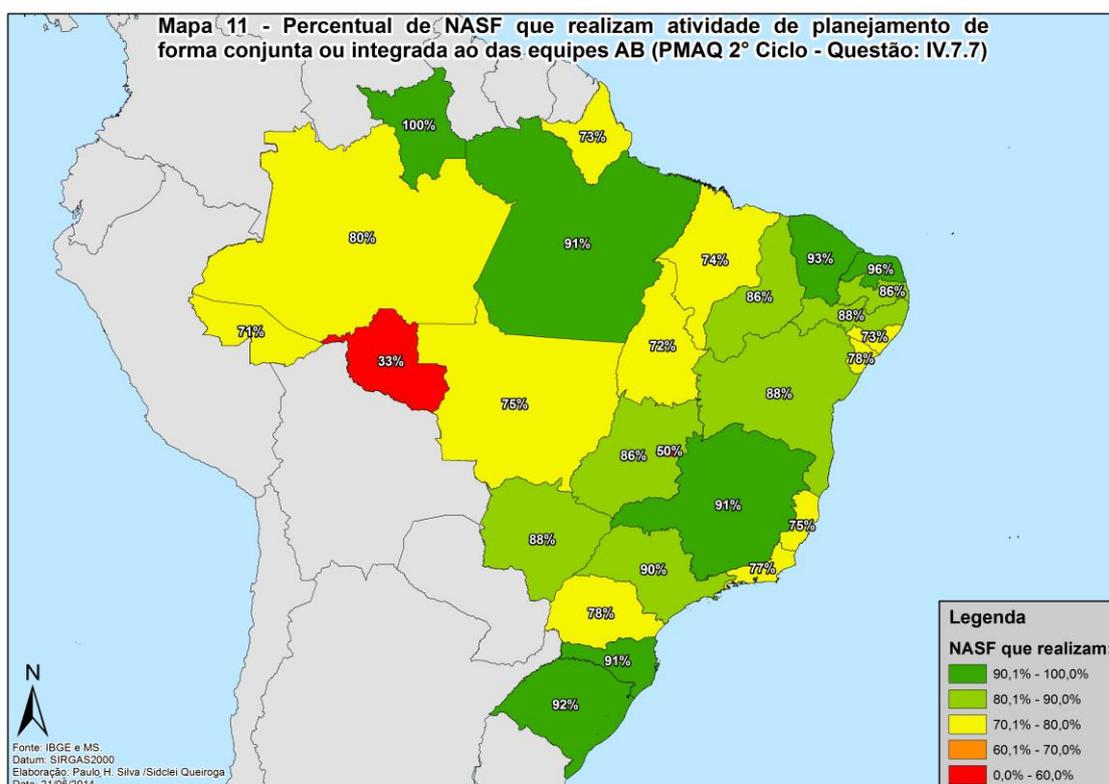
**Fonte: Elaboração própria conforme dados preliminares do PMAQ 2º ciclo.**

No Mapa 10, todos os estados apresentam valores acima de 50%, de Nasf que realizam atividades de planejamento e programação de suas ações mensalmente. Os estados (Pernambuco, Minas Gerais, Santa Catarina, Pará, Bahia, Ceará, Rio Grande do Norte, Piauí, Maranhão, Mato Grosso, Sergipe e Distrito Federal) apresentam os percentuais acima de 90%.

O objetivo de implantar o Nasf nos municípios do Brasil é aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica. (BRASIL, 2014e), ampliando as técnicas e manejo do cuidado em saúde, aumentando o escopo de atenção, ampliando assim a caixa de ferramenta para dialogar com a complexidade do processo saúde/doença e gestão.

Segundo Andrade (2012) planejamento das ações interdisciplinares deveria ser feito em função das necessidades do grupo populacional a ser atendido, não se limitando apenas ao papel de cada profissional e inserindo a população aproximando a realidade concreta.

