



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**DANIELLE RUFINO BARBOSA DA SILVA RIBEIRO**

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

RECIFE, 2015

**DANIELLE RUFINO BARBOSA DA SILVA RIBEIRO**

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

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

**LINHA DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE SAÚDE**

**ORIENTADORA: LUCIANA SANTOS DUBEUX**

**COORIENTADORAS: ISABELLA MARTINS BARBOSA DA SILVA PAES**

**LOUISIANA REGADAS DE MACEDO QUININO**

**RECIFE, 2015**

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

---

R484a Ribeiro, Danielle Rufino Barbosa da Silva

Análise de implantação do núcleo de apoio à saúde da família em três municípios da zona da mata norte de Pernambuco / Danielle Rufino Barbosa da Silva Ribeiro ; orientadora Luciana Santos Dubeux ; coorientadoras Isabella Martins Barbosa da Silva Paes, Louisiana Regadas de Macedo Quinino. – Recife : Do Autor, 2015. 97 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2015.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Avaliação em Saúde. I. Dubeux, Luciana Santos, orientadora. II. Paes, Isabella Martins Barbosa da Silva, coorientadora. III. Quinino, Louisiana Regadas de Macedo, coorientadora. IV. Título.

CDD 362.10425

---

**DANIELLE RUFINO BARBOSA DA SILVA RIBEIRO**

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

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Luciana Santos Dubeux  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

---

Prof. Dr. Eronildo Clébio Felisberto da Silva  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

RECIFE, 2015

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e Nossa Senhora que me guiaram e protegeram nas viagens durante a coleta dos dados, me conduziram com força e sabedoria nos momentos mais difíceis e por todas as bênçãos recebidas.

A minha família por me incentivarem, apoiarem e torcerem pela minha felicidade. Em especial ao meu esposo, que também é meu grande amigo e companheiro, pelo amor, carinho, compreensão, paciência e palavras de incentivo em todos os momentos e a minha mãe pelo seu amor incondicional sempre me incentivando a seguir em frente fazendo de tudo para me ver feliz.

A minha orientadora Luciana Dubeux pela orientação, compreensão, paciência, amizade e confiança depositada em mim, e também as minhas coorientadoras Isabella Martins e Louisiana Quinino pelo apoio e contribuição durante a realização deste estudo.

As amigas do mestrado pelo incentivo e troca de experiências, com as quais compartilhei os momentos de alegria, ansiedade e angústias durante todo o curso.

A coordenação e secretaria do mestrado pela dedicação, compromisso e apoio, e aos professores pelos conhecimentos adquiridos no campo da avaliação.

A Maria Luiza Timóteo e Gisele Cazarin pelas contribuições apresentadas na banca de qualificação, e as especialistas, Cynthia Barbosa, Fabiana Souza, Ana Perez e Renata

Morais pelas contribuições na conformação final do modelo lógico e matriz de julgamento.

Aos profissionais do NASF e gestores dos municípios de Aliança, Nazaré da Mata e Vicência por participarem e contribuírem com esta pesquisa.

E a todos que me incentivaram e de alguma forma colaboraram para a realização desse trabalho.

## RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar as equipes de Saúde da Família (eSF) na efetivação da rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica (AB), bem como sua resolubilidade, sendo formado por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Considerando a constante responsabilidade do gestor municipal em definir a (re)composição de cada NASF; mediante as necessidades das eSF e da comunidade adstrita, além da insuficiência de estudos avaliativos relacionados a esta intervenção, este estudo teve como objetivo avaliar a implantação do NASF em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco, determinando o grau de implantação do NASF nesses municípios a partir das dimensões estrutura e processo e analisando a influência do contexto político e estrutural na variação do grau de implantação. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação 1-b, desenvolvida no período de março a agosto de 2015 com os profissionais do NASF, coordenadores da AB e Secretários de saúde. Os NASF dos municípios de Aliança, Nazaré da Mata e Vicência obtiveram um grau de implantação de 72% (parcialmente implantado), 81% (implantado) e 68% (parcialmente implantado), respectivamente. Na análise do contexto houve uma coerência nos resultados, pois o único município onde o NASF foi considerado implantado foi o mesmo que apresentou um contexto mais favorável. Da mesma forma que o município com o grau de implantação mais baixo foi o que obteve um contexto mais desfavorável. Observou-se que uma gestão que proporciona condições adequadas para realização das atividades pelos profissionais, sejam elas relacionadas à estrutura ou ao processo, influencia positivamente à implantação da intervenção.

Palavras-chave: Atenção Básica; Saúde da Família; Avaliação em Saúde.

## ABSTRACT

The Support Center for Family Health (NASF) was established by the Ministry of Health in 2008 in order to support the Family Health Teams (FHT) in the execution of the service network and expand the comprehensiveness and the scope of Basic Attention actions (AB) as well as its solvability, being formed by professionals from different areas of knowledge. Considering the constant responsibility of the city manager in defining the (re)composition of each NASF by the needs of the eSF and the enrolled community and the lack of evaluation studies related to this intervention, this study aimed to evaluate the implantation of the NASF in three municipalities of the Northern Zona da Mata of Pernambuco, determining the degree of NASF implantation in these municipalities from the structure and process dimensions and analyzing the influence of political and structural context in the implantation of the degree of variation. It is an evaluation research of the implementation analysis 1b type, developed in the period from March to August 2015 with the NASF professional, AB coordinators and health secretaries. The NASF municipalities Alliance, Nazaré da Mata and Vicência obtained a degree of implantation of 72% (partially implanted), 81% (implanted) and 68% (partially implanted), respectively. In the context of the analysis there was a consistency in the results, because the only region where the NASF was considered implanted was the same that presented a more favorable context. In the same way as the region with the lowest degree of implantation was the one that had a more unfavorable context. It was observed that a management that provides suitable conditions for carrying out activities by professionals, either related to the structure or process, positively influences the implantation of the intervention.

