



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

MARIA ANGÉLICA BEZERRA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DOS CONSENSOS ACERCA DOS CRITÉRIOS
E INDICADORES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

RECIFE
2015

MARIA ANGÉLICA BEZERRA DE OLIVEIRA

**Análise dos Consensos acerca dos critérios e indicadores do
Núcleo de Apoio à Saúde da Família.**

Dissertação apresentada no Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
(IMIP) como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra. Luciana Dubeux

Coorientadora: Prof^ª. Gisele Cazarin

RECIFE
2015

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

O48a Oliveira, Maria Angélica Bezerra de

Análise dos Consensos acerca dos critérios e indicadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Maria Angélica Bezerra de Oliveira ; Orientadora Luciana Dubeux ; Coorientadora Gisele Cazarin – Recife : Do Autor, 2015.

88 f.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em avaliação em saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2015.

1. Avaliação em saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Sistema único de saúde. I. Dubeux, Luciana, orientadora. II Cazarin, Gisele, coorientadora. III. Título

CDD 362.10425

MARIA ANGÉLICA BEZERRA DE OLIVEIRA

**Análise dos Consensos acerca dos critérios e indicadores do
Núcleo de Apoio à Saúde da Família.**

Dissertação apresentada no Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
(IMIP) como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovada em: ____ de _____ de 2015

BANCA EXAMINADORA

Antônio Carlos Gomes Espírito Santo
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Paulo Germano de Frias
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

Luciana Santos Dubeux
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

AGRADECIMENTOS

Agradeço as minhas orientadoras Luciana Dubeux e Gisele Cazarin pela parceria, disponibilidade, paciência e construção coletiva dessa dissertação.

Às minhas colegas de turma pelo compartilhamento de todas as alegrias, dúvidas e angústias geradas nesse processo.

À Cinthia Kalyne pela carinho e por ter me dado a oportunidade de cursar o mestrado profissional.

Às minhas companheiras da coordenação Nasf pela possibilidade de compor uma equipe crédula em um SUS que traz mais qualidade de vida aos usuários.

À música que me acompanha desde antes de nascer pelo canto materno e que até hoje acalanta o meu coração.

Aos meus pais que sempre me incentivaram a estudar e a alcançar meus objetivos.

À minha companheira de vida e de sonhos, Ana Claudia, pelo suporte, pela luz, pela lágrimas enxugadas, e pela oferta de colo e amor nos momentos mais necessários.

EPÍGRAFE

“Advirto-te, sejas quem fores...
Tu! Que desejas sondar os arcanos da Natureza, se
não encontras dentro de ti aquilo que procuras...
tampouco o poderás encontrar fora.
Se ignoras as excelências da tua própria casa, como
poderás encontrar outras excelências?
Em ti se encontra oculto o tesouro dos tesouros!
Homem!... Conhece-te a ti mesmo e conhecerás o
Universo e os Deuses.”

(Inscrição no Templo de Apolo em Delfos)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) configura-se como uma equipe de profissionais de diferentes formações que devem atuar de forma integrada e conjunta com as equipes de Saúde da Família, à luz do dispositivo do apoio matricial. Este modo de atuação deve se dar na perspectiva da complementaridade de saberes em duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. O Nasf objetiva o fortalecimento, a resolutividade, e a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS). **OBJETIVO:** Analisar os consensos acerca de critérios e indicadores para monitoramento e avaliação do Nasf. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de avaliabilidade, o qual pressupõe construção do modelo lógico da intervenção; a sistematização da matriz de critérios e indicadores; e a aplicação da técnica de *Delphi*, junto aos principais interessados no objeto de avaliação. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto à outubro de 2015. **RESULTADOS:** A análise da completude do modelo teórico lógico, indicou uma concordância em relação aos elementos apresentados, considerando-o uma aproximação da intervenção do Nasf Recife; aos componentes e subcomponentes; aos itens de estrutura, atividades e resultados esperados, servindo de base para a elaboração da matriz de critérios e indicadores. A matriz foi composta por um componente de estrutura (com oito critérios) e dois componentes de processo (Gestão do Processo de Trabalho e Gestão do cuidado), desmembrados em oito critérios e trinta e seis indicadores de processo. O consenso apontou que os componentes Gestão do Processo de Trabalho e Gestão do Cuidado apresentaram maior média (9,45) menor desvio-padrão (0,15), respectivamente. **CONCLUSÕES:** As etapas do estudo de avaliabilidade conferiram validade ao consenso pelo alto grau de importância e baixo desvio-padrão. O estudo aponta que o Nasf encontra-se adequado para a realização de processos avaliativos, e assinalou a possibilidade de que a matriz de critérios e indicadores seja utilizada na construção de instrumentos de monitoramento e avaliação, bem como pode ser útil na organização e implementação dessa política no âmbito municipal.

Palavras-chave: Avaliação em saúde, Atenção Primária à Saúde, Gestão em Saúde, Assistência à Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Support Center for Family Health (NASF) appears as a team of professionals from different formations who must act in an integrated and jointly with the Family Health Teams in the light of the matrix support device. This performance mode should be given the perspective of knowledge complementarity in two dimensions: clinical care and pedagogical technical. The objective NASF strengthening, resolutenees, and the qualification of Primary Health Care (APS). **OBJECTIVES:** To analyze the consensus on criteria and indicators for monitoring and evaluation of NASF. **METHOD:** this is a evaluability assessment, which involves building the theoretical logical model of intervention; the systematization of the matrix of criteria and indicators; and the application of the delphi technique, together with the stakeholders in the evaluation object. The data colectte occurred between the months of august 2015 to october 2015. **RESULTS:** Analysis of the completeness of theoretical logical model indicated an agreement in relation to the elements presented, considering it an important approach to intervention NASF Recife; components and subcomponents; the structure of items, activities and expected outcomes, serving the basis for drawing up the matrix of criteria and indicators. The matrix was made up of a frame component (with eight criteria) and two process components (Management of Working Process and Care Management), disjoined into eight criteria and 36 process indicators. Of these, the consensus pointed out that the components of Work Process Management and Care Management showed higher average (9.45) lower standard-deviation (0.15), respectively. **CONCLUSIONS:** The steps of the evaluability study gave validity a consensus by for a high degree of importance and low standard deviation. The study points out that the NASF is suitable for conducting evaluation processes, and points to the possibility that the matrix of criteria and indicators could be used in building monitoring and evaluation tools, as well as it can be helpful in the organization and accomplishment of this policy at the local municipal level.

Keywords: Health evaluation, Primary Health Care, Health Management, Delivery of health Care, Unified health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AM | Apoio Matricial |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAB | Caderno de Atenção Básica |
| COAP | Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde |
| DS | Distrito Sanitário de Saúde |
| EA | Estudo de Avaliabilidade |
| EACS | Estratégia Agentes Comunitários de Saúde |
| eCnaR | Equipe de Consultório na Rua |
| eNasf | Equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| ER | Equipe de Referência |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| e-SUS AB | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica |
| IMC | Índice de Massa Corpórea |
| MTL | Modelo Teórico Lógico |
| MS | Ministério da Saúde |
| Nasf | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NAISF | Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família |
| NSI | Núcleo de Saúde Integral |
| PAB | Piso da Atenção Básica |
| PACS | Programa de Agente Comunitário de Saúde |
| PE | Pernambuco |
| PMAQ-AB | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional da Atenção Básica |
| PSE | Programa de Saúde na Escola |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| PST | Projeto de Saúde no Território |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| RPA | Região Político-Administrativa |
| SCNES | Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

LISTA DE TABELAS, QUADROS, FIGURAS

| | | Página |
|----------|---|--------|
| Tabela 1 | Distribuição das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e da Saúde da Família do município do Recife, 2015. | 34 |
| Quadro 1 | Possibilidade de ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família | 23 |
| Quadro 2 | Normatizações referentes ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família | 23 |
| Quadro 3 | Comparativo estrutural entre o Caderno de Atenção Básica 27/2010 e 39/2014 | 24 |
| Quadro 4 | Perfil das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município do Recife | 35 |
| Quadro 5 | Referencial normativo utilizado na sistematização do modelo teórico lógico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Recife, 2015. | 38 |
| Figura 1 | Divisão territorial, por Distrito Sanitário, do município do Recife, Pernambuco, 2015. | 33 |
| Figura 2 | Sequência de execução do Estudo de Avaliabilidade do Nasf Recife, 2015. | 36 |

SUMÁRIO

| | Página |
|--|--------|
| APRESENTAÇÃO | 12 |
| I. INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 Atenção Primária à Saúde | 13 |
| 1.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família | 18 |
| 1.3 Estudo de Avaliabilidade | 26 |
| II. JUSTIFICATIVA | 31 |
| III. OBJETIVOS | 32 |
| 3.1 Geral | 32 |
| 3.2 Específicos | 32 |
| IV. MÉTODOS | 33 |
| 4.1 Desenho do Estudo | 33 |
| 4.2 Local de Estudo | 33 |
| 4.3 Etapas do Estudo | 35 |
| 4.3.1 Etapa 1- Identificação dos Interessados | 36 |
| 4.3.2 Etapa 2 – Construção do modelo teórico lógico do Nasf | 37 |
| 4.3.3 Etapa 3 – Exploração da realidade da intervenção | 39 |
| 4.3.4 Etapa 4 – Construção da matriz preliminar de critérios e indicadores | 39 |
| 4.3.5 Etapa 5 – Análise e validação da matriz de critérios e indicadores | 40 |
| 4.4 Aspectos éticos | 42 |
| VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES | 44 |
| VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 46 |
| APÊNDICES | 52 |
| ANEXOS | 63 |

APRESENTAÇÃO

No ano de 2008, o Ministério da Saúde promulgou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) tendo como objetivo o apoio as ações de gestão e atenção das equipes de Saúde da Família (eSF), por meio de diferentes ferramentas tecnológicas, fomentando o compartilhamento das ações das equipes e a cogestão do cuidado. Equipes Nasf (eNasf) foram implantadas por todo o Brasil, tendo o município do Recife, Pernambuco, 20 eNasf perfazendo uma cobertura de 61,4% das eSF do município.

Durante a implementação do Nasf verificou-se a ausência de critérios e/ou indicadores, bem como os instrumentos de registro existentes não expressavam dados suficientes para a criação de indicadores plausíveis com a intervenção, o que levou a pesquisadora a realizar um Estudo de Avaliabilidade, no que tange ao desenvolvimento e validação de uma matriz de critérios e indicadores que possa ser usada em possíveis estudos avaliativos sobre o Nasf.

O estudo foi organizado nas seguintes seções: Introdução que abordou estudos sobre a Avaliabilidade e da Atenção Primária à Saúde no contexto nacional e local, bem como a relevância desse estudo para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Objetivos, gerais e específicos; Métodos que versou sobre as etapas do estudo de avaliabilidade e a utilidade dos resultados gerados; os Resultados foram apresentados sob a forma de artigo a ser submetido à revista *Physis*, contendo as mesmas seções; Considerações finais e Recomendações; Referências.

I. INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Primária à Saúde

O Relatório Dawson, escrito em 1920 como documento orientador do modelo de saúde inglês, é considerado um precursor da Atenção Primária à Saúde (APS) mundial, na medida em que propôs a constituição de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde na tentativa de garantir uma atenção à saúde mais próxima do usuário^{1,2}. No ano 2000, diversos governos propuseram, por meio da Declaração de Alma-Ata/Saúde, uma melhoria na qualidade da saúde da população por meio dos cuidados primários. Esses deveriam incluir práticas cientificamente aceitas, em um processo continuado de assistência³.