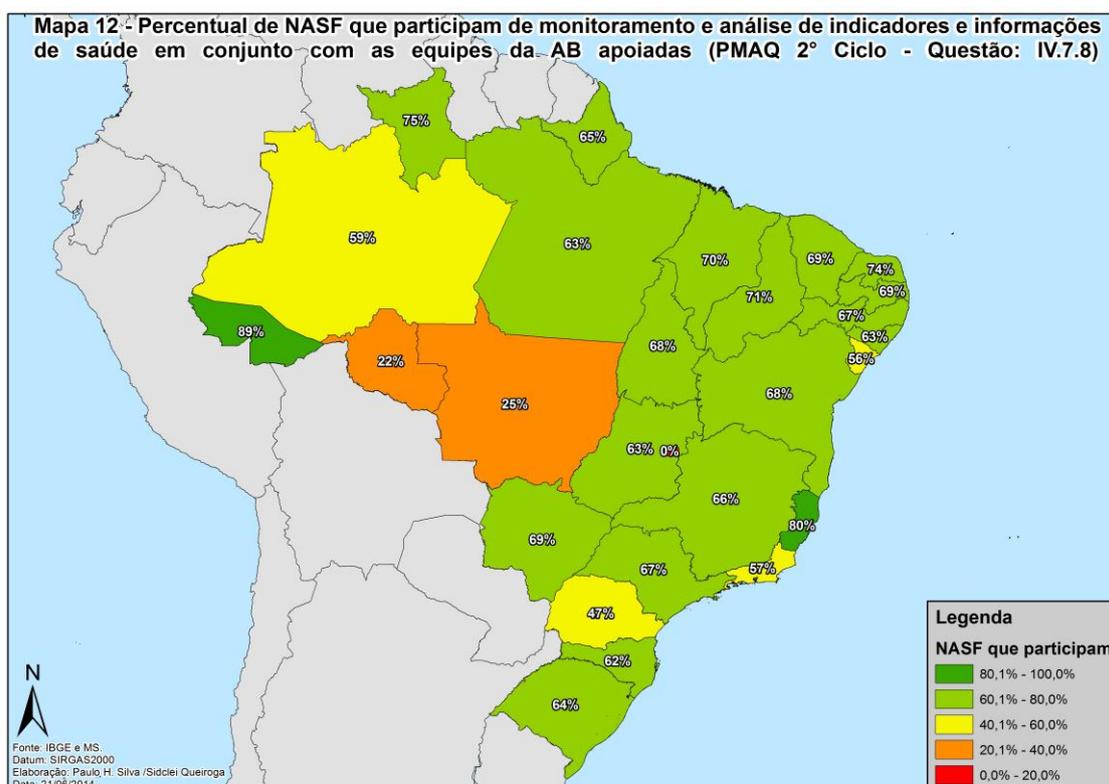
Portanto podemos concluir que as equipes referem-se conseguir planejar as ações que serão realizadas no cotidiano, mesmos nos estados que ficaram abaixo apresentaram resultados maiores que 50% de equipes realizando planejamento e programação das ações mensais.



**Fonte: Elaboração própria conforme dados preliminares do PMAQ 2º ciclo.**

Observa-se no Mapa 11, que todos os estados, com exceção de Rondônia, estão acima de 50% de equipes Nasf que realizam atividades de planejamento de forma conjunta ou integrada das equipes AB. Com destaque para (São Paulo, Minas Gerais, Pará, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Sergipe, Rio Grande do Norte e Roraima) acima de 90%.

Reforçando o resultado apresentado, lembramos aqui que planejamento conjunto mostra-se de grande relevância para a organização do processo de trabalho. Podemos analisar que as equipes Nasf vem atuando na inter-relação com as equipes de atenção básica, objetivado melhores resultados para os atores implicados nos processo de qualificação dos processos de trabalho. Como afirma Faria (2009), quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele. Portanto uma integração entre as equipe permitirá potencializar as respostas clinico-pedagógica, aumento assim o escopo de atuação dos profissionais.