**Keywords:** Primary Care; Family Health; Health Evaluation.

## SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Política Nacional de Atenção Básica.....	1
1.1.1. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	3
1.2. Avaliação em Saúde no contexto de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	11
II. JUSTIFICATIVA.....	16
III. OBJETIVOS.....	17
IV. MÉTODOS.....	18
4.1. Desenho do estudo.....	18
4.2. Local do estudo.....	19
4.3. Universo do estudo e Período de referência.....	21
4.4. Estratégia da pesquisa.....	21
4.5. Coleta de dados.....	37
4.6. Processamento e análise dos dados.....	37
4.7. Aspectos éticos.....	39
V. RESULTADOS.....	40
VI. CONCLUSÕES.....	41

VII. RECOMENDAÇÕES.....	43
VIII. REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICES.....	
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	50
APÊNDICE 2 - Instrumento para Avaliação do Grau de Implantação.....	51
APÊNDICE 3 – Instrumento para Análise do Contexto com o Secretário de Saúde e Coordenador de AB.....	59
APÊNDICE 4 – Instrumento para Análise do Contexto com o Coordenador do NASF.....	64
ANEXOS.....	
ANEXO 1- Declaração do Comitê de Ética.....	70
ANEXO 2- Termos de Anuência.....	71

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
eNASF	equipe do NASF
eSF	equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GERES	Gerência Regional de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

<b>Quadro 1.</b> Características dos NASF, conforme as modalidades financiadas e reconhecidas pelo Ministério da Saúde.....	4
<b>Quadro 2.</b> Características contextuais que podem influenciar o grau de implantação segundo os modelos de análise Político e Estrutural.....	15
<b>Figura 1.</b> Modelo Lógico do NASF de três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco.....	22
<b>Quadro 3.</b> Matriz de Análise e Julgamento para a dimensão Estrutura para avaliação do NASF em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco, 2014.....	23
<b>Quadro 4.</b> Matriz de Análise e Julgamento para a dimensão Processo para avaliação do NASF em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco, 2014.....	25
<b>Quadro 5.</b> Categorias e Subcategorias de análise do contexto para avaliação do NASF em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco, 2014.....	29
<b>Quadro 6.</b> Matriz de julgamento para análise da influência do contexto político e estrutural no grau de implantação do NASF em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco, 2014.....	30

## I. INTRODUÇÃO

### 1.1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Em respeito ao alcance dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a década de 1990 foi marcada por iniciativas federais com vistas ao cumprimento da melhoria de acesso dos usuários aos serviços e aos bens de saúde. Houve um avanço no movimento de descentralização político-administrativa, principalmente em relação à municipalização, promovendo a criação de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, os quais foram enfatizados pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégias prioritárias para a AB nos municípios com a aprovação da NOB/SUS-96.<sup>1,2</sup>

Com a implantação do PSF, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), a AB é definida como o primeiro contato do usuário na rede de atenção à saúde. Foi reestruturada e reorganizada com uma equipe multiprofissional desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua em todas as fases da vida e a família passou a ser considerada uma unidade de intervenção, na tentativa de substituir o modelo assistencial centrado na doença e no cuidado médico individualizado, embora esse ainda seja vigente no país.<sup>3,4</sup>

Em 2006, o MS propôs a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), sendo redefinidos os princípios gerais, as responsabilidades de cada esfera de governo, a infraestrutura e os recursos necessários; características do processo de trabalho,

atribuições dos profissionais, e normas de financiamento, incluindo as atribuições da Saúde da Família.<sup>5,6</sup>

A PNAB foi instituída, por meio da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para o PSF e para o PACS. Considerando os princípios e as diretrizes propostos no Pacto pela Saúde em seus componentes Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.<sup>7</sup>

Diante desta organização, a ESF foi sendo implantada gradativamente em todo território brasileiro, até que se tornou um dos pilares do movimento de reorganização do sistema de saúde do país, consolidando-se como estratégia prioritária do governo, sendo o centro ordenador das Redes de Atenção à Saúde preconizada pelo gestor federal. É posto ainda como elemento-chave para a procura constante de comunicação, troca de experiências e conhecimentos entre a equipe multiprofissional e desta com a comunidade.<sup>8,9,10</sup>

Em 2011, a portaria nº 648/GM<sup>7</sup> foi revogada devido à publicação da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovando assim uma nova PNAB, em vigência no Brasil. Esta política mantém os fundamentos e as diretrizes da PNAB de 2006, onde a ESF continua sendo a estratégia prioritária para a AB no país. Entretanto, diante dos avanços e acomodações pertinentes ao modelo de saúde assistencial, com persistência do alcance à integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações que essa estratégia preconiza, verificou-se que seria necessária a presença de outras estratégias e profissionais de saúde.<sup>3,11,12</sup>

Neste sentido, com a Política houve um reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil, consolidando as mudanças que ocorreram desde então, instituindo diversos formatos de ESF, incluindo equipes de AB para a população de rua (Consultórios na Rua),

ampliando o número de municípios que podem ter NASF, simplificando e facilitando as condições para que sejam criadas Unidades de Saúde Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas.<sup>13,14</sup>