Essa assistência, a partir da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, deveria estar alinhada com um novo sentido de saúde, sendo este um bem estar que englobe aspectos sociais, pessoais e físicos por meio da articulação dos serviços de saúde (como a APS) com outros setores da sociedade⁴.

A APS é entendida como estratégica para a confluência entre as ações de promoção, prevenção e cura, priorizando pessoas, seus valores e relações comunitárias, o poder de transformação de cada uma delas e a atuação dos profissionais de saúde¹. Tem como atributos: 1. Primeiro contato – sendo a entrada preferencial ao sistema de saúde; 2. Integralidade – o sujeito deve ser visto de forma integrada (serviços preventivos e curativos) e ampla, abarcando todos os aspectos sociais, físicos e emocionais; 3. Continuidade ou longitudinalidade – acompanhamento longitudinal, por profissionais de saúde que deverão garantir ações integrais e realizar articulações intra e intersetoriais; 4. Centralização familiar – a família é tida como a unidade principal da atenção à saúde; 5. Orientação comunitária – reconhecer o contexto cultural, social,

econômico do território onde vive a família; e, 6. Coordenação – entendida como a possibilidade da APS de garantir a continuidade da atenção através da rede de serviços⁵.

No Brasil, a aproximação com a perspectiva da APS se deu por meio das discussões advindas da Reforma Sanitária. Movimento formado por diversos segmentos sociais como profissionais de saúde, estudantes, organizações populares e sindicatos, que buscava transformações no âmbito das políticas de saúde nacionais, visando garantir o direito universal à saúde e a construção de um sistema único e estatal de serviços de saúde, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde^{6,7}.

Os resultados da Reforma foram oficializados com a promulgação da constituição de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a APS ganha destaque como estratégia de atenção à saúde^{6,8}. Assim, todas as ações de saúde deveriam garantir o direito ao acesso igualitário e integral à saúde; equidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa e direção única em cada esfera de governo⁹. Destaca-se que no Brasil o conceito de APS e atenção básica são sinônimos, pressupondo ser essa similaridade um paradigma da mudança de modelo assistencial e reorganização dos serviços municipais, apontando a Saúde da Família como reordenadora da rede de Atenção à Saúde ^{6,8}.

Como proposta de fortalecimento da assistência à população e mediante indução financeira^{6,8}, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado e expandido pelo Ministério da Saúde (MS), sendo concebido como uma política de abrangência nacional. No percurso de implementação do PSF observou-se que mesmo tendo tido resultados significativos em relação a sua efetividade em diversos indicadores, como a redução da mortalidade infantil, infecção respiratória aguda e da diarreia¹⁰ e de ter sido expandido para todo o território nacional, não houve mudanças expressivas no modelo

de atenção à saúde vigente, com a existência da predominância de um modelo verticalizado, piramidal e com baixa resolutividade¹¹.

Na tentativa de um fortalecimento e priorização do Saúde da Família, o PSF passa a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e transformada numa política de estado prioritária, de reorganização e ordenamento da APS; no intuito de se fazer cumprir, efetivamente, seus princípios e diretrizes, quais sejam: cumprir com o caráter substitutivo em relação a rede de saúde tradicional, atuar de forma territorial com população adstrita, realizar e atuar baseado no planejamento e diagnóstico situacional do território, garantir a integralidade das ações por meio de parcerias com organizações sociais e a interdisciplinaridade dos saberes e possibilitar a construção da autonomia e cidadania dos usuários^{6,12}.

Em 2006, o MS publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), propondo diretrizes e normas para a organização da APS, apontando as responsabilidades de cada nível de gestão, como também as atribuições dos membros da equipe e destacando a infraestrutura e recursos necessários à realização das ações da ESF¹². Essa Política está incluída no Pacto pela Saúde (2006)¹³, sendo resultado de uma série de reordenações promovidas pelo MS no intuito de, também, regulamentar e consolidar a APS.

O Pacto pela Saúde (2006)¹³, conformado pelo Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e do Pacto de gestão, configura-se como uma estratégia para a consolidação do sistema de saúde que visa implementar e qualificar o processo de descentralização da gestão por meio do fortalecimento das pactuações intergestoras. Destaca-se, a priorização da Estratégia Saúde da Família em municípios de pequeno, médio (implantação) e grande (consolidação) porte, coadunado com um financiamento tripartite (municipal, estadual e federal)¹³, nomeado como Piso da Atenção Básica

(PAB), sendo uma parte fixa (valor *per capita*) e outra variável (a depender da implantação de programas ministeriais, a exemplo de: ACS; Saúde Bucal (SB), Saúde Indígena (SI); e Saúde no Sistema Penitenciário)¹².

A partir desse fortalecimento trazido pelo Pacto, a equipe de Saúde da Família (eSF) normativamente passou a ter responsabilidade sanitária por até 4.000 municípios, por meio de uma equipe multiprofissional formada pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), responsáveis pelo cuidado de todo o território adscrito a uma unidade de saúde da família, podendo ou não ter uma equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal). Essa unidade deve ter garantida a infraestrutura (física e insumos) necessária às suas ações e boas condições de trabalho às eSF¹².

Outras discussões foram sendo desenvolvidas, no sentido de endossar o necessário fortalecimento da APS, como: a conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde (COAP). As RAS foram criadas como alternativa ao enfrentamento de um perfil epidemiológico de tripla carga de doenças envolvendo, simultaneamente, infecções, doenças crônicas e causas externas presentes na população mundial e brasileira¹⁴, sendo o papel da APS o de garantir a longitudinalidade e a integralidade do cuidado ao usuário, bem como o seu acesso a outros pontos de atenção das RAS¹⁴.

Já o COAP, estabelecido no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 advém de uma pactuação entre os âmbitos municipal, estadual e da união, objetivando a organização e a integralidade da rede de ações e serviços de saúde, na tentativa de operacionalizar os compromissos assumidos no Pacto pela Saúde. Este acordo se dá a partir de investimentos financeiros nos serviços regionais na tentativa de garantir uma

atenção integral ao usuário. As disposições citadas deverão influenciar diretamente a APS no que tange à sua capacidade de resolutividade¹⁵.

Assim, a PNAB, republicada em 2012, ratifica a relevância da APS para o SUS, coadunando todas as estratégias para seu fortalecimento, e ressalta a necessidade da incorporação de arranjos assistenciais, no intuito de ampliar o escopo das ações realizadas pelas equipes de saúde. Entre esses arranjos podemos destacar:

- Equipes de Atenção Básica para populações específicas: Equipes de Consultório na Rua (eCnaR) e Equipes de Saúde da Família para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense. As eCnaR originaram-se de experiências do Consultório de Rua (1999) no município de Salvador, onde atuavam com usuários de álcool e outras drogas em situação de rua. O eCnaR apresenta-se como política de atendimento a pessoas em situação de rua, proporcionando atenção integral à saúde por meio de uma equipe multiprofissional, sempre vinculados a um serviço de atenção primária¹⁷;
- Programa Saúde nas Escolas (PSE): programa interministerial (saúde e educação) que visa uma formação integral do aluno da rede pública de ensino, tendo como campo de atuação as escolas e creches do município realizando ações de prevenção, promoção e atenção à saúde; sendo a APS a responsável por atuar e acompanhar as ações de saúde nas instituições participantes¹⁸;
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): criado em 2008 pelo MS, com o objetivo de ampliar os escopos das ações da APS e apoiar a integração deste nível de atenção à rede de serviços, atuando diretamente com as eSF¹⁹.

Para Paim & Almeida-Filho (2014), as mudanças trazidas pela PNAB¹⁶ com a incorporação de novos arranjos assistenciais e repactuações no processo de trabalho, devem contribuir na reorganização de ações contextualizadas às necessidades de saúde

da população envolvida²⁰. Entretanto, apesar dos avanços trazidos pela ESF, persistem questões políticas e filosóficas que dificultam seu processo de implementação e qualificação. Os desafios postos são: o enfrentamento das doenças e agravos oriundos da tripla carga de doenças; a superação do modelo de atenção à saúde verticalizado, com clínica compartimentalizada e centrado na doença e não no usuário; e a ampliação da oferta e melhoria da resolutividade da APS, sendo a implantação/implementação do Nasf considerada estratégia fundamental no enfrentamento desses desafios^{21,22}.

1.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi conformado a partir de experiências locais exitosas e debates internos no MS, quando da inserção de outros profissionais de saúde na APS. Essas discussões ocorreram no período de 2003 a 2008, a partir de questionamentos quanto ao modelo de APS brasileiro; da sugestão de uma reflexão sobre sua resolutividade; e, entre o que é real nos municípios e o que está preconizado nas normas^{23,24}.

Concomitante à esse debate do modelo da APS, desde 2004 que a Comissão Intergestora Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde propuseram-se a discutir sobre a inserção equipes matriciais na APS, inicialmente com o nome de Núcleo de Saúde Integral (NSI), que visariam garantir suporte técnico às eSF e compostas por três modalidades: promoção da atividade física e saúde, saúde mental e reabilitação. Teriam como possibilidade de composição: profissional de educação física, monitor/facilitador de práticas corporais, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogo ou psiquiatra, com cobertura de pelo menos dez eSF, exceto na Amazônia Legal com cobertura de pelo menos oito eSF. Esse tipo de Núcleo não chegou a ser implantado²⁵, havendo nova discussão no ano seguinte.

Em 2005 foi proposto uma outra formação de equipe multiprofissional de apoio à APS criada com a denominação de Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF). Diferenciava-se do NSI mediante o objetivo de ampliar a integralidade e a resolubilidade das eSF, fortalecendo a articulação setorial entre os serviços de média complexidade como os Centros de Atenção Psicossocial, Reabilitação e, também a rede intersetorial. Propunha cobertura entre nove e onze eSF²⁶.

Experiências práticas foram dando subsídios para o fortalecimento das configurações normativas do MS. Em 1990, na cidade de Campinas (São Paulo), no intuito de estimular a concretude dos vínculos entre profissionais e usuários, foi implantado um arranjo no processo de trabalho no qual uma equipe multiprofissional poderia dar apoio às equipes de referência de saúde da família²⁷.

Em Camaragibe (Pernambuco), no ano de 1997, a atuação de equipes de saúde mental se destacou junto às eSF, por meio de visitas domiciliares, interconsultas e apoio à construção de grupos na comunidade²⁸. Em 1998 na cidade de Santos (São Paulo), equipes compostas por técnicos em saúde mental atuavam juntos às eSF na discussão de casos, construção de projetos terapêuticos e organização do processo de cuidado da família e do usuário, na área de saúde mental²⁹.

Outras duas experiências aconteceram em Sobral (Ceará). A primeira em 2000, quando da inclusão de equipe multiprofissional com o objetivo de promover qualidade de vida³⁰ e a outra em 2005, quando da implantação de cinco NAISF, a partir de uma adaptação da estratégia já citada anteriormente, contemplando as adequações propostas pelo MS³¹.

Em 2008, o Nasf foi instituído como intervenção pública nacional por meio da Portaria GM/MS n° 154²² e já se apresentou enquanto estratégia de ampliação da abrangência e resolutividade da APS, no plano do Programa “Mais Saúde – Direito de

Todos 2008-2011”, eixo Atenção à Saúde, quando da alocação de metas de implantação com estabelecimento de recurso de forma temporal de 2008 até 2011, tendo garantido custeio para 1.500 Nasf até 2011³².