**Fonte: Elaboração própria conforme dados preliminares do PMAQ 2º ciclo.**

No Mapa 12 consta que dos 26 estados, com exceção de (Rondônia, Mato Grosso e Distrito Federal), apresentam mais de 50% de seus Nasf

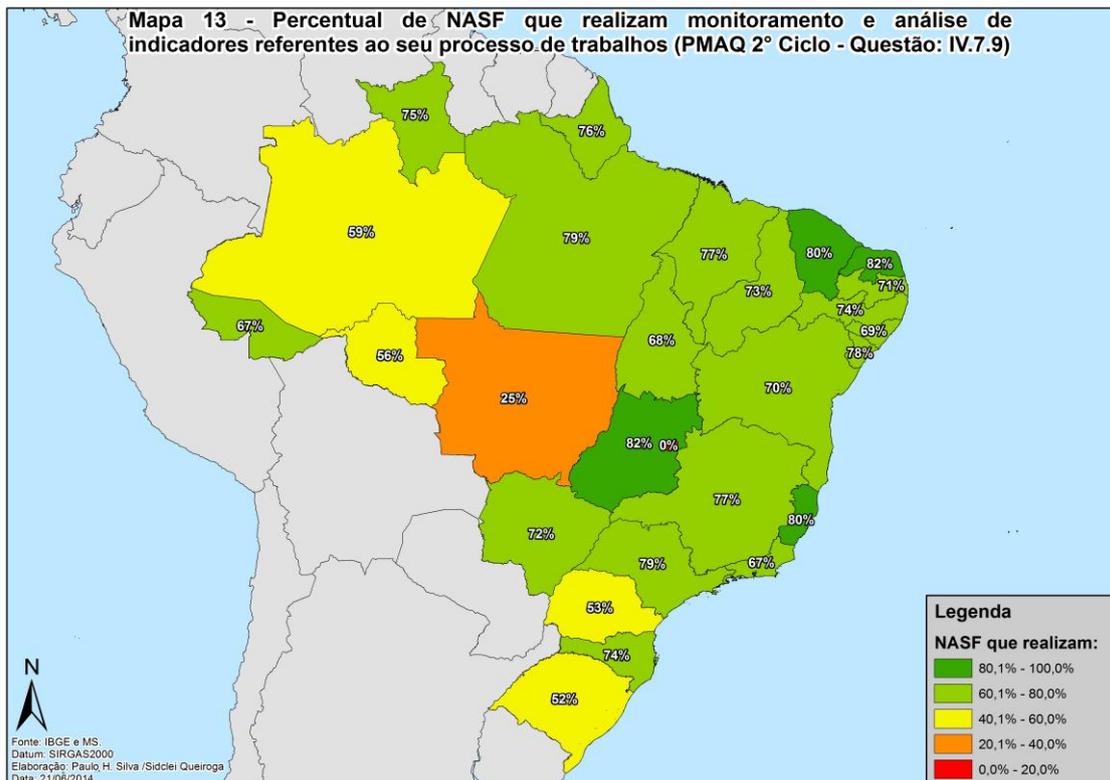
participam de monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde em conjunto com as equipes de AB apoiadas. Com destaque para (Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Roraima, Acre e Espírito Santo) acima de 70%.

Como afirma Felisberto (2004), que a avaliação não é apenas avaliar de acordo com normas e protocolos estabelecidos, mas sim o resultado de esforço de reflexão e compreensão de aspectos e fatos que marcaram as equipes durante o período. Tem o caráter orientado pedagógico para tentar induzir boas condutas e práticas em saúde, seja elas clínicas e/ou pedagógico.

Colocar a avaliação e monitoramento das ações como estratégia para das intervenções com as equipes apoiadas, fato não institucionalizado dentro das equipes.

Os indicadores dos padrões de qualidade devem colocar processos reflexivos para dentro das equipes, trabalhando na perspectiva da aprendizagem organizacional, o trabalho vivo em ato, servindo para reorientar e inspirar novas práticas nas equipes apoiadas, Roland (2014).