### 1.1.1. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O NASF foi instituído por meio da Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, com o objetivo de apoiar as eSF na efetivação da rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade.<sup>15</sup> Apresenta como princípio o apoio multidisciplinar às eSF, reforçando o modelo idealizado de integralidade, conhecimento do território e promoção de intervenções voltadas à realidade de cada área coberta pela eSF.<sup>16</sup>

A integralidade é considerada uma das diretrizes desta intervenção podendo ser compreendida em três sentidos: a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; as práticas de saúde estabelecidas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além da organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população.<sup>17</sup>

Destaca-se que, a partir da publicação da PNAB em 2011, foram elaboradas novas regulamentações, para estimular o aperfeiçoamento dos NASF já implantados e permitir que qualquer município brasileiro pudesse ser contemplado com esta política.<sup>18</sup> Assim, esta intervenção está fundamentada pelos seguintes instrumentos normativos: a PNAB de 2011<sup>13</sup>; a portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012,<sup>19</sup> que redefine os parâmetros de vinculação das modalidades do NASF; e a portaria de nº 548, de 4 de

abril de 2013,<sup>20</sup> referente ao financiamento destas modalidades, que é viabilizado pelo Piso de Atenção Básica.

Diante destas normatizações, os NASF configuram-se como equipes multiprofissionais que devem atuar de forma integrada com as eSF, as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.<sup>18</sup> Desta forma, há três modalidades de NASF financiados e reconhecidos formalmente pelo MS, conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1: Características dos NASF, conforme as modalidades financiadas e reconhecidas pelo Ministério da Saúde.**

Características	Modalidades de NASF		
	I	II	III
<b>Nº de ESF cobertas e/ou equipes de AB para populações específicas</b>	5 a 9	3 a 4	1 a 2
<b>Carga horária da Equipe</b>	Mínimo de 200h/semana	Mínimo de 120h/semana	Mínimo de 80h/semana
<b>Carga horária /categoria profissional</b>	Mínimo de 20 h e máximo 80h/semana	Mínimo de 20 h e máximo 40h/semana	Mínimo de 20 h e máximo 40h/semana
<b>Carga horária do profissional</b>	Mínimo de 20h/semana	Mínimo de 20h/semana	Mínimo de 20h/semana
<b>Financiamento</b>	R\$ 20.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 8.000,00

Fonte: Autoria própria com base em Brasil (2012); Brasil (2013).

Em todas as modalidades acima apresentadas a equipe do NASF (eNASF) é composta exclusivamente por profissionais de nível superior e pode ser composto por 19 categorias profissionais diferentes. Sendo de responsabilidade do gestor municipal definir a composição de cada um dos Núcleos. Estes devem estar de acordo com

critérios de prioridade baseados em dados epidemiológicos e necessidades locais das equipes de saúde que serão apoiadas.<sup>19</sup>

A composição da equipe e as ações de cada NASF estão relacionadas a nove áreas estratégicas: atividade física ou práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; assistência farmacêutica; alimentação e nutrição; serviço social; saúde mental; saúde da mulher; saúde da criança, do adolescente e do jovem.<sup>17</sup> Essas áreas não devem ser de atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional, mas sim, multidisciplinar, considerando as necessidades de saúde da população.<sup>9</sup>

No intuito de superar a lógica de serviço especializado, o NASF apresenta como proposta de trabalho algumas ferramentas já testadas na realidade brasileira, como é o caso da Clínica Ampliada, do Apoio Matricial, do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e do Projeto de Saúde no Território (PST).<sup>9,11,21</sup>

A Clínica Ampliada traduz-se em uma extensão do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com inclusão de novos instrumentos, como arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes, além da capacidade de escuta do outro e de si mesmo e de lidar com condutas automatizadas de forma crítica e com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família e a comunidade. Ela coloca em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais.<sup>22</sup>

É uma clínica centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive considerando-se a doença como parte destas existências, ampliando a enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção e incluindo o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da clínica.<sup>23</sup> Consiste em ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários, onde toda profissão faz

um recorte dos sintomas e informações de acordo com seu núcleo profissional e a discussão entre as equipes (eNASF e eSF) dos casos clínicos se torna um recurso gerencial importantíssimo para o trabalho dos profissionais do NASF.<sup>11,17,24</sup>

O Apoio Matricial tem como objetivo assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Caracteriza-se como um arranjo organizacional baseado em momentos relacionais, ou seja, há uma permuta de conhecimentos entre os profissionais de diversas áreas, tentando minimizar a fragmentação do trabalho procedente do crescente atendimento especializado nos serviços de saúde. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral.<sup>25</sup> Entretanto cada profissional permanece com autonomia dentro de sua área de atuação, colaborando com os seus saberes e experiências para aumentar a capacidade resolutive das equipes.

Neste sentido, o NASF atua como equipe de apoio matricial para a equipe de referência (eSF), apresentando duas concepções de trabalho: o enfoque assistencial, para realizar uma ação direta com os usuários, e o enfoque técnico-pedagógico, para produção de ação de apoio educativo com e para a equipe, ressaltando que essas duas concepções podem e devem ser associadas em diversos momentos.<sup>4,21,26,27</sup>

O PTS é produto da discussão coletiva dos profissionais e do compartilhamento com o usuário, onde as condutas terapêuticas e as metas são negociadas. Baseia-se na singularidade do usuário, na receptividade das diferenças que transcendem os diagnósticos e sua inclinação para igualar os sujeitos. Representa uma variação da discussão do “caso clínico” e geralmente é dedicado às situações mais complexas,

podendo ser elaborado para grupos ou famílias, e não só para indivíduos. É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas e realizadas por uma equipe interdisciplinar.<sup>11,18,24</sup> É constituído por quatro etapas: 1) Definição de hipóteses diagnósticas, com a realização de avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário; 2) Definição de metas propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o indivíduo pelo membro da equipe com maior vínculo com o usuário; 3) Divisão de responsabilidades para identificação de tarefas de cada um com clareza; 4) Reavaliação para discussão da evolução e da necessidade de realizar reorientações no Projeto.<sup>22</sup>