A inclusão de profissionais de diversas categorias de saúde atuando conjuntamente com as eSF, visa a superação da lógica de atuação da clínica e gestão fragmentadas. Caracteriza o Nasf como uma estratégia inovadora de fortalecimento da APS, devendo atuar com corresponsabilidade junto à eSF, objetivando a construção e/ou efetivação da rede de serviços, o aumento da resolutividade, o fortalecimento da territorialização e a capacidade de gestão integrada no cuidado na APS^{33,34}. A equipe Nasf (eNasf), deve ser composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, sendo a composição de cada equipe definida pelos gestores municipais em função das necessidades do território, vulnerabilidades sociais e econômicas e do perfil epidemiológico, e devem atuar de forma integrada numa percepção de complementaridade de saberes³⁹. Para tal, necessita de profissionais envolvidos e qualificados, do apoio da gestão para a operacionalização desta modalidade de atuação, de uma rede de serviços disponíveis para os usuários, de seguir as diretrizes da APS e de organizar o processo de trabalho na lógica do apoio matricial (AM)²³.

O AM é um arranjo de gestão voltado para a conformação de espaços coletivos organizados, de forma a instituir um espaço de trocas de saberes, tendo como consequência a qualificação da rede de serviços de saúde. Esse arranjo faz parte do campo teórico de um modelo alternativo de Gestão e Atenção à Saúde denominado *Em Defesa da Vida* que apresenta três possibilidades de mudança na forma de atuação: como a reformulação da atividade clínica, do processo de trabalho de saúde e as mudanças das relações entre trabalhadores, usuários e gestores³⁵. Para tanto se deve olhar o sujeito para além da sua doença contemplando os aspectos sociais e subjetivos,

potencializando a capacidade de análise dos envolvidos. Esta forma de compreensão do processo saúde/doença é denominada de clínica ampliada³⁶.

Considerado como um dispositivo da clínica ampliada, o AM possui como conceitos-chaves e instrumentos: 1) referência entendida como uma responsabilização pelo cuidado do usuário e de autogestão coletiva do processo de trabalho da equipe³⁶; 2) responsabilização sanitária; 3) organização do processo de trabalho, compreendendo a coordenação de caso, elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST), ecomapa e genograma, e; 4) conceito de campo e núcleo de prática e saberes³⁵.

Dentre esses conceitos destacamos os que possibilitam a operacionalização do AM, especificamente no Nasf: primeiro os de campo e de núcleo, onde para Cunha & Campos (2011)³⁶ o núcleo refere-se ao específico de cada profissão ou especialidade, enquanto o campo é configurado como uma disponibilidade dos especialistas em compor com outros profissionais, no intuito de alcançar um melhor resultado no seu processo de trabalho. Assim, as eNasf e as eSF devem atuar de forma a se responsabilizarem conjuntamente pelo cuidado do usuário, resultando numa ampliação do olhar clínico e promovendo o fortalecimento da clínica, na perspectiva da atuação integral.

O PTS entendido como um aprofundamento na discussão de casos, por estar relacionado a casos mais complexos, que necessitem de articulação entre diversas ações terapêuticas, por meio de equipe interdisciplinar. É realizado a partir do diagnóstico de caso clínico individual ou familiar em seus aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, seguido da definição de metas, pactuadas com o usuário, de curto, médio e longo prazo. Ao mesmo tempo, são definidos o coordenador do cuidado (coordenador clínico) e os demais responsáveis por cada ação relacionada ao projeto. De modo transversal à sua

execução devem ser realizados momentos de avaliação das propostas que passarão por readequações, caso haja necessidade³⁷.

Já o PST se caracteriza por ser uma intervenção com foco nos riscos e vulnerabilidades presentes em um determinado território. As ações propostas podem estar relacionadas ao setor saúde e/ou intersetorial, abrangendo os indivíduos, as famílias e a comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e promover autonomia de sujeitos e comunidades implicadas²³.

Ecomapa e genograma são instrumentos que visam representar a organização familiar, suas relações e recursos. O genograma aponta para aspectos relacionais do usuário e/ou família nos quais são incluídas as pessoas, suas relações, ocupações, doenças e vulnerabilidades, em uma representação gráfica da organização familiar. O ecomapa demonstra o vínculo entre os membros familiares e o meio social no qual estão inseridos, auxiliando na verificação de padrões familiares³⁸.

Diante destas ferramentas norteadoras para o exercício da Clínica Ampliada, o NASF, enquanto equipe de retaguarda assistencial, tem como equipe de referência (ER) a eSF. Suas ações são realizadas à luz do AM nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica, entendendo a primeira como voltada diretamente ao usuário e a segunda ações de saúde individual e coletiva desenvolvidas com a eSF, numa perspectiva de troca de saberes³⁴ (Quadro 1). Apresenta ainda, o objetivo de desenvolver ações intersetoriais, que visa, segundo Cunha & Campos (2011)³⁶: "limitar a fragmentação da atenção, consolidar a responsabilização clínica, valorizar o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação das redes assistenciais"³⁶.

Quadro 1 - Ações de caráter Clínico-assistenciais e Técnico-pedagógicas propostas para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

| Dimensão do Apoio Matricial | |
|---|---|
| Clínico-Assistencial | Técnico-Pedagógico |
| Atendimentos individuais Atendimentos domiciliares | <ul style="list-style-type: none"> • Visita Domiciliar compartilhada; • Educação permanente; • Reunião de equipe; • Discussão de casos; • Construção de PTS; • Construção de PST; • Atendimento em grupo e domiciliar; • Grupos educativos; • Práticas corporativas; • Encontros comunitários; • Ações para a promoção de modo de vida saudável; • Grupos terapêuticos; • Apoio às ações do PSE; • Ações de educação em Saúde; • Ações Coletivas para produção de cidadania. |

Fonte: Elaboração própria baseada nos Cadernos de Atenção Básica nº 27/2010 e nº 39/2014, Costa (2013); Cunha & Campos (2011).

Diante da conformação do NASF como intervenção, a implantação do NASF foi acompanhada da publicação e reformulação de diversas regulamentações no que diz respeito ao financiamento, territorialização, gestão e adequação do Nasf ao território²². No quadro 2 é possível visualizar as principais normatizações publicadas, bem como seus principais objetivos.

Quadro 2 - Normatizações referentes ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

| Normas | Objetivos |
|---|---|
| Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. | Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. |
| GM/MS nº 409, de 23 de julho de 2008. | Orienta o registro dos profissionais do Nasf no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). |
| Portaria GM/MS nº 2.281, de 1º de outubro de 2009. | Altera a Portaria GM/MS nº 15/2008, que Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf. |
| Portaria GM/MS nº 424, de 03 de dezembro de 2009. | Orienta ao gestor municipal sobre a definição e escolha do estabelecimento onde serão implementados os Nasf. |
| Caderno de Atenção Básica GM/MS nº 27/2010. | Aponta as diretrizes do processo de trabalho do Nasf. |
| Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. | Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, com revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o Intervenção de PACS |
| Portaria GM/MS nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. | Redefine os parâmetros de vinculação dos Nasf Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade Nasf 3, e dá outras providências. |
| Portaria GM/MS nº 562, de 04 de abril de 2013. | Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do PAB Variável. |
| Caderno de Atenção Básica nº 39/2014. | Aponta ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do Nasf. |
| Informativo Nasf - Nº 1 | Relata a interseção entre o Nasf e o Programa de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica |

Fonte: elaboração própria.

Entre as normas apontadas no Quadro 2, duas destacam-se como orientadoras para a implantação e implementação do Nasf: os Cadernos de Atenção Básica (CAB) nº 27/2010 e nº 39/2014. O CAB 27 aponta as primeiras normas para funcionamento dos Nasf e o CAB 39 preconiza modos de efetuar a gestão e ferramentas para o seu processo trabalho. Esses são tidos como documentos orientadores e complementares no que tange às diretrizes, composição profissional, modalidades e financiamento (Quadro 3)²¹.

Quadro 3 - Comparativo entre o Caderno de Atenção Básica nº 27/2010 e nº 39/2014.

| Itens | CAB 27 | CAB 39 |
|--|---|---|
| Possibilidades de Composição profissional | psicólogo; assistente social; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; homeopata; acupunturista; pediatra; psiquiatra; nutricionista; terapeuta ocupacional; profissional da educação física. | Acréscimo de outras possibilidades de profissionais: arte educador; médico ginecologia/obstetra; geriatra; internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional de saúde sanitaria. |
| Modalidades | Nasf 1: composição: mínimo de cinco profissionais de ocupações não-coincidentes; vinculação: de oito à vinte eSF. Nasf 2: composição: mínimo de três profissionais de ocupações não-coincidentes; vinculação: mínimo três eSF e máximo de 7. | Nasf 1: composição: por carga horária, sendo no mínimo 200 horas semanais; vinculação: de cinco à nove eSF/EAB* . Nasf 2: composição: 120 horas semanais; vinculação: mínimo três à quatro eSF. Nasf 3: composição: Mínimo 80 horas semanais; vinculação: mínimo uma à duas eSF. * eSF/EAB: eSF, eCR, equipe ribeirinha e fluvial. |
| Financiamento | Custeio: Nasf 1 R\$ 20.000,00 Nasf 2 R\$ 6.000,00 Implantação: Nasf 1 R\$ 20.000,00 Nasf 2 R\$ 6.000,00 | Custeio: Nasf 1 R\$ 20.000,00 Nasf 2 R\$ 12.000,00 Nasf 3 R\$ 8.000,00 Implantação: Nasf 1 R\$ 20.000,00 Nasf 2 R\$ 12.000,00 Nasf 3 R\$ 8.000,00 |
| Diretrizes | Integralidade; Território; Educação popular em saúde; Interdisciplinaridade; Participação social; Educação Permanente em Saúde; Humanização; Promoção da Saúde. | Inserção novas diretrizes: Responsabilidade Sanitária; Trabalho em equipe. |

Fonte: Elaboração própria baseada nos Cadernos de Atenção Básica nº 27/2010 e nº 39/2014.

É importante destacar que o processo de implantação e da forma de atuar do Nasf é de responsabilidade municipal, o que, de acordo com diversos autores^{21,40}, pode dificultar o alcance dos objetivos do Nasf na sua plenitude.

Na busca de identificar essas dificuldades encontradas no território e qualificar o processo de trabalho da APS foi implantado, em 2011, pelo MS o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O Programa é composto por três etapas: auto-avaliação das equipes de saúde, avaliação externa e análise de indicadores pactuados no momento do credenciamento. Após as etapas, o município recebe recurso a partir do seu desempenho⁴¹.

O Nasf foi incluído no PMAQ-AB⁴² em 2013, que define o valor de repasse mensal para as equipes de atenção básica. Essa inclusão, além de fortalecer a institucionalização da avaliação na APS, contribui para o processo avaliativos das eNasf, apontando critérios referentes ao processo de trabalho, educação permanente e monitoramento e avaliação⁴². Essa inserção do Nasf no PMAQ-AB e o conteúdo normativo publicado no CAB nº 39/2014 propiciam um campo fértil para pesquisas no desta intervenção.

Entendendo o Nasf como uma intervenção no campo da saúde, que objetiva mudar a realidade posta, e; tendo como premissa que os processos de monitoramento e avaliação são fundamentais para sua qualificação, é imperioso a escolha de um estudo avaliativo que possa gerar informações potenciais para os atores envolvidos e ampliar sua capacidade de análise crítica sobre o objeto.