Os estados de Rondônia e Mato Grosso apresentam piores percentuais. Podem estar associados falta de um instrumento consolidado ou até mesmo a falta de informação sobre estes indicadores do padrão de qualidade, o que pode ser melhor mensurado em futuros ciclos do PMAQ/Nasf.



**Fonte: Elaboração própria conforme dados preliminares do PMAQ 2º ciclo.**

No Mapa 13 consta que os 26 estados, com exceção do Distrito Federal e Mato Grosso, apresentam mais de 50% de seus Nasf realizando monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu próprio processo de trabalho. Com destaque para Espírito Santo, Ceará, Goiás e Rio grande do Norte acima de 80%.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Pinto, Sousa e Florêncio (2012), conseguimos entender a dimensão do programa, quando é colocado que, PMAQ é a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS, almejando a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação na AB.

A partir da metodologia utilizada neste trabalho foi possível descrever os dados e as principais características e problemas encontrados nos resultados do PMAQ 2 ciclo na subdimensão de planejamento das ações das equipes Nasf distribuídas no território.

É justo afirmar que o instrumento da avaliação externa foi, em muitos momentos, um disparador de reflexões sobre o processo de trabalho. Muitas vezes, ao se depararem com questões sobre ações que ainda não realizavam, identificavam-na como importante e consideravam vir a incorporá-la no cotidiano do trabalho.

É muito importante criar e implementar “critérios”, tal que utilizem especificidades regionais e estaduais para a elaboração da avaliação externa, uma vez que os estados da região norte apresentam valores baixos em algumas análises, requerendo processo periódico e contínuo de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

Os mapas apontaram melhores resultados nos estados da região nordeste, região esta que conta com altos índices de cobertura de saúde da família.

O PMAQ mostra-se como uma nova tecnologia para gestão, com intuito de induzir mudanças organizacionais, indo para uma possível reflexão com as estruturas operacionais, qualificando a atenção básica como ordenadora do cuidado em saúde.

Colocar o Nasf na agenda governamental dos formuladores de políticas públicas mostra-se como uma ferramenta de aposta para um novo cenário de fortalecimento e ampliação do escopo da atenção básica.

O estudo pode servir para consolidar entendimento de algumas subdimensões do PMAQ/Nasf, podendo apoiar mudanças, se assim for necessária e real para a melhoria da qualidade das informações prestadas às equipes, gerando assim possíveis rumos e escolhas para o processo da gestão pública federal, ressaltar ainda as relações dos serviços de saúde e qual o seu papel para o fortalecimento da Atenção Básica.

Esta primeira experiência de avaliação e descrição dos dados da Avaliação Externa do PMAQ/Nasf, pode trazer elementos novos para os ciclos seguintes.

Com esses resultados espera-se que à medida que as equipes forem sendo inseridas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade haja conseqüentemente revisão das informações inseridas em seus sistemas de informação, uma vez que este também será avaliado.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L, B de et al; **Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina.** *Saúde Transform. Soc.* [online]. 2012, vol.3, n.1, pp. 18-31. ISSN 2178-708

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012 a. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

**O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação.** RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012[www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27)

Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012 c.138 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014 e. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

FERNANDES, T.L; NASCIMENTO, C. M.; SOUSA, F. O. S. **Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife.** Rev. CEFAC [online]. 2013, vol.15, n.1, pp. 153-159.

FARIA, H..Processo de trabalho em saúde / Horácio Faria, Marcos Werneck e Max André dos Santos. - 2a ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.

FELISBERTO, E. **Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (3): 317-321, jul. / set., 2004.

GIL, A, C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A, C. **Métodos e técnicas de pesquisa social em saúde**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Brasília-DF.

Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, Brasília-DF

NICOLI. M A .**Não é apenas um problema de “satisfação do usuário”**. WORKSHOP DE VALIDAÇÃO INTERNACIONAL DO PMAQ. BRASÍLIA, 29 e 30 DE MAIO DE 2014

PAIM, J; , TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C, BAHIA, L, MACINKO J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Publicado Online 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60054-8. Seria The Lancet.