O PST são ações desenvolvidas em um determinado território articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, melhorando a qualidade de vida daquela comunidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais do território. Inicia-se com a identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco a partir de um caso clínico observado pela equipe, criando espaços coletivos de discussão, priorizando as necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo onde a comunidade, suas lideranças e membros de outras políticas e/ou serviços públicos, presentes no território, poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades, pactuar e avaliar o projeto de saúde para o território.<sup>11,17</sup>

Outras duas ferramentas também podem auxiliar o trabalho do NASF, o genograma e o ecomapa. Ambos retratam graficamente a constituição e dinâmicas relacionais de um grupo social, com foco na família, ou seja, facilitam a avaliação da estrutura familiar, sendo ótimas fontes para o planejamento de ações e estratégias em saúde.<sup>18</sup>

O genograma é uma representação gráfica do sistema familiar, preferencialmente em três gerações, que utiliza símbolos padronizados para identificar os componentes da família, o funcionamento e as relações e conflitos entre os membros. É uma imagem de um determinado momento que pode ser refeita quando ocorrem mudanças expressivas no contexto familiar. Já o ecomapa identifica as relações e ligações da família e de seus membros com o meio e a comunidade onde vivem. É um diagrama contendo os contatos da família com os recursos comunitários, ajudando na avaliação dos apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. Também necessita de atualizações na medida em que ocorrem modificações, sejam elas de caráter social, cultural ou econômico.<sup>18</sup>

Considerando as ferramentas supracitadas, os profissionais do NASF desenvolvem as seguintes ações de apoio às eSF: discussão de casos, atendimento conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes (eNASF e eSF), construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras. Todas as atividades podem ser desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, Academias da Saúde ou em outros pontos do território.<sup>14,18</sup>

As ações realizadas pelo NASF envolvem basicamente a integralidade, uma vez que todas elas devem partir da necessidade da população atendida, e isto deve servir como guia em todas as intervenções.<sup>28</sup> Contudo, a formação dos espaços coletivos ainda é um desafio, para que as equipes de saúde compartilhem a elaboração dos projetos terapêuticos, principalmente devido à tendência hegemônica da fragmentação do trabalho. Os documentos ministeriais que definem o modelo de atenção do NASF e os

conceitos que sustentam seu arcabouço teórico apresentam espaços que permitem diferentes formas de operacionalização dos NASF, devido às possibilidades de composição de equipes multiprofissionais a depender do contexto local. Isto resulta em distintos modelos de gestão implementados por cada gestão municipal, o que supostamente fortalece a fragmentação das ações.<sup>29</sup>

Diante desta realidade e da recente instituição do NASF, alguns estudos avaliativos foram desenvolvidos, analisando as acomodações desta intervenção nos municípios.

Barros e Júnior<sup>30</sup> avaliaram a atuação do nutricionista nos NASF do município de Picos/PI, comparando as suas ações com as diretrizes propostas pelo MS na portaria referente à criação do NASF. Foram aplicados questionários semi-estruturados com as três nutricionistas que compõem os NASF do município, onde das dez perguntas realizadas referentes à portaria, oito respostas estavam de acordo com o que é preconizado por esta, e apenas as questionadas sobre incentivo à segurança alimentar e à elaboração de projetos terapêuticos não estavam totalmente de acordo. Concluíram que apesar de recente, o NASF no município já havia conseguido alcançar a grande maioria dos objetivos propostos para o município, quanto ao papel da nutricionista.

Andrade *et al.*<sup>31</sup> realizaram uma análise da implantação dos NASF no interior de Santa Catarina, com o objetivo de compreender e analisar as causas de desarticulação de conhecimento e serviços entre as equipes da ESF e NASF, para isto realizaram uma pesquisa qualitativa com 37 eSF e 15 eNASF dos municípios do Meio Oeste Catarinense, onde a análise dos dados foram na perspectiva hermenêutico dialética confrontando as respostas com o marco teórico da Atenção Primária à Saúde sobre a portaria que legitima o NASF. Como resultados, observaram que o NASF apresenta potencialidades (estabelecimento de prioridades; planejamento dos serviços oferecidos à

população; trabalho em equipe; diálogo com as instâncias superiores) a serem exploradas e fragilidades (carência de capacitação; falta de clareza sobre as funções e funcionamento do NASF; trabalho desarticulado) que estão cristalizadas mesmo antes da sua implantação.

Em outro estudo, Martiniano *et al.*<sup>32</sup> avaliaram o processo de implantação das equipes dos NASF no município de Campina Grande/PB. Verificaram que o projeto de implantação do NASF no município não contempla todas as especificações exigidas pelo Ministério da Saúde (portaria de criação do NASF e Caderno de Atenção Básica nº 27), e que a fragilidade do Ministério da Saúde na orientação da implantação dos NASF, aliada ao modelo de cada gestão municipal, estabelece um modelo de NASF que nem sempre atende a proposta de reorganizar a rede de serviços de saúde.

Já Andrade *et al.*<sup>33</sup> avaliaram as ações da Fonoaudiologia no NASF na cidade do Recife por meio de uma avaliação normativa nas dimensões estrutura e processo. As ações da fonoaudiologia no NASF foram consideradas no Grau de Adequação (adequadas - 75 a 100%; parcialmente adequadas - 50 a 74,99%; incipientes - 25 a 49,99% e críticas - < 25%) como adequadas (75,91%), onde as dimensões estrutura e processo foram classificadas respectivamente como incipiente (39%) e adequada (91,73%).