Destaca-se que após sete anos de implantação nacional do Nasf, não se tem, ainda, a definição de critérios/indicadores, como também instrumentos e fluxos de avaliação, reconhecidos e legitimados entre os envolvidos, que reflitam sua

operacionalização em municípios brasileiros. (RODRIGUEZ; LEÃO; SOUZA, 2014; FELISBERTO; ALVES; BEZERRA, 2010).

1.3 Estudo de Avaliabilidade

A avaliação em saúde vem se constituindo numa importante ferramenta para o aprimoramento do processo decisório na gestão pública, com o intuito de acompanhar seu planejamento e execução⁴³.

Para avaliar esta intervenção faz-se necessário um estudo exploratório, com o intuito de desenvolver uma análise sistemática e inicial na teoria e na prática, podendo assim, eleger prioridades de estudo avaliativo, garantir a delimitação do foco avaliativo e promover consensos entre os interessados sobre seus aspectos principais. Destaca-se a importância do consenso, enquanto uma conformidade de opiniões, a partir de uma multiplicidade de compreensões acerca de uma temática, visando a formulação de uma imagem-objetivo advinda de um julgamento de valor⁴⁴. O estudo de avaliabilidade (EA) apresenta-se como uma abordagem metodológica adequada as necessidades expostas acima.

O EA caracteriza-se como um ponto inicial do processo de avaliação de uma intervenção, no intuito de visualizar se há possibilidade de realização de um processo avaliativo; quais são os aspectos que deverão ser avaliados, contribuindo com os processos de tomada de decisão⁴⁴.

Segundo Wholey (2010)⁴⁵, um EA objetiva identificar se a intervenção está pronta para uma avaliação que seja útil ao seu proponente e não se a mesma pode ser avaliada, na medida em que qualquer intervenção pode ser avaliada. Destaca-se que essa metodologia não se restringe a um procedimento técnico aplicado apenas ao início da

avaliação, podendo ser utilizada sempre que se faça necessário para revisão e planejamento das avaliações⁴⁶.

Aponta-se que para ser realizado um EA há seis etapas^{45,46} a serem seguidas, a saber:

- 1) Identificação dos interessados (*stakeholders*): o avaliador deve revisar documentos relevantes para a intervenção e em seguida identificar interessados/envolvidos no EA;
- 2) Esclarecimento da concepção da intervenção: realizada a revisão de documentos o avaliador destacará as principais atividades e resultados, a fim de esclarecer a concepção da intervenção para os interessados, compondo assim o modelo teórico-lógico da intervenção. Esse é entendido como um produto do EA, porém pode constar em outros estudos avaliativos;
- 3) Exploração da realidade da intervenção: nesse momento ocorrerá uma comparação entre o modelo teórico-lógico e a realidade da intervenção, visando identificar se o modelo corresponde ao que está sendo implementado e se existem possibilidades de se alcançar os objetivos propostos pela intervenção. Para isso conta-se com três fontes de informação: documentação existente sobre a intervenção, visitas *in loco* ou entrevistas e encontros para discussão com profissionais envolvidos;
- 4) Análise da plausibilidade da intervenção: com o resultado da comparação do item anterior será realizada uma estimativa aproximada, referente a se as atividades da intervenção alcançaram os resultados esperados;
- 5) Acordo sobre possíveis mudanças no desenho da intervenção: avaliador e interessados irão analisar o modelo da intervenção e observar se existe necessidade de alteração na concepção da intervenção ou no seu processo de implementação;
- 6) Foco da avaliação e o uso pretendido: acordo sobre quais serão as prioridades da avaliação e sobre o que será realizado com os resultados do estudo.

Enquanto resultado, a modelização do programa irá permitir o conhecimento implícito e explícito dos atores envolvidos, pois irá documentar o sentido do programa e as relações causais entre as estruturas, os processos e os resultados. O modelo teórico-lógico (MTL) representa a lógica existente entre as causas imediatas e distais focalizadas pelo programa⁵³, servindo como subsídio para a avaliação de intervenções, bem como facilita a construção de instrumentos avaliativos efetivos⁵⁸.

De forma a trazer robustez aos estudos de Avaliabilidade, alguns autores recomendam o uso de técnicas de consenso de modo a partilhar e legitimar entendimento sobre os critérios, indicadores e parâmetros a serem utilizados no monitoramento e na avaliação⁴⁸. São esses itens que permitirão a efetivação de um julgamento de valor. Os critérios são atributos referentes à estrutura, ao processo e ao resultado utilizados para medir o programa ou algum componente. Já os indicadores são elementos quantitativos ou qualitativos que medem a ocorrência de um dado estando relacionados aos critérios adotados e o parâmetro é tido como um valor de referência ideal para medir um objeto⁴⁹.

Souza et al. (2005) apontam diversas técnicas para o alcance do consenso entre os interessados, tais como o comitê tradicional, o grupo nominal, o júri simulado, a técnica *Delphis* e a conferência de consenso⁴⁴. O comitê tradicional utiliza a discussão temática entre os interessados apresentando como vantagem a permuta de ideias e a exposição de opiniões, porém ao mesmo tempo permite a possibilidade de coação de ideias entre os envolvidos. O grupo nominal acontece a partir de uma questão condutora cuja resposta é exposta de forma anônima; permite expressão da opinião entre todos os envolvidos, porém sem aprofundamento e só poderá ser trabalhada uma questão por grupo⁴⁴.

O júri simulado permite a discussão de uma questão científica por meio de uma interpretação de papéis entre eles: juiz, jurados, advogados de acusação e defesa. Apesar de disponibilizar espaço para uma discussão aprofundada, requer uma logística sofisticada e corre-se o risco de que os participantes deem mais valor ao jogo do que a busca do consenso. A conferência de consenso é uma técnica mista, que tem como pontos positivos a oportunidade da discussão aberta e a preservação do anonimato quando da realização de etapas individuais⁴⁴.

A técnica *Delphis* consiste em uma participação igualitária de todos os interessados na busca de um consenso de problemas complexos, poucos explorados ou consolidados, a partir de uma análise subjetiva de programas, intervenções ou problemas de saúde subsidiando processos avaliativos^{50,51,52}. Esses interessados seriam pessoas que possuem experiência e/ou conhecimentos técnicos, científicos ou práticos acerca de um tema⁵³, que por meio eletrônico irão pontuar notas de 0 (zero) a 10 (dez) a cada item contido no documento enviado. As respostas são tratadas estatisticamente e os resultados repassados para os envolvidos, até que se alcance um grau de consenso satisfatório⁴⁴.

A nomenclatura *Delphis* deriva da palavra Delfos, advinda da mitologia grega, sendo esse o local onde os gregos iam escutar as profecias do deus Apolo⁵⁴. Foi utilizada pela primeira vez em 1952, para captar informações sobre experimentos de planejamento estratégico soviético, no intuito de estimar o custo/benefício entre o número de bombas e a produção de munições. A partir da década de 1960 foi utilizada em estudos na área empresarial, educação, sociologia, em implantação de novas tecnologias e no campo da saúde⁵⁵. Na saúde, os estudos focavam nos consensos sobre demandas educacionais, condutas clínicas, padrões de qualidade da assistência farmacêutica e adequação de indicadores⁵⁰.

Segundo Souza, Silva e Hartz (2005)⁵⁴, uma das principais vantagens da técnica é eliminar a possibilidade da ocorrência de ‘argumentos de autoridade’ e de problemas de relacionamento pessoal, bem como a possibilidade de ampla participação de pessoas de diversas especialidades e localizações geográficas; a utilização do tempo para análise individual e a redução de custo por ser o processo todo por meio eletrônico^{54,55}. Uma das desvantagens é não permitir discussão e interação entre os colaboradores; perda dos interessados durante o estudo, e; tempo oportuno para a devolução dos questionários, que pode ser demorado^{44,54}.

II. JUSTIFICATIVA

Assim, considerando:

- A implantação das Redes de Atenção à Saúde no território nacional que propõe a APS como coordenadora do cuidado;
- A recente implantação do Nasf no país (em 2008) e implantação no município do Recife em 2010;
- A incipiente literatura científica sobre estudos avaliativos, tendo como objeto o Nasf;
- A pouca sistematização de indicadores e parâmetros municipais para monitoramento e avaliação do Nasf;
- E a possibilidade de realização de estudo com finalidade formativa, no intuito de obter informações que melhorem a intervenção durante sua implementação.

O presente estudo justifica-se pela contribuição, no que se refere à produção de informações válidas, que possam potencializar/favorecer a gestão municipal e com qualificação do processo de tomada de decisão voltada para uma melhoria da APS, bem como incentivar a prática avaliativa na instituição.

Esse estudo terá como finalidade responder o seguinte pressuposto: a definição de critérios e indicadores para avaliação do Nasf por meio da técnica de consenso, envolvendo os principais interessados na intervenção, pode contribuir para o desenvolvimento de planos de monitoramento e avaliação do Nasf.

III. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar os consensos acerca de critérios e indicadores para monitoramento e avaliação.

3.2 Específicos

- a) Sistematizar o modelo teórico-lógico do Nasf;
- b) Elaborar critérios e indicadores para avaliação do Nasf;
- c) Consensuar os critérios e indicadores propostos para a avaliação do Nasf.

aos aspectos socioeconômicos, coexistindo em um mesmo DS áreas de elevadas de riqueza com bolsões de pobreza⁵⁶.

Em relação aos serviços de saúde, específicos da APS, tem-se que a cobertura da ESF no município corresponde a aproximadamente 58%. Até 2013 a cobertura de equipe Nasf para as eSF era de 100%, porém após normatização ministerial, que implicou em uma redefinição do número de eSF vinculadas à equipe Nasf, a cobertura no município passou a ser de 61,4%^{57,58}. O município conta com 20 equipes de Nasf, vinculadas a 167 eSF distribuídas pelos diversos DS, conforme tabela 1⁵⁷.

Tabela 1 – Distribuição de equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família e equipe Saúde da Família, vinculadas, por Distrito Sanitário, 2015.

| Número de equipes/DS | DS I | DS II | DS III | DS IV | DS V | DS VI | DS VII | DS VIII | TOTAL |
|--------------------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| Número de eNasf | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 20 |
| Número de eSF | 17 | 46 | 6 | 40 | 33 | 27 | 48 | 55 | 272 |
| Número de eSF coberta por Nasf | 17 | 24 | 6 | 26 | 24 | 17 | 29 | 24 | 167 |
| Cobertura Nasf | 100% | 52% | 100% | 65% | 73% | 63% | 60% | 44% | 61,4% |

Fonte: Projeto para Credenciamento do Nasf da Cidade do Recife, Janeiro de 2015.

As equipes Nasf municipais estão categorizadas na modalidade 1, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.124/2012⁵⁸, distinguindo-se em quatro perfis (quadro 4) de equipes Nasf estabelecidos a partir de um diagnóstico do território, considerando critérios como: Rede de Atenção do Recife, perfil sócio demográfico e epidemiológico dos distritos sanitários, demandas e configurações atuais das equipes, proximidade das Unidades de Saúde da Família, ponto de apoio para as equipes Nasf e carga horária dos profissionais⁵⁷.