PISCO. L; BISCAIA. J.L. **Qualidade de cuidados de saúde primários**. **Revista portuguesa de saúde pública**. VOLUME TEMÁTICO: 2, 2001

SILVA, A. T. C. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 2012, vol.28, n.11, pp. 2076-2084. ISSN 0102-311X.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 1999, vol.4, n.2, pp. 221-242. ISSN 1413-8123.

ROLAND, M. PMAQ: **Comentário de Martin Roland, Universidade de Cambridge, RU.** WORKSHOP DE VALIDAÇÃO INTERNACIONAL DO PMAQ. BRASÍLIA, 29 e 30 DE MAIO DE 2014

## 8. ANEXOS

Tabela 3- Os números de equipe que basearam tais percentuais para estimativa de cobertura populacional.

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB						
Competência: Abril de 2014						
Região	UF	Estado	Equipe de Saúde da Família	Núcleo de Apoio à Saúde da Família		
				Nasf Tipo 1	Nasf Tipo 2	Nasf Tipo 3
			Nº de Municípios com eSF	Implantadas	Implantada s	Implantada s
CENTRO- OESTE	DF	DISTRITO FEDERAL	1	5	0	0
	GO	GOIÁS	246	61	28	51
	MT	MATO GROSSO	138	13	17	12
	MS	MATO GROSSO DO SUL	78	27	18	9
Qtde de Estados		4	463	106	63	72
NORDEST E	AL	ALAGOAS	102	80	27	10
	BA	BAHIA	415	202	80	5
	CE	CEARÁ	184	157	31	0
	MA	MARANHÃO	217	111	18	3
	PB	PARAÍBA	223	110	44	66
	PE	PERNAMBUC O	185	172	26	0
	PI	PIAUÍ	223	77	56	86

	RN	RIO GRANDE DO NORTE	166	67	32	47
	SE	SERGIPE	73	20	2	2
Qtde de Estados		9	1.788	996	316	219
NORTE	AC	ACRE	22	14	3	1
	AP	AMAPÁ	16	18	2	0
	AM	AMAZONAS	62	41	4	1
	PA	PARÁ	133	68	8	1
	RO	RONDÔNIA	51	11	2	0
	RR	RORAIMA	15	4	2	0
	TO	TOCANTINS	137	14	16	63
Qtde de Estados		7	436	170	37	66
SUDESTE	ES	ESPÍRITO SANTO	78	6	7	1
	M G	MINAS GERAIS	846	290	119	102
	RJ	RIO DE JANEIRO	90	120	1	0
	SP	SÃO PAULO	539	194	19	25
Qtde de Estados		4	1.553	610	146	128
SUL	PR	PARANÁ	395	102	39	34
	RS	RIO GRANDE DO SUL	442	34	11	17
	SC	SANTA CATARINA	294	79	38	59
Qtde de Estados		3	1.131	215	88	110

Total Geral		27	5.371	2.097	650	595
Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. - <i>acessado em junho de 2014</i>						

Quadro1. Indicadores do módulo II na subdimensão NII.7.

Planejamento das ações do NASF		
IV.7.1	O NASF utiliza algum mecanismo de registro de informação das suas ações?	Sim
		Não
ET - IV.7.2	Qual mecanismo é utilizado?	e-SUS atenção básica
		SIAB
		SIA
		Sistema próprio do município/equipe
		Fichas, planilhas ou relatórios construídos pela própria equipe NASF
		Outro(s)
G - IV.7.3	Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento?	Dados epidemiológicos do município
		Principais problemas de saúde do território
		Principais demandas das EAB
		Perfil da demanda atendida pelo NASF
		Desafios apontados na autoavaliação
		Outras prioridades definidas pela gestão municipal
		A gestão não disponibiliza informações
G - IV.7.4	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?	Sim
		Não
G - IV.7.4.1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IV.7.5	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?	Semanal
		Bimestral
		Trimestral
		Semestral
		Anual
		Não realiza planejamento
IV.7.5/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IV.7.6	O que foi considerado nesse planejamento?	Perfil demográfico, epidemiológico e assistencial
		Perfil territorial e ambiental
		Necessidades e demandas da(s) equipe(s) de saúde apoiada(s)
		A rede de serviços de saúde existente no município
		Outros
ET - IV.7.7	O planejamento do NASF foi realizado de forma conjunta ou integrada ao planejamento das equipes AB?	Sim
		Não
G - IV.7.8	O NASF participa de monitoramento e análise de indicadores e informações de	Sim