Neste contexto, cabe enfatizar que na perspectiva de propor melhorias e alcançar melhores resultados, tem se expandido nos últimos anos o interesse pela avaliação em saúde. Os estudos avaliativos permitem que sejam feitas comparações entre o que está acontecendo e o que deveria acontecer, possibilitando correções e adequações no serviço.<sup>34</sup>

## 1.2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O termo avaliação agrupa distintas concepções, desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social até uma pesquisa avaliativa, onde as práticas de saúde constituem-se em objeto de avaliação em diferentes dimensões, variando do cuidado individual até os níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas e serviços ou sistemas.<sup>35</sup>

Devido à polissemia conceitual e metodológica da expressão avaliação em saúde, no presente estudo optou-se pela definição de Champagne *et al.*:<sup>36</sup>

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Conforme Champagne *et al.*,<sup>36</sup> a abordagem avaliativa inclui dois tipos de avaliação: a normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa consiste na comparação de todos os componentes da intervenção (estrutura, processo e resultado) com os critérios e normas existentes emitindo um julgamento de valor. A pesquisa avaliativa analisa mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de adequação entre os diferentes componentes de uma intervenção e é classificada em seis tipos: análise estratégica; análise lógica; análise de produtividade; análise de rendimento; análise dos efeitos e análise de implantação.

A análise de implantação, a ser utilizada no presente estudo, consiste em analisar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implementação,

verificando como um contexto particular pode provocar mudanças em uma intervenção, além de delimitar melhor os fatores que comprometem o grau de implantação, aumentando a validade externa da avaliação. Visa superar os limites das avaliações do tipo “caixa preta”, onde os efeitos de uma intervenção eram avaliados sem considerar a influência das características dos processos envolvidos, resultando em um grau de implantação inferior ao previsto, levando a um julgamento negativo dos resultados encontrados.<sup>37</sup>

É pertinente realizá-la em duas situações, quando os efeitos da introdução de uma intervenção são sensíveis às variações contextuais e quando uma intervenção nova é implementada permitindo identificar melhor a dinâmica da implantação.<sup>37</sup> Sobre este aspecto, cabe destacar que o NASF se enquadra em ambas as ocasiões, pois é um programa que por concepção pode sofrer acomodações em diferentes *lócus*, assim como é uma intervenção recente.

Champagne *et al.*<sup>37</sup> classificam a análise de implantação em quatro tipos:

- Tipo 1-a (Análise da transformação da intervenção): Explica a adaptação da intervenção ao seu contexto no decorrer do tempo, buscando identificar as mudanças de forma, de envergadura e por vezes de natureza.
- Tipo 1-b (Análise dos determinantes contextuais do grau de implementação da intervenção): Explica as diferenças entre a intervenção planejada e a que foi implantada, auxiliando a compreender as variações observadas no grau de implementação de uma intervenção ou no nível de integralidade de sua implantação.
- Tipo 2 (Análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados): Relaciona as variações da implementação de uma intervenção com os efeitos observados, distinguindo os componentes das intervenções mais suscetíveis de facilitar a obtenção dos resultados.

- Tipo 3 (Análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados): Explica as variações dos efeitos observados após a introdução da intervenção.

De acordo com essa classificação a análise do contexto é a etapa essencial da análise de implantação, pois permite uma maior compreensão da intervenção tendo em vista que a presença dos atores, dos interesses diversos e do cenário político-institucional podem explicar o sucesso ou o fracasso na implantação da intervenção, influenciando também na diferença entre o planejado e o executado.<sup>38</sup>

Denis e Champagne<sup>39</sup> citam que vários modelos conceituais têm sido utilizados para estudar o contexto no qual uma intervenção foi implantada, sendo os mais frequentemente utilizados: o racional; o de desenvolvimento organizacional; o psicológico; o estrutural; e o político.

O modelo Racional representa a perspectiva do planejamento e do controle na tentativa de explicar a intervenção, levando em consideração alguns aspectos como o processo de planejamento de qualidade da intervenção, o exercício do controle hierárquico, o grau de coerência entre as expectativas dos gestores e dos agentes e a comunicação entre eles.<sup>39</sup>

O modelo do Desenvolvimento Organizacional refere-se à abordagem aplicada à gestão, se é mais participativa ou mais autoritária, analisando os mecanismos compensatórios ao controle hierárquico e à capacidade de realizar uma boa comunicação entre os atores da intervenção.<sup>39</sup>

O modelo Psicológico afirma que existe uma relação entre crenças, atitudes, intenções e comportamentos, sendo necessário avaliar as modificações nos fundamentos cognitivos e emocionais da ação organizacional.<sup>39</sup>

O modelo Estrutural aponta que as organizações que tem um contexto favorável à implantação de uma intervenção se distinguem das outras por uma série de características referentes a atributos organizacionais (tamanho, centralização, formalização, nível de especialização, entre outros), do contexto organizacional (incerteza ambiental, grau de competição, grau de urbanização) e dos atributos dos gestores (atenção prestada à inovação, orientação cosmopolita ou local).<sup>39</sup>

O modelo Político alega que a implantação de intervenções é um jogo de poderes, cujo resultado é consequência de ajustes a pressões externas e internas, portanto, um contexto favorável à implantação dependerá de três fatores: do suporte oferecido pelos agentes de implantação; do controle, por estes, na organização para permitir a operacionalização; da coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção pelos agentes e os objetivos ali associados. Assim, as dificuldades relacionadas à implantação de uma intervenção dependem mais de interesses particulares dos atores influentes na organização do que da eficácia no processo de planejamento.<sup>39</sup>

Diante da variedade de abordagens, Denis e Champagne<sup>39</sup> verificaram que cada um dos referidos modelos apresenta limitações, fazendo-os formular um novo modelo denominado político-contingente, onde o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política, mas deve sofrer as pressões de caráter estrutural, isto é, as características estruturais de uma organização que funcionam em sinergia ou em antagonismo na atualização das estratégias dos atores. Esta proposta foi inspirada nos elementos dos modelos político e estrutural, cujas referências serão utilizadas neste estudo (Quadro 2).