Quadro 4 – Perfil das equipes Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município do Recife, 2015.

| Tipo Nasf | Perfil Sócio demográfico e epidemiológico | Rede de Atenção à Saúde | Composição eNasf |
|------------------------------|---|---|---|
| Saúde Mental – TIPO 1 | Transtorno mental/Alcool e outras drogas; População em situação de rua/ vulnerabilidades sociais/ violência; Zonas Especiais de Interesse Social. | Área descoberta de Centros de Apoio Psicossocial-24h e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial; Interface com o Programa Consultório na Rua; Cobertura da Farmácia da Família. | 1 Psicólogo; 1 Terapeuta Ocupacional; 2 Assistentes Sociais; 1 Fonoaudiólogo; 1 Fisioterapeuta; 1 Nutricionista; 1 Psiquiatra. CH Total = 220h |
| Saúde Mental – TIPO 2 | Transtorno mental/Alcool e outras drogas; População em situação de rua/ vulnerabilidades sociais/ violência; Zonas Especiais de Interesse Social | Área coberta de Centros de Apoio Psicossocial-24h e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial; Programa Consultório na Rua; Cobertura da Farmácia da Família. | 2 Psicólogos; 2 Terapeutas Ocupacionais; 1 Assist. Social; 1 Fisioterapeuta; 1 Nutricionista. CH Total = 200h |
| Reabilitação | Hipertensão arterial/diabetes; Hanseníase; Sequelas neurológicas; Doenças reumáticas; Deficiências, acamados e idosos | Baixa cobertura de Centros de Referência em Reabilitação/ Unidade de Pronto Atendimento em Especialidades; Ampla cobertura do Programa de Saúde na Escola. | 1 Psicólogo; 1 Terapeuta Ocupacional; 2 Assistente Social; 2 Fisioterapeutas; 1 Fonoaudiólogo; 1 Nutricionista. CH Total = 200h |
| Geral | Ênfase nas áreas de saúde mental e Reabilitação | Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial; Programa de saúde na escola; Centro de Reabilitação/ Unidade de Pronto Atendimento em Especialidades. | 1 Psicólogo; 1 Terapeuta Ocupacional; 1 Assistente Social; 1 Fisioterapeuta; 1 Fonoaudiólogo; 1 Nutricionista; 1 Farmacêutico. CH Total = 220h |

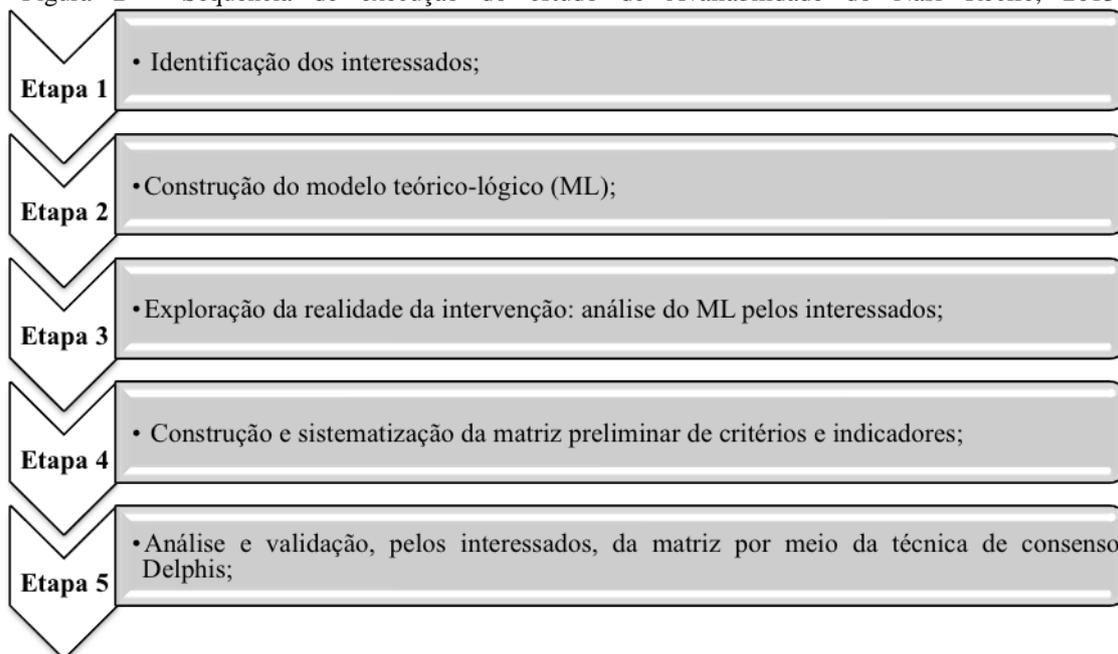
Fonte: Adaptado do Projeto para Credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Cidade de Recife, Janeiro de 2015.

A gestão do Nasf, integrante da Gerência de Atenção Básica, é realizada por meio de uma coordenação municipal e uma coordenação espelho em cada DS.

4.3 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi executado no período de fevereiro a dezembro de 2015, sendo a coleta de dados referente aos meses de agosto a outubro de 2015. Esta se deu em cinco etapas, de acordo com a figura 2.

Figura 2 – Sequência de execução do estudo de Avaliabilidade do Nasf Recife, 2015.



4.3.1 Etapa 1 - Identificação dos informantes-chave

A identificação dos informantes-chave foi realizada mediante vinculação com o Nasf do ponto de vista da inserção em atividades de pesquisa, ensino, gestão e atuação profissional. Justifica-se tal escolha, pois nesse trabalho utilizou-se uma técnica de consenso que exige dos participantes conhecimento aprofundado teórico-prático sobre o objeto em questão.

Foram convidados os seguintes representantes:

- Um apoiador institucional da APS municipal, com mínimo de dois anos de atuação nesse campo;
- Quatro gestores municipais, sendo esses: coordenador municipal e coordenador distrital Nasf, Gerente da APS, Secretária Executiva de Atenção à Saúde;
- Sete profissionais do Nasf, de ocupações não coincidentes, atuantes no município de Recife – PE, com mínimo de dois anos de atividade, dos oito distritos existentes;

- Um residente em Saúde da Família, que realizasse estágio nas unidades de Saúde da Família com cobertura de eNasf, no município de Recife – PE;
- Seis profissionais de eSF municipais (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal ou técnico em higiene bucal e cirurgião dentista), com mínimo de dois anos de trabalho na APS em unidades de Saúde da Família com cobertura de eNasf, de distritos diversos;
- Um representante da Superintendência de Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde e um representante da atenção primária do Ministério da Saúde, que desenvolvam trabalhos técnicos e teóricos na temática Nasf;
- Três profissionais de instituições de ensino que atuem com linhas de pesquisa envolvendo APS e/ou Nasf.

Quanto à identificação dos interessados, foi solicitado à coordenação municipal do Nasf que indicasse os profissionais das equipes de saúde da família, das eNasf e o apoiador institucional. O residente em Saúde da Família foi convidado por meio da Coordenação da Residência da Universidade Federal de Pernambuco. Os profissionais do Estado de Pernambuco, do MS e instituições de ensino foram convidados diretamente pela pesquisadora.

4.3.2 Etapa 2 - Construção do modelo teórico lógico do Nasf Recife

Para sua elaboração foram seguidas as seguintes subetapas:

A – Revisão de documentos: análise de documentos oficiais do MS, a saber: Portarias, Cadernos de Atenção Básica referentes ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família, sua implantação, implementação e avaliação, dissertação e documento oficial do município de Recife sobre o Nasf (Quadro 5). Essa análise possibilitou a

identificação dos objetivos da implantação do objeto, seus componentes, atividades, produtos e resultados esperados.

Quadro 5 – Documentos utilizados na sistematização do modelo teórico lógico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Recife, 2015.

| Documento | Conteúdo | Ano de Publicação |
|--|---|-------------------|
| Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. | Cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. | 2008 |
| Caderno de Atenção Básica nº 27/2010. | Aponta diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. | 2010 |
| Plano Municipal de Saúde. | Explicita o Plano Municipal de Saúde do Recife 2010-2013. | 2010 |
| Política Nacional de Atenção Básica. | Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. | 2012 |
| Portaria GM/MS nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. | Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade Nasf 3, e dá outras providências. | 2012 |
| Portaria GM/MS nº 548, de 4 de abril de 2013. | Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) modalidade 1, 2 e 3. | 2013 |
| AMAQ-Nasf. | Implanta o Intervenção de Melhoria de Acesso e da Qualidade - PMAQ – Nasf. | 2013 |
| Caderno de Atenção Básica nº 39/2014. | Aponta o volume 1 sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para gestão e trabalho cotidiano. | 2014 |
| Dissertação: ZEPEDA, J. Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária | Contribui para o desenvolvimento de modelos e instrumentos para avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na atenção primária. | 2013 |
| Artigo científico: ANDRADE, A.F. ET AL. Avaliação das ações da Fonoaudiologia no Nasf da cidade do Recife. <i>Audiol Commun Res.</i> n. 19(1), p. 52-60, 2014. | Objetiva: avaliar as ações da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família da Cidade do Recife (PE) | 2014 |
| Projeto para Credenciamento do Nasf da Cidade do Recife | Projeto para credenciamentos de mais equipes Nasf para o município do Recife junto ao Ministério da Saúde. | 2015 |

Fonte: elaboração própria.

B - Estruturação dos dados: após análise documental foi proposto um modelo teórico lógico preliminar da intervenção, com seus componentes, insumos necessários, atividades, produtos esperados, os resultados intermediários e o impacto⁷¹.

4.3.3 Etapa 3 - Exploração da realidade da intervenção

A partir deste MTL foi realizada uma consulta a quatro informantes-chaves (um gestor municipal, dois profissionais Nasf e um profissional da academia), por meio de um encontro presencial e individual, para complementação das informações, verificação de sua coerência interna, definição clara dos objetivos da intervenção e das atividades realizadas para alcançar os objetivos, estrutura necessária e resultados esperados da intervenção. Sendo os colaboradores orientados a fazer suas considerações, inclusive podendo sugerir mudanças, seja na forma de acréscimos ou retiradas de itens. Os comentários foram discutidos e anotados, sendo as sugestões de mudança incorporadas no modelo, posteriormente. O modelo teórico lógico extenso encontra-se no Apêndice A.

4.3.4. Etapa 4 - Construção da matriz preliminar de critérios e indicadores

Essa matriz tem como função ser a referência para os processos de monitoramento e avaliação do Nasf Recife. Seu desenho foi de fundamental importância, uma vez que instituir um processo avaliativo requer a definição de critérios (o que se vai observar), indicadores (que permitem verificar se e como acontece o que se quer observar) e parâmetros (que permitem julgar o que se observa), sendo apontadas as fontes de informação a serem consideradas⁵⁹.

A matriz de critérios e indicadores (Apêndice B) foi gerada a partir do modelo teórico lógico, mediante a definição de indicadores de estrutura, os recursos necessários para o desenvolvimento das ações (insumos, equipamentos, recursos humanos, veículos, entre outros) e de processo de trabalho (atividades).

4.3.5 Etapa 5 - Análise e validação da matriz de critérios e indicadores.

Para a validação da matriz, utilizou-se a técnica de consenso *Delphi*.

A matriz de critérios e indicadores, foi elaborada a partir da pactuação junto aos interessados, a respeito do modelo teórico lógico, que foi respondida pelos participantes, individualmente. As respostas foram tratadas estatisticamente e os resultados, repassados aos participantes. Essa técnica consistiu no alcance de um grau satisfatório de consenso, no qual os participantes opinaram sobre a pertinência e o peso dos critérios e indicadores estabelecidos. Os mesmos foram orientados sobre a possibilidade de sugestão de novos critérios ou modificações naqueles apresentados⁴⁴. A Matriz foi enviada via correio eletrônico aos interessados, juntamente com uma mensagem explicativa sobre os objetivos da pesquisa (Apêndice C) e o retorno dos resultados. Os aspectos éticos serão postos no item específico.