	saúde em conjunto com as equipes da AB apoiadas?		
			Não
<b>ET - IV.7.9</b>	O NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho?		Sim
			Não
<b>ET - IV.7.9/1</b>	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
<b>IV.7.10</b>	O NASF realizou algum processo de autoavaliação nos últimos doze meses?		Sim
			Não
<b>IV.7.10/1</b>	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
<b>IV.7.11</b>	Qual instrumento utilizado?		AMAQ - NASF
			Instrumento desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde
			Instrumento desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde
			Instrumento desenvolvido pela própria equipe NASF
			A equipe realizou processo autoavaliativo informal, sem instrumento específico
<b>IV.7.11/1</b>	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

Quadro 2. Número de equipes Nasf que responderão AE, dados preliminares do PMAQ/nasf 2 ciclo

UF	Equipes Nasf	IV.7.1		G - IV.7.3.1		G - IV.7.3.2		G - IV.7.3.3		G - IV.7.3.4		G - IV.7.3.5		GIV.7.3.6		G - IV.7.4		ET - IV.7.7		G - IV.7.8		ET - IV.7.9	
AC	9	9	100,00%	7	77,78%	8	88,89%	7	77,78%	5	55,56%	5	55,56%	1	11,11%	7	77,78%	5	71,43%	8	88,89%	6	66,67%
AL	53	53	98,15%	40	74,07%	39	72,22%	46	85,19%	33	61,11%	29	53,70%	2	42,59%	46	85,19%	36	73,47%	34	62,96%	37	68,52%
AM	27	27	93,10%	18	62,07%	18	62,07%	21	72,41%	15	51,72%	12	41,38%	1	41,38%	21	72,41%	20	80,00%	17	58,62%	17	58,62%
AP	17	17	100,00%	4	23,53%	8	47,06%	13	76,47%	10	58,82%	6	35,29%	3	17,65%	14	82,35%	11	73,33%	11	64,71%	13	76,47%
BA	156	156	98,11%	125	78,62%	130	81,76%	130	81,76%	100	62,89%	82	51,57%	7	46,54%	14	92,45%	138	87,90%	108	67,92%	112	70,44%
CE	136	136	99,27%	102	74,45%	117	85,40%	112	81,75%	90	65,69%	81	59,12%	7	57,66%	12	94,16%	124	92,54%	95	69,34%	110	80,29%
DF	2	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	100,00%	2	100,00%	1	50,00%	0	0,00%	0	0,00%
ES	5	5	100,00%	3	60,00%	3	60,00%	4	80,00%	3	60,00%	2	40,00%	2	40,00%	3	60,00%	3	75,00%	4	80,00%	4	80,00%
GO	58	58	96,67%	41	68,33%	44	73,33%	47	78,33%	37	61,67%	34	56,67%	3	55,00%	52	86,67%	50	86,21%	38	63,33%	49	81,67%
MA	44	44	100,00%	19	43,18%	28	63,64%	32	72,73%	30	68,18%	19	43,18%	1	43,18%	42	95,45%	31	73,81%	31	70,45%	34	77,27%
MG	289	289	98,97%	208	71,23%	232	79,45%	255	87,33%	200	68,49%	168	57,53%	1	61,99%	267	91,44%	257	90,81%	192	65,75%	225	77,05%
MS	34	34	94,44%	27	75,00%	26	72,22%	24	66,67%	21	58,33%	14	38,89%	1	41,67%	29	80,56%	30	88,24%	25	69,44%	26	72,22%