**Quadro 2 - Características contextuais que podem influenciar o grau de implantação segundo os modelos de análise Político e Estrutural.**

Modelo	Influência no Grau de Implantação
<p>Político (atores, conflitos, poder, estratégia)</p>	<p>As relações entre atores são modificadas pela implantação da intervenção?</p> <p>Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação?</p> <p>Os atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?</p>
<p>Estrutural (atributos organizacionais, atributos dos gestores, características do ambiente)</p>	<p>As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a implantação da intervenção?</p>

Fonte: Denis e Champagne (1997).

Assim sendo, é evidente que a análise do contexto permite um melhor entendimento sobre a implantação de uma intervenção, pois amplia o caráter explicativo sobre as variações de implementação dos programas em seus contextos específicos. Portanto, este estudo pretende conhecer quais os elementos relacionados ao contexto político e estrutural que influenciam o grau de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco.

## **II. JUSTIFICATIVA**

### **Considerando:**

- A relevância da implantação do NASF para o fortalecimento da PNAB nos contextos municipais;
- A constante responsabilidade do gestor municipal em definir a (re) composição dos NASFs e suas respectivas equipes, mediante as necessidades das eSF e da comunidade adstrita;
- A insuficiência de estudos avaliativos relacionados ao NASF;
- A importância da avaliação como instrumento de suporte do processo decisório e de formação dos atores sociais envolvidos.

### **Este estudo se justifica:**

- Pela complexidade que envolve o trabalho no NASF, por ser uma proposta recente no âmbito do SUS e possuir ferramentas e formas de organização do trabalho inovadoras.
- Pela necessidade de ampliar os estudos de implantação dos NASF, explicitando a influência do contexto no seu grau de implantação;
- Pela oportunidade de identificar as dificuldades e potencialidades dos elementos contextuais envolvidos na implantação do NASF destes municípios, fornecendo informações para a realização das mudanças necessárias para a intervenção.

### **Desta forma, a presente pesquisa pretende responder a seguinte pergunta:**

Qual a influência dos elementos contextuais no grau de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco?

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Avaliar a implantação do NASF em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar o grau de implantação do NASF nos municípios a partir das dimensões estrutura e processo;
- Analisar os elementos políticos e estruturais do NASF nos contextos municipais;
- Analisar a influência do contexto político e estrutural na variação do grau de implantação do NASF.

## IV. MÉTODOS

### 4.1. DESENHO DO ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação 1-b, a qual busca explicar a influência das características contextuais na implantação de uma intervenção previamente planejada.<sup>37</sup>

O estudo compreendeu uma abordagem normativa, de caráter descritivo, para determinação do grau de implantação da intervenção, comparando os seus componentes nas dimensões estrutura e processo com os critérios e normas existentes.<sup>36</sup> Esta investigação obteve também um enfoque analítico e relacional, com vistas à análise dos elementos políticos e estruturais do contexto municipal, e sua influência no grau de implantação dos NASF em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco.

A estratégia de pesquisa foi o estudo de casos múltiplos, onde os municípios foram os casos, com um único nível de análise, que foi o nível municipal. De acordo com Yin<sup>40</sup> o estudo de caso é utilizado quando o objeto de estudo dificilmente pode ser isolado ou dissociado de seu contexto e os casos múltiplos permitem generalizar os resultados com maior segurança. Champagne *et al.*<sup>37</sup> afirmam que por meio do estudo de caso com um único nível de análise pode-se observar uma intervenção de maneira aprofundada, descrevendo e explicando de modo global o seu funcionamento, sem que seja necessário definir diferentes níveis de explicação dos processos observados.

## 4.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em três municípios de pequeno porte localizados na Zona da Mata Norte de Pernambuco: Aliança, Nazaré da Mata e Vicência. Esses municípios quando comparados com outros desta mesma região, apresentam algumas características semelhantes, como população, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), estabelecimentos de saúde e principalmente um único NASF (modalidade 1) com períodos de implantação próximos.

Aliança está situada a 88 km de Recife, com acesso principal pela BR-232/BR-408 e PE-62, possui uma população de 38.242 habitantes, onde sua área territorial é de 272.690 km<sup>2</sup> e seu IDH no ano de 2010 foi 0,604. Faz limites ao norte com Ferreiros e Itambé, ao sul com Nazaré da Mata, ao leste com Condado e a oeste com Timbaúba e Vicência. Foi criada em 11/09/1928 e é formada pelos distritos Sede, Macujé, Tupaoca e Upatininga e pelos povoados de Usina Aliança e Santa Luzia.<sup>41</sup>

Faz parte da XII Gerência Regional de Saúde (GERES) de Pernambuco e sua rede de atenção à saúde é constituída por 01 Centro Social; 01 Centro de Reabilitação e Fisioterapia; 01 Academia da Saúde; 01 Laboratório de Prótese Dentária; 02 Postos de Saúde; 01 Unidade Mista; 01 SAMU Básico; 10 eSF, sendo 09 com Equipes de Saúde Bucal e 01 NASF (modalidade 1).<sup>42</sup>