Como critério de análise dos dados foram utilizados pontos de corte elaborados e validados em estudo por Souza e colaboradores (2005)⁴⁴. Cada interessado escolheu, para cada indicador, uma nota de zero a dez, após isso, calculou-se a média e seu respectivo desvio padrão; onde a média indicará o grau de importância e o desvio padrão representará o nível de consenso de cada indicador⁴⁴. O ponto de corte para a média foi estabelecido em sete (07) e para o desvio padrão fixado em três (03)^{44,60}.

Orientou-se aos interessados a possibilidade de sugestão de novos critérios e indicadores ou modificações naqueles apresentados. Também foi solicitado que comentassem sobre os parâmetros e fontes de informação, porém esses itens não seriam pontuados.

A relevância dos indicadores foi assim classificada: 1) Consensualmente importante (grau de consenso elevado): média igual ou maior que sete, bem como seu desvio padrão inferior a três; 2) Consensualmente pouco importante (baixo grau de importância): média inferior a sete e desvio padrão inferior a três; 3) Importante com dissenso: média superior ou igual a sete e desvio padrão maior ou igual a três, pois

representará aspectos de discordância; 4) Pouco importante com dissenso: média inferior a sete e desvio-padrão superior ou igual a três^{44,60}.

A análise dos dados ocorreu por meio de tabulação no programa *Excel* da *Microsoft® for Mac* 2011 versão 14.4.4. Os dados foram apresentados em forma de tabela.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral, Prof. Fernando Figueira, de acordo com as recomendações da resolução nº 466/2012, sob o registro 4601 (Anexo 1) e os interessados foram convidados a participarem mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Apêndice D.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família advém de uma análise de trabalhadores e gestores acerca de uma baixa resolutividade da Atenção Primária, o que fez com que equipes multiprofissionais fossem agregadas às equipes de saúde da família, enquanto estratégia de fortalecimento nas suas atividades de promoção, prevenção e cura, tanto individual quanto coletiva. E tem por característica a construção de espaços de cogestão onde todos os envolvidos atuam diretamente no fortalecimento do Nasf, entendendo o papel do gestor desde a sua implantação quando da escolha do perfil e lotação das equipes até a sua implementação pelos trabalhadores Nasf e eSF.

Para garantir um melhor desenvolvimento da gestão e processo de trabalho do Nasf, faz-se necessário a instituição de processos avaliativos que podem esclarecer aspectos da intervenção, bem como propiciar uma melhor tomada de decisão pelos gestores e profissionais da APS.

A pré-avaliação ou avaliabilidade, é conferida como uma etapa primordial para o planejamento de perguntas de pesquisa e elenco de critérios, indicadores e padrões. Os resultados revelaram que o Nasf municipal encontra-se adequado para a realização de processos avaliativos, pois o modelo lógico demonstrou que a intervenção possui condições de alcance das metas e objetivos, e; as etapas realizadas neste estudo conferiram validade ao consenso pelo alto grau de importância e baixo desvio-padrão.

Diante disso, algumas recomendações se fazem necessárias, a saber:

- Como descrito na introdução da pesquisa, um Estudo de Avaliabilidade possui seis etapas. A última dessas etapas se dá a partir da apresentação dos resultados onde os interessados irão definir quais serão as prioridades de avaliação e sobre o que será realizado com os resultados obtidos. Diante disso, este estudo não se propôs a chegar até esta etapa, porém considera importante a realização desse

- momento com intuito de divulgar os seus resultados e garantir seu uso, bem como abrir espaços para a realização de outros estudos avaliativos;
- Realizar atualização periódica do modelo teórico lógico da intervenção, pois ele se apresenta como uma imagem-objeto no momento da realização da pesquisa;
 - Sinalizar a matriz consensuada, como instrumento construído com os interessados, visando o desenvolvimento de estudos avaliativos, bem como de ser uma ferramenta útil na organização e implementação dessa política no âmbito municipal.
 - Utilizar os resultados de nível de consenso e grau de importância, dos critérios e indicadores, como um sinalizador de alguns processos que precisam ser melhor implementados pelos gestores;
 - Sensibilizar os profissionais Nasf e eSF, por meio de um processo de educação permanente, sobre a importância do bom uso dos instrumentos de registro, bem como certificar que os gestores realizem o *feedback* das análises produzidas por esses critérios e indicadores;

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 2011 maio; 20 (4): 867-874.
2. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010 jun; 15(5):2307-2316.
3. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Alma-Ata; 1978. [acesso em 08 set. 2014]. Disponível em: [1http://Delphis.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1](http://Delphis.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1).
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Ottawa; 1986.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde. 2002: 19-100.
6. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2006 jun; 22(6):1171- 81.
7. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa Saúde da Família: pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic.* 2004 set - 2005 fev; 9 (16): 39-52.
8. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúdeda Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2013; 18(1): 221-232.
9. Brasil. Portaria nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 19 set 1990; Seção 1. p. 1-3.

10. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the Impact of 100 the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60(1): 13-19.

11. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referencia: Uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007 fev; 23(2):399-407.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF; 2006.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação – Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão/ Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2006.

14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010 jun; 15(5):2297-2305.

15. Brasil. Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080/90 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 29 jun 2011; Seção 1. p. 1-3.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF; 2012. 110 p.

17. Jorge JS, Conadi-Webster CM. Consultório de Rua: Contribuições e desafios de uma prática em construção. *Sau.&Transf. Soc*. 2012; 1(3):39-48.

18. Brasil. Decreto n.6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa na Escola – PSE, e da outras providências. Diário Oficial da União[DOU]. Brasília, 6 dez 2007; Seção 1.
19. Brasil. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União[DOU]. Brasília, 25 jan 2008; Seção 1.
20. Paim JS, Almeida-Filho NA, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. Cap. 21 e 25.
21. Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, Magalhães FC; Souza FF, Rocha AMOR, Souza Neto AA, Sobrinho GDO. O Nasf como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. Rev. Bras. Ciências da Saúde. 2012; 16 (3): 317-324.
22. Pasquim HM, Arruda MSB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. Corpus et Scientia. 2013 jul-dez ; 9 (2): 34-44.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. (Cad Atenção Básica, n. 39). Brasília, DF; 2014.
24. Patrocínio SSSM. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Proposta nacional e a implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2012.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleos de Saúde Integral (versão 14). Brasília: MS; 2005. No prelo 2005
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1065/GM, de 4 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. [acesso 04 de out de 2015].

Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1065.htm>.

27. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4:393-404.
28. Casé, V. Saúde Mental e sua interface com o programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe in *Saúde Loucura Saúde Mental e Saúde da família*. Hucitec Editora. 2001; 121-136.
29. Souza, FR. Processo de construção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) na atenção básica do estado do Ceará. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2013.
30. Andrade LOM, Barreto IC, Delphis, C, Goya N. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. *SANARE*. 2004; 5(1): 9-20.
31. Soares VMM, Dias QPH, Parente FL, Andrade AJMG, Arruda MAA. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família - SINAI. *Saúde Soc*. 2007; 16(1): 165-171.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011*. Brasília, DF; 2008.
33. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CELO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde debate*. 2013; 37(99): 672-680.
34. Nascimento, DDG, Oliveira, MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2010; 34(1): 92-96.

35. Coelho IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: Campos GW, Guerrero AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 96-131.
36. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde Soc. 2011 jul; 20 (4): 961-970.
37. Brasil. Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF; 2007.
38. Novaes MRCG. Conflito intergeracional na família. Relato de um projeto terapêutico singular. Com. Ciências Saúde. 2012; 24(2):169-178.
39. Costa MMTL. O núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): contextualização de sua implantação na Atenção Básica à Saúde no Brasil. [conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília, 2013.
40. Menezes CA. Implantação do núcleo de Apoio ao programa de Saúde da Família (Nasf) em Olinda: estudo de caso. [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2011.
41. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al . Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2015 Jun; 15(2): 171-180.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria e da qualidade da Atenção Básica – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. AMAQ-NASF. Brasília, DF; 2013.

43. Brousselle A, organizadora. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.p. 44.
44. Souza LE, Vieira da Silva L, Hartz ZMA. Conferência de Consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva L. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de intervenções e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005. p. 65-100.
45. Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE. Handbook of practical program evaluation. 3.ed. United States of America: Jossey-Bass; 2010. p. 81-91.
46. Mendes MFM, Cazarin G, Bezerra LCAB, Dubeux LS. Avaliabilidade ou pré-avaliação de um Programa. In: Samico I, colaboradores. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 57-64.
47. Oliveira LGD, Natal S, Felisberto E, Alves CKA, Santos EM. Modelo de avaliação do intervenção de controle da tuberculose. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(1):997-1008.
48. Higa EFR, Hafner MLMB, Tonhom SFR, Taieiro EF, Moreira HM, Guimarães APC, Pinheiro OL. Indicadores de Avaliação em Gestão e Saúde Coletiva na Formação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica: 2013; 37(1):52-59.
49. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico, I. Interpretação e Análise das Informações: O uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: Samico I. Organizadores. Saúde Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. P. 89-108.
50. Magarinos-Torres R, Osório-de-Castro CGS, Pepe VLE. Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(8):1791-1802.

51. Witt RR, Roos MO, Carvalho NM, Silva AM, Rodrigues CDS, Santos MT. Professional competencies in primary health care for attending to older adults. *Rev. esc. enferm. Universidade de São Paulo*. 2014; 48(6):1020-1025.
52. Junges JR, Zóboli ELCP, Schaefer R, Nora CRD, Basso M. Validação da compreensibilidade de um instrumento sobre problemas Éticos na atenção primária. *Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre*. 2014; 35(1): 148-156.
53. Esher Â, Santos EM, Magarinos-Torres R, Azeredo TB. Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 Jan; 17(1): 203-214.
54. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev RENE*. 2012; 13(1):242-51.
55. Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Rev. esc. enferm. Universidade de São Paulo*. 1999; 33(3):207-216.
56. Recife. Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Recife; 2010.
57. Recife. Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde. Gerência de Atenção Básica. Projeto de credenciamento Nasf Recife. Recife; 2015.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade Nasf 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília, 29 dez 2012; Seção 1.

59. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais / Use of theoretical models in the health evaluation: conceptual and operational aspects. In: Hartz ZMA, Casotti LMV. Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de intervenções e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.41-63.
60. Silva GS. et al. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2012; 12 (4):445-458.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Modelo teórico lógico Núcleo de Apoio à Saúde da Família

| COMPO NENTE | ESTRUTURA | PROCESSO | RESULTADO CURTO PRAZO | RESULTADO MÉDIO PRAZO | RESULTADO FINAL |
|--|---|---|---|---|---|
| GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO | Recursos humanos com formação adequada | Provisão de material de proteção individual (protetor solar, bata, colete, crachá) | Profissionais em condições seguras de trabalho | Melhoria dos resultados sanitários no território | Aumento da retaguarda especializada e resolutividade das eSF |
| | Recursos financeiros tripartite | Promoção de atividades de educação permanente em saúde | Qualificação da atuação profissional | Melhoria no processo de tomada de decisão | |
| | | Promoção de atividades de educação continuada | | | |
| | Equipamentos/ Material permanente | Análise da situação, social e epidemiológica do território municipal para dimensionamento, composição e atuação das eNASF. | Equipes NASF com capacidade de atuação condizente com a realidade local | Aperfeiçoamento e qualificação do NASF | |
| | Insumos e Recursos materiais para atividades coletivas, educativas e clínicas | Realização de reunião periódica de, monitoramento e avaliação das ações entre coordenação distrital e eNASF | Melhoria do conhecimento dos atores em relação ao NASF Acompanhamento periódico do desenvolvimento das ações | | |
| | | Produção conjunta de boletins informativos | Melhoria da disseminação da informação | | |
| | | Produção de Material Educativo para eSF e usuários | | | |
| | Normas e diretrizes clínicas (protocolos e linhas-guia) | Realização de reunião periódica de planejamento, monitoramento e avaliação das ações eNASF | Melhoria da coordenação das ações entre eSF e eNASF | Ampliação do conhecimento teórico-prático dos profissionais da eNASF | |
| | | Construção de agenda integrada e disponibilização para as eSF vinculadas | | | |
| | | Definição compartilhada de protocolos, fluxos e atribuições dos profissionais da eNASF (atividades de campo e núcleo de saber) | | | |
| | Telessaúde | Elaboração, em conjunto com a eSF, de protocolos de acesso à rede e de fluxos de referência e contra-referência | | | |
| | Prontuário da Família | Registro das ações da eNASF nos instrumentos oficiais (planilhas municipais, sistema de informação da atenção básica (SIS-AB) e protocolo familiar) | melhoria da qualidade da informação no território | | |
| | Espaço físico para atividades compartilhadas; | Cooperação técnica com instituições de ensino e pesquisa | Aumento da produção técnico científica sobre NASF | Fortalecimento da integração ensino-serviço | |
| | | | | Fortalecimento do ensino, pesquisa e extensão favorecendo ao município, a unidade acadêmica, estudantes e aos profissionais de saúde envolvidos na preceptorial do NASF | |
| | Veículo compartilhado | | | | |
| Sistema de informação integrado à APS; | Publicação técnica-científica por técnicos e/ou gestores do município | | Fortalecimento da cogestão | | |
| Ouvidoria; | | Maior envolvimento dos profissionais e dos usuários nas ações de saúde | Incremento de ações Intra e intersetoriais | | |
| Ponto de Apoio | Análise das demandas encaminhados pela ouvidoria em conjunto com a eSF | | | | |

| COMPO NENTE | ESTRUTURA | SUBCOM PONENTES | PROCESSO | RESULTADO CURTO PRAZO | RESULTADO MÉDIO PRAZO | RESULTA DO FINAL |
|--------------------------|---|--|---|---|---|---|
| GESTÃO DO CUIDADO | Recursos humanos com formação adequada | TÉCNICO-PEDAGÓGICO | Análise conjunta do perfil epidemiológico e informações em saúde do território | Definição de prioridades com base na análise da situação de saúde | Aumento da oferta de apoio matricial às eSF Melhoria da integração nas ações Ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença; Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde Melhoria da integralidade das ações Reordenação do modelo de atenção a partir de diretrizes clínicas Equidade no acesso | Aumento da retaguarda especializada e resolutividade das eSF |
| | Recursos financeiros tripartite | | Notificação e investigação de doenças, agravos e eventos adversos em conjunto com profissionais da APS ampliada | Melhoria da qualidade das ações de atenção e vigilância à saúde | | |
| | Equipamentos/ Material permanente | | Construção compartilhada, entre eSF e eNASF, de intervenções no território | aumento da autonomia e corresponsabilização dos usuários em relação aos agravos existente | | |
| | Insumos e Recursos materiais para atividades coletivas, educativas e clínicas | | Realização de atividades de educação permanente conjunta com os profissionais da APS ampliada*, CAPS e Políticas Sociais (Assistência Social e Educação) | Fortalecimento da co-responsabilização do cuidado; | | |
| | Normas e diretrizes clínicas (protocolos e linhas-guia) | | Realização de ações de educação em saúde em conjunto com profissionais da APS ampliada, CAPS e Políticas Sociais (Assistência Social e Educação) | Qualificação de encaminhamentos para outros pontos de atenção; | | |
| | Telessaúde | | Elaboração/utilização das diretrizes clínicas junto as eSF | Ampliação da rede serviços para o cuidado e a atenção aos usuários | | |
| | Prontuário da Família | | Discussão de casos clínicos e eventos sentinelas com profissionais da APS ampliada e outros serviços da média complexidade (Centro de Reabilitação, CAPS) | Melhoria da coordenação de cuidados e gestão clínica | | |
| | Espaço físico para atividades compartilhadas; | | Busca ativa conjunta de casos faltosos ao tratamento de usuários com condições crônicas | Qualificação das ações de Promoção da saúde | | |
| | Veículo compartilhado | | Apoio no desenvolvimento de grupos | Fortalecimento de vínculo com a comunidade | | |
| | Sistema de informação integrado à APS; | | Realização de atendimentos compartilhados | Fortalecimento da formação do trabalhador do NASF | | |
| | Ouvidoria; | | Realização de atendimentos compartilhados com profissionais da APS ampliada, CAPS, Políticas Sociais (Assistência Social e Educação) | Prestação de uma assistência educativa e assistencial | | |
| | Ponto de Apoio | | Construção e revisão conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) | Fortalecimento do vínculo, fluxo e comunicação entre eSF e NASF | | |
| | | | Realização de ações intersectoriais junto aos equipamentos sociais comunitários do território (ONG/ associações de moradores/instituições religiosas/escolas/creches) | Qualificação das ações de Promoção da saúde | | |
| | | | Apoio da eNasf no processo de trabalho da eSF | | | |
| | | Encaminhamento compartilhado a outros pontos de atenção, priorizando as situações de maior risco | | | | |
| | | Participação nas instâncias de controle social/mobilização social | | | | |
| | | Realização de preceptoria de estudantes de graduação e/ou pós-graduação | | | | |
| | | CLÍNICO-ASSISTENCIAL | Realização de consultas individuais na USF ou domicílio | | Ampliação das ações clínicas que são de atribuição da APS | |
| | | | Atendimento às situações urgentes ou imprevistas utilizando critérios de vulnerabilidade e risco | | Redução dos encaminhamentos de casos clínicos | |
| | | | Apoio na execução de atividades coletivas | | | |

APÊNDICE B

Matriz preliminar de Critérios e Indicadores Nasf. Recife, PE, 2015.

| COMPONENTE | SUBCOMPONENTE | CRITÉRIO | PARÂMETRO | FONTES DE VERIFICAÇÃO |
|---|------------------------------------|---|--|---|
| ESTRUTURA | Espaço físico | | sala exclusiva para eNASF | Observação direta |
| | | | sala na USF compartilhada para atendimento individual ou familiar | |
| | Material Permanente / equipamentos | | computador conectado a internet com software do SIS-AB | Observação direta; Relatório semestral ENASF |
| | | | impressora | |
| | | | mobiliário adequado e suficiente (cadeiras, mesa, armário, quadro branco) | |
| | Recursos materiais | | 1 veículo para cada 2 eNASF | Agenda semanal da ENASF Observação direta |
| | | | material educativo e/ou informativo para atividades coletivas programadas (cartazes, panfletos, banner, álbum seriado, CD-ROM) | Relatório semestral ENASF; Ficha de registro municipal; observação direta |
| | Disponibilidade de EP | | Insumos para atividades clínicas disponibilizados conforme a especialidade | Observação direta; Relatório Coordenação NASF |
| | | | EPI (protetor solar, bata, colete e crachá) adequados e suficientes ao quantitativo e carga horária; | |
| | Execução Financeira | | % de execução dos recursos do piso fixo e variável NASF | Setor Administrativo e Financeiro |
| Recursos Humanos | | % de eNASF com pelo menos 200h | Relatório Coordenação NASF | |
| | | 80% de profissionais eNASF com pós-graduação na sua área de atuação | | |
| | | coordenador Distrital exclusivo com pós-graduação na sua área de atuação | | |
| Normas, impressos e diretrizes clínicas | | fichas de notificação e investigação, guias de saúde, protocolos, fichas SIS-AB, fichas municipais, receituário e prontuário em quantidade suficiente | Relatório semestral ENASF; Relatório SISAB; | |
| Ouvidoria | | 100% das USF vinculadas ao NASF com urnas de manifestação | observação direta | |

| COMPONENTE | SUBCOMPONENTE | ABORDAGEM | CRITÉRIO | INDICADOR | PARÂMETRO | FONTES DE VERIFICAÇÃO |
|--------------------------------|---------------|--------------------------------------|---|--|--|-----------------------|
| GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO | PROCESSO | Coordenação planejamento e avaliação | Análise da situação demográfica, social e epidemiológica do território para dimensionamento, composição e atuação das eNasf | Mínimo de 1 análise por ano | Relatório Coordenação municipal Nasf; Ficha de registro municipal. | |
| | | | % de eNasf com agenda mensal disponibilizadas para as eSF | 100% das eNASF | Observação direta | |
| | | | Elaboração e pactuação de fluxo de acesso entre eSF e eNasf | Fluxos elaborado para atividades de campo e núcleo do saber | Documentos elaborados. | |
| | | | Nº de reuniões para planejamento, monitoramento e avaliação das ações entre coordenação distrital e eNasf | Mínimo de 1 reunião por ano | Relatório Coordenação distrital Nasf; Ficha de registro municipal. | |
| | | | % de reuniões de eNASF com pauta de planejamento e avaliação das ações | 30% de reuniões semestrais de acordo com o programado | Ficha de registro municipal; Relatório SIS-AB. | |
| | | Informação e comunicação | % das ações e procedimentos das eNASF registradas nos instrumentos municipais e no SIS-AB | 100% das ações registradas | Relatório SIS-AB; Ficha de registro municipal. | |
| | | | Nº de boletins informativos produzidos e encaminhados aos profissionais, usuários e controle social | 2/ano (1 no 1º semestre, 1 no 2º semestre) | Boletins; Relatório Coordenação municipal Nasf | |
| | | Educação Permanente | Nº de materiais educativos distribuídos para equipes de saúde e usuários | 2/ano (1 no 1º semestre, 1 no 2º semestre) | Material Educativo; Relatório Coordenação municipal Nasf. | |
| | | | Nº de atividades de educação permanente realizadas para as eNASF | 4 turnos de atividades de educação permanente/mês | Ficha de registro municipal, Relatório SIS-AB. | |
| | | | % de profissionais da eNasf que participaram de atividades de educação continuada | 60-80% de profissionais | Certificados de cursos; Ficha de registro municipal. | |
| | | | Cooperação técnica com instituições de ensino e pesquisa | Mínimo de (1) uma parceria técnica entre a SMS e uma Instituição de Ensino e Pesquisa. | Termo de Compromisso de parceria interinstitucional. | |
| | | Articulação e Cogestão | Nº publicação técnica-científica publicada por técnicos e/ou gestores do município sobre o Nasf | Mínimo de 1 publicação técnica a cada 2 meses; 1 Publicação científica por ano | Observação direta. | |