MT	4	4	100,0 0%	3	75,00 %	4	100,0 0%	3	75,00 %	2	50,00 %	2	50,00 %	2	50,00 %	4	100,0 0%	3	75,00 %	1	25,00 %	1	25,00 %
PA	22	22	91,67 %	14	58,33 %	16	66,67 %	16	66,67 %	14	58,33 %	9	37,50 %	6	25,00 %	22	91,67 %	21	91,30 %	15	62,50 %	19	79,17 %
PB	96	96	100,0 0%	70	72,92 %	85	88,54 %	75	78,13 %	63	65,63 %	48	50,00 %	5	58,33 %	82	85,42 %	79	85,87 %	66	68,75 %	68	70,83 %
PE	131	131	93,57 %	90	64,29 %	107	76,43 %	110	78,57 %	79	56,43 %	70	50,00 %	6	47,14 %	12	90,00 %	119	87,50 %	94	67,14 %	104	74,29 %
PI	79	79	95,18 %	57	68,67 %	65	78,31 %	63	75,90 %	55	66,27 %	38	45,78 %	3	43,37 %	6	95,18 %	70	86,42 %	59	71,08 %	61	73,49 %
PR	70	70	95,89 %	57	78,08 %	54	73,97 %	52	71,23 %	36	49,32 %	29	39,73 %	3	50,68 %	50	68,49 %	54	78,26 %	34	46,58 %	39	53,42 %
RJ	65	65	94,20 %	34	49,28 %	47	68,12 %	48	69,57 %	46	66,67 %	30	43,48 %	3	43,48 %	62	89,86 %	51	77,27 %	39	56,52 %	46	66,67 %
RN	55	55	96,49 %	48	84,21 %	51	89,47 %	53	92,98 %	36	63,16 %	37	64,91 %	3	68,42 %	54	94,74 %	53	96,36 %	42	73,68 %	47	82,46 %
RO	8	8	88,89 %	3	33,33 %	3	33,33 %	3	33,33 %	3	33,33 %	1	11,11 %	1	11,11 %	5	55,56 %	2	33,33 %	2	22,22 %	5	55,56 %
RR	4	4	100,0 %	2	50,00 %	1	25,00 %	3	75,00 %	3	75,00 %	3	75,00 %	3	75,00 %	2	50,00 %	3	100,0 0%	3	75,00 %	3	75,00 %
RS	21	21	84,00 %	21	84,00 %	19	76,00 %	17	68,00 %	10	40,00 %	12	48,00 %	1	52,00 %	20	80,00 %	22	91,67 %	16	64,00 %	13	52,00 %
SC	81	81	98,78 %	65	79,27 %	66	80,49 %	69	84,15 %	48	58,54 %	44	53,66 %	4	57,32 %	75	91,46 %	74	91,36 %	51	62,20 %	61	74,39 %
SE	9	9	100,0 0%	7	77,78 %	5	55,56 %	6	66,67 %	6	66,67 %	4	44,44 %	4	44,44 %	9	100,0 0%	7	77,78 %	5	55,56 %	7	77,78 %
SP	113	113	97,41 %	91	78,45 %	100	86,21 %	96	82,76 %	78	67,24 %	75	64,66 %	7	60,34 %	96	82,76 %	103	90,35 %	78	67,24 %	92	79,31 %
TO	18	18	94,74 %	12	63,16 %	16	84,21 %	17	89,47 %	14	73,68 %	6	31,58 %	8	42,11 %	15	78,95 %	13	72,22 %	13	68,42 %	13	68,42 %
Bra sil	1606	1606	97,10 %	1168	70,62 %	1292	78,11 %	1322	79,93 %	1037	62,70 %	860	52,00 %	862	52,12 %	1460	88,27 %	1380	86,74 %	1081	65,36 %	1212	73,28 %