O NASF foi implantado em Aliança no ano de 2009 sendo credenciado pelo MS para recebimento do incentivo financeiro por meio da Portaria nº 2.325 de 06 de outubro de 2009.<sup>43</sup>

Nazaré da Mata está situada a 71 km de Recife, com acesso principal pela BR-232/BR-408, possui uma população de 31.834 habitantes, onde sua área territorial é de 150.264 km<sup>2</sup> e seu IDH no ano de 2010 foi 0,662. Faz limites ao norte com Aliança,

Condado e Itaquitinga, ao sul e leste com Tracunhaém e a oeste com Buenos Aires e Carpina. Foi criada em 11/06/1850 e é formada pelo distrito Sede.<sup>44</sup>

Faz parte da II GERES de Pernambuco e sua rede de atenção à saúde é constituída por 01 Academia da Saúde; 01 Ambulatório Médico Odontológico; 01 Clínica de Reabilitação; 01 Hospital Geral; 01 SAMU Básico; 06 Postos de Saúde; 09 eSF, sendo 03 com Equipes de Saúde Bucal e 01 NASF (modalidade 1).<sup>45</sup>

O NASF foi implantado em Nazaré da Mata no ano de 2008 sendo credenciado pelo MS para recebimento do incentivo financeiro por meio da Portaria nº 1.616 de 06 de agosto de 2008.<sup>46</sup>

Vicência está situada a 90 km de Recife, com acesso principal pela BR-232/BR-408 e PE-74, possui uma população de 31.866 habitantes, onde sua área territorial é de 228,017 km<sup>2</sup> e seu IDH no ano de 2010 foi 0,605. Faz limites ao norte com Timbaúba e Macaparana, ao sul com Limoeiro e Buenos Aires, ao leste com Aliança e a oeste com São Vicente Férrer e Bom Jardim. Foi criada em 11/09/1928 e é formada pelos distritos Sede e Murupé e pelos povoados de Trigueiros, Angélica, Borracha, Usina Laranjeiras, Usina Barra e Turiacú.<sup>47</sup>

Faz parte da II GERES de Pernambuco e sua rede de atenção à saúde é constituída por 01 Unidade Mista Municipal; 01 Hospital Filantrópico (Maternidade); 01 Centro de Atenção a Saúde da Mulher e da Criança; 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 09 eSF, sendo 06 com Equipes de Saúde Bucal; 01 Posto de Saúde e 01 NASF (modalidade I).<sup>48</sup>

O NASF foi implantado em Vicência no ano de 2008 sendo credenciado pelo MS para recebimento do incentivo financeiro por meio da Portaria nº 1.150 de 09 de junho de 2008.<sup>49</sup>

### 4.3. UNIVERSO DO ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

O universo do estudo compreendeu os gestores municipais, coordenadores da AB e os coordenadores e profissionais do NASF que estavam no período de março a agosto de 2015, nos municípios anteriormente citados.

### 4.4. ESTRATÉGIA DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido utilizando as seguintes etapas:

#### a) Elaboração do Modelo Lógico

O modelo lógico consiste em uma representação esquemática, que proporciona a visualização da coerência entre atividades previstas e normatizadas para a intervenção, assim como a relação causal destas ações com os resultados esperados.<sup>50</sup>

Diante desta colocação e considerando-se necessário o desenho e a sistematização do NASF nos municípios de Aliança, Nazaré da Mata e Vicência foi elaborado o modelo lógico desta estratégia, sendo para esta etapa consultados os seguintes documentos:

- Caderno de Atenção Básica nº 27<sup>17</sup>
- Caderno de Atenção Básica nº 39<sup>18</sup>
- Política Nacional de Atenção Básica, 2012<sup>14</sup>
- Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011<sup>13</sup>
- Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013<sup>20</sup>
- Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012<sup>19</sup>

- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ): Instrumento de Avaliação Externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF<sup>51</sup>

- Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ): Material de Apoio a Autoavaliação para as Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF<sup>52</sup>

Com base nestes aparatos normativos, elaborou-se um modelo lógico do NASF (Figura 1), composto por quatro componentes: Retaguarda Assistencial; Retaguarda Técnico-Pedagógica; Promoção à saúde e Prevenção de doenças; e Cogestão.