| COMPONENTE | SUBCOMPONENTE | ABORDAGEM | CRITÉRIO | INDICADOR | PARÂMETRO | FONTES DE VERIFICAÇÃO |
|---|--|------------------------------------|---|--|--|---|
| GESTÃO DO CUIDADO | TÉCNICO-PEDAGÓGICO | PROCESSO | Articulação e Cogestão | % de eSF com apoio do Nasf em seu processo de trabalho | 100% das eNASF | Ficha de registro municipal; Relatório SIS-AB; Relatório semestral eNasf. |
| | | | | % de articulações intersetoriais junto a equipamentos sociais comunitários | 50-80% de articulações intersetoriais | Ficha de registro municipal, Relatório SIS-AB. |
| | | | Educação em saúde e mobilização social | % de atividades coletivas de educação em saúde realizadas pelo Nasf | 40-60% de atividades de educação em saúde e mobilização social | |
| | | | | % de atividades de mobilização social com participação do Nasf | | |
| | | | Vigilância Epidemiológica | Nº de análise de dados sobre o perfil epidemiológico e informações em saúde | Mínimo de 2 análise por ano | |
| | | | | % de notificações de acordo com o esperado epidemiologicamente para aquela população | 80% dos casos notificados | Fichas de notificação e investigação. |
| | | | | % de faltosos ao tratamento por condições de curso crônico detectados | 60 a 80% de faltosos detectados | Ficha de registro municipal, Relatório SIS-AB. |
| | | | Atenção compartilhada e educação permanente | % de atividades de educação permanente realizadas pelo Nasf | Mínimo de 2 turnos/ano (1 no 1º semestre, 1 no 2º semestre) | |
| | | | | Nº de reuniões com eSF com discussões de casos clínicos e eventos sentinelas | Mínimo de 1 reunião com eSF por mês | Ficha de registro municipal, Relatório SIS-AB; Agenda semanal. |
| | | | | Utilização conjunta de diretrizes clínicas | 80-100% das diretrizes clínicas utilizadas | Coleta de dados primários |
| | | | | % grupos apoiados pelo Nasf | 50-80% de grupos apoiados | Ficha de registro municipal, Relatório SIS-AB. |
| | | | | % de turnos para atendimentos compartilhados (consulta agendada programada/cuidado continuado; consulta agendada, escuta inicial/orientação, consulta no dia | 15-25% de turnos | Relatório SIS-AB, Agenda Semanal Nasf. |
| | | | | Nº de PTS novos elaborados pela eSF e Nasf | mínimo de mínimo de 1 por eSF apoiada/trimestre | Ficha de registro municipal, Relatório SIS-AB. |
| | | | | Nº de PTS reavaliados pela eSF e Nasf | 2 por eSF apoiada/trimestre | |
| Nº de execução de Projetos de Saúde no Território | Mínimo de 1 intervenção, em conjunto, por semestre | | | | | |
| Preceptoria de estudantes de graduação e/ou pós-graduação | Até 2 estudantes/ profissional Nasf, por semestre | Termo de Adesão - SEGTES Distrital | | | | |

| COMPONENTE | SUBCOMPONENTE | ABORDAGEM | CRITÉRIO | INDICADOR | PARÂMETRO | FONTES DE VERIFICAÇÃO |
|-------------------|----------------------|-----------|-----------------|---|--------------------------|--|
| GESTÃO DO CUIDADO | CLÍNICO-ASSISTENCIAL | PROCESSO | Atenção à Saúde | % de turnos para atendimentos individualizados (consulta agendada programada/cuidado continuado; consulta agendada, escuta inicial/orientação, consulta no dia) | 75 - 85% de turnos | Relatório SIS-AB, Agenda Semanal eNasf. |
| | | | | % de atendimentos às situações urgentes ou imprevistas | 100% dos casos atendidos | Planilha de acompanhamento de caso, Relatório SIS-AB |
| | | | | % de turnos para execução de atividade coletiva (Ed. Saúde, Atendimento em Grupo, Avaliação, Procedimento Coletivo, Mobilização Social) | 20-30% de turnos | Ficha de registro municipal, Relatório SIS-AB. |

APÊNDICE C

CONVITE AO INFORMANTE-CHAVE PRIMEIRA RODADA

Prezado(a),

É com grande prazer que convidamos você a participar da pesquisa intitulada **Análise dos Consensos acerca do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Recife, Pernambuco**, integrante do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde /IMIP.

Em anexo a este email seguirá a Matriz de monitoramento e avaliação para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ela contém os componentes, subcomponentes, abordagem, critérios, indicadores, parâmetros e fonte de verificação.

Essa matriz tem como função servir como referência para possíveis processos de monitoramento e avaliação do NASF-RECIFE. A estrutura da matriz se baseia nos componentes da intervenção, considerando aspectos de estrutura e processo. O desenho desta matriz é fundamental uma vez que instituir um processo avaliativo requer a definição de critérios (o que se vai observar) e indicadores (que permitem verificar se e como acontece o que se quer observar).

Apenas os critérios e indicadores serão pontuados e consensuados. As demais colunas (parâmetros e fontes de verificação) são complementares. Assim, gostaríamos que seguisse as seguintes instruções:

- 1) Para cada um dos critérios e indicadores você deverá atribuir, de acordo com o grau de importância considerado, uma nota de 0 (zero) a 10 (dez). Onde a nota zero indica que o item é sem importância ou indicativo de ser excluído devendo, portanto, tal nota ser justificada e a nota dez significará a prioridade máxima atribuída. Você poderá justificar as demais notas, caso considere importante.
- 2) Você poderá também, caso deseje, contribuir na revisão dos parâmetros e fontes de verificação na coluna de observação. No entanto, esta revisão não fará parte do consenso.

Seguem anexos:

* Informações sobre a pesquisa **Consensos acerca do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Recife, Pernambuco**;

* Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para ser assinado e encaminhado via correio eletrônico ou se preferir entregar pessoalmente a pesquisadora;

* Matriz de critérios e indicadores.

Seguiremos o seguinte cronograma de envio da sua análise da Matriz de critérios e indicadores de monitoramento e avaliação do Núcleo de Apoio Saúde à Família do município do Recife, Pernambuco:

Agradeço, antecipadamente, pelo interesse e pela disponibilidade em contribuir com este estudo.

Maria Angélica Bezerra de Oliveira
Aluna Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde- IMIP

CONVITE AOS INFORMANTES-CHAVE SEGUNDA RODADA

Prezado(a),

É com grande prazer que convidamos você a participar da segunda rodada da pesquisa intitulada **Análise dos Consensos acerca do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Recife, Pernambuco**, integrante do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde /IMIP.

Após análise das pontuações e comentários realizadas pelos Senhores(as), uma nova Matriz foi construída e deverá ser pontuada nesta segunda rodada.

Para isso, torna-se importante a leitura do documento **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**, que encontra-se, em anexo, a este *email*. Nele os senhores(as) encontrarão explicações necessárias para o preenchimento desta nova Matriz de Critérios e Indicadores de monitoramento e avaliação do Núcleo de Apoio Saúde à Família do município do Recife, Pernambuco.

Seguem anexos:

* **Informações sobre a pesquisa** contendo informações para preenchimento da Matriz de Critérios e Indicadores;

* **Matriz de critérios e indicadores.**

Seguiremos o seguinte cronograma de envio da sua análise da Matriz de critérios e indicadores de monitoramento e avaliação do Núcleo de Apoio Saúde à Família do município do Recife, Pernambuco:

Agradeço, antecipadamente, pelo interesse e pela disponibilidade em contribuir com este estudo.

Maria Angélica Bezerra de Oliveira
Aluna Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde- IMIP

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

TÍTULO

Análise dos Consensos acerca do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

OBJETO DE ESTUDO

Núcleo de Apoio à Saúde da Família do NASF.

OBJETIVO GERAL

Analisar os consensos acerca de critérios e indicadores do NASF, para que possam contribuir como referência para o desenvolvimento de processos avaliativos desta intervenção.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Sistematizar o modelo lógico do NASF, identificando as dimensões e subdimensões necessárias ao alcance dos objetivos desta intervenção;
- b) Identificar critérios e indicadores para o monitoramento e avaliação do NASF;
- c) Identificar os consensos acerca dos critérios e indicadores propostos para o monitoramento e avaliação do NASF.

DESENHO DO ESTUDO

Estudo de avaliabilidade de caráter descritivo.

ETAPAS DO CONSENSO – MÉTODO *DELPHIS*

Esta etapa objetiva formular uma imagem-objeto de uma intervenção no intuito de servir como referência para estudos futuros, para isso será utilizada uma técnica no intuito de se alcançar o consenso entre os informantes-chave, o método *Delphis*.

Este consiste na utilização de questionários que são respondidos por cada participante, individualmente. As respostas são tratadas estatisticamente e os resultados, repassados aos participantes. Esta técnica consiste em um grau satisfatório de consenso, onde os participantes opinam sobre a pertinência e o peso dos critérios e indicadores estabelecidos. Orienta-se que você possa sugerir novos critérios ou modificar aqueles apresentados. Para tanto, preconiza-se a realização de dois momentos, a saber:

- 1) A Matriz preliminar será analisada e pontuada por você por meio de correio eletrônico, enviado conjuntamente, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cada indicador poderá receber notas de 0 (zero) a 10 (dez), entendendo que cada nota refletirá o grau de importância de cada indicador na avaliação do NASF (Souza et al, 2005);
- 2) Após análise estatística, a Matriz será reenviada por correio eletrônico e você pode manter ou modificar as respostas dadas.

A Matriz será analisada estatisticamente e caso não se tenha obtido um grau de consenso satisfatório, ocorrerão novas rodadas de envio da Matriz e análise estatística.

Agradeço mais uma vez a disponibilidade. Coloco-me à disposição para quaisquer dúvidas e esclarecimentos.

Maria Angélica Bezerra de Oliveira
Aluna Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde- IMIP

APÊNDICE D

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Maria Angélica Bezerra de Oliveira, o(a) convido para participar da pesquisa “**Análise dos consensos acerca do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Recife, Pernambuco**”, que é objeto de estudo do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde , pertencente ao Programa de Pós-graduação *Strictu Senso* em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), do qual sou aluna.

O estudo tem como objetivo analisar os consensos acerca do NASF, para que sirva como referência para o desenvolvimento de processos avaliativos desta intervenção no município do Recife, Pernambuco, partindo da importância do seu papel diante a Atenção Primária à Saúde, por ser uma intervenção relativamente recente e a escassez de publicações sobre o tema.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da entrevista e asseguramos que seus dados pessoais e identidade não serão divulgados.

A sua participação será por meio de etapas via correio eletrônico, onde o pesquisador irá enviar uma Matriz de Critério e Indicadores. O(A) senhor(a) irá respondê-lo e reenviar ao pesquisador. O mesmo irá analisar estatisticamente e reenviar ao(a) senhor(a), até que se obtenha o consenso satisfatório. Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

A pesquisa não apresenta riscos para os profissionais participantes, sendo o único risco para a pesquisa as respostas não fidedignas dos mesmos. O sigilo e o anonimato das informações prestadas serão garantidos.

Os resultados serão avaliados pela pesquisadora e qualquer consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, por favor, entre em contato com a mesma pelo telefone celular (81) 81017007 ou *email*: angelica.mabo@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar, telefone (81)2122.4756, *email*: comitedeetica@imip.org.br. O CEP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30hs e 13:30 às 16:00hs.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) entrevistador e a outra com o entrevistado.

Pernambuco, ____ de _____ de 2015

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

ANEXOS

ANEXO 1 – Documento de comprovação pelo Comitê de Ética

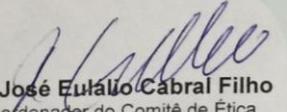
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 4601 – 15 intitulado “Análise dos consensos acerca do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) no município do Recife, Pernambuco” apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Maria Angélica Bezerra de Oliveira** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em 28 de março de 2015.

Recife, 29 de março de 2015



Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/97
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/94
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 80238 de 30/07/91
INSCRIÇÃO MUNICIPAL - 05.897-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL - Iento
CNPJ. 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
www.imip.org.br

Scanned by CamScanner