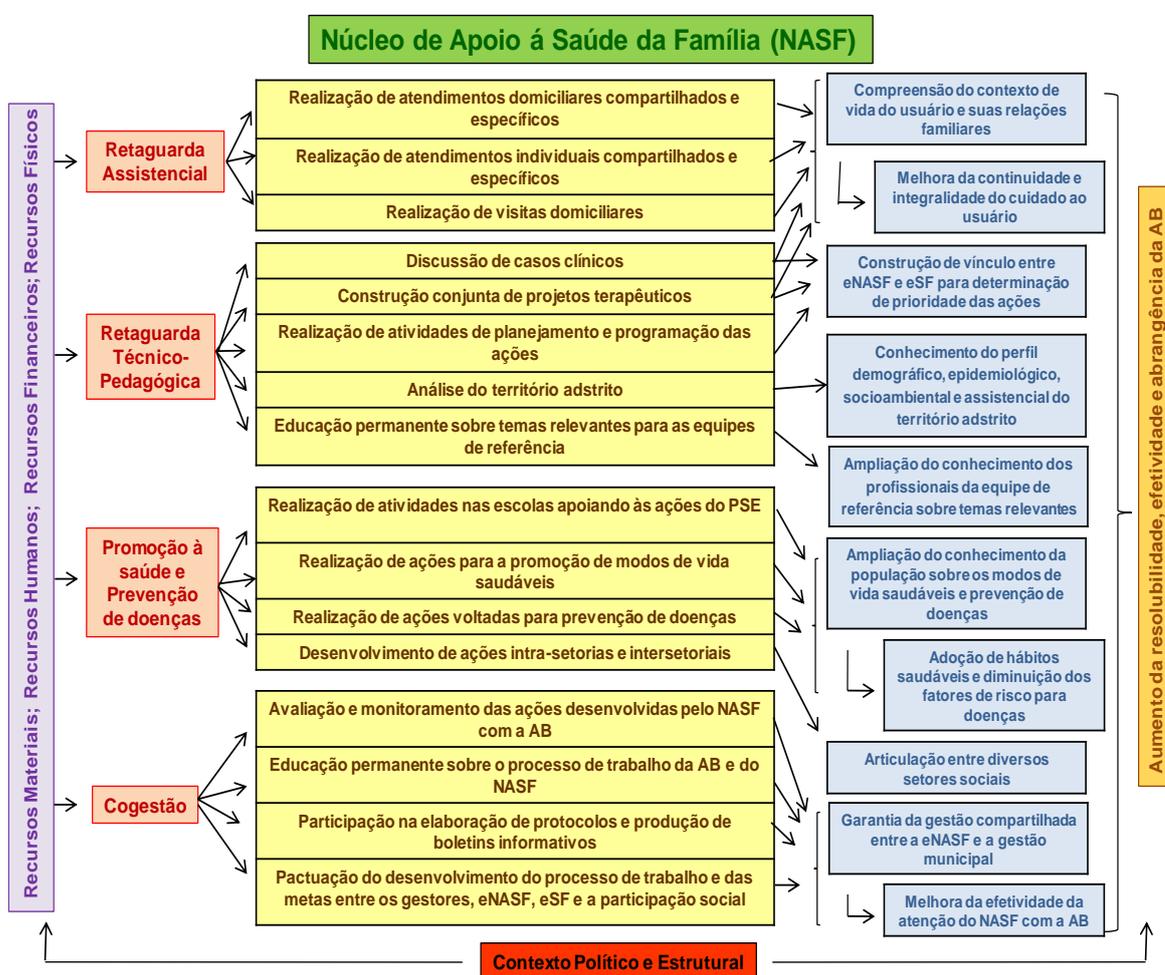


Figura 1 – Modelo Lógico do NASF de três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco

## b) Elaboração da Matriz de Análise e Julgamento

A partir do modelo lógico da intervenção foi construída a matriz de análise e julgamento (Quadros 3 e 4) identificando os indicadores e parâmetros para cada componente das dimensões estrutura e processo, sendo ainda estabelecida a classificação de julgamento dessas dimensões.

**Quadro 3 – Matriz de Análise e Julgamento para a dimensão Estrutura para avaliação do NASF em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco, 2014.**

Dimensão	Peso	Componentes	Indicador	Parâmetro	Julgamento
Estrutura	3	Recursos Físicos	Disponibilidade de carro para deslocamento dos profissionais em áreas de difícil acesso	Nunca = 0 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 6 Sempre = 10	Implantado = 80% a 100%  Parcialmente Implantado = 50% a 79%  Insuficientemente Implantado = 25% a 49%  Não Implantado = 0% a 24%
			Disponibilidade de espaço para reuniões eNASF	Nunca = 0 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 6 Sempre = 10	
			Disponibilidade de espaço dentro da UBS para reuniões eNASF e eSF	Nunca = 0 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 6 Sempre = 10	
			Disponibilidade de espaço para atividades coletivas	Nunca = 0 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 6 Sempre = 10	
		Recursos Humanos	Existência de profissionais em número suficientes e com as categorias profissionais adequadas a realidade do município	Não Possui = 0  Possui = 10	

Continuação...

Dimensão	Peso	Componentes	Indicador	Parâmetro	Julgamento
Estrutura	3	Recursos Físicos	Cumprimento de carga horária no NASF por categoria profissional	Não = 0 Sim = 10	Implantado = 80% a 100%  Parcialmente Implantado = 50% a 79%  Insuficientemente Implantado = 25% a 49%  Não Implantado = 0% a 24%
			Cumprimento de carga horária no NASF por profissional	Não = 0 Sim = 10	
		Recursos Materiais	Disponibilidade de Computadores	Nunca = 0 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 6 Sempre = 10	
			Disponibilidade de acesso à internet	Nunca = 0 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 6 Sempre = 10	
			Livro de ponto e atas de reunião	Não Possui = 0 Possui = 10	
			Quadro de Avisos	Não Possui = 0 Possui = 10	
			Armário arquivo	Não Possui = 0 Possui = 10	
			Material gráfico para registro de produção	Não Possui = 0 Possui = 10	
			Notebook	Não Possui = 0 Possui = 10	
			Data Show em uso	Não Possui = 0 Possui = 10	
			Aparelho de som em uso	Não Possui = 0 Possui = 10	

Continuação...

Dimensão	Peso	Componentes	Indicador	Parâmetro	Julgamento
Estrutura	3	Recursos Materiais	Máquina fotográfica em uso	Não Possui = 0 Possui = 10	Implantado = 80% a 100% Parcialmente Implantado = 50% a 79% Insuficientemente Implantado = 25% a 49% Não Implantado = 0% a 24%
			Material informativo (folders, panfletos, cartazes, cartilhas, banner, faixas)	Não Possui = 0 Possui = 10	
			Material de escritório (grampeador, pastas, folhas de ofício, pilotos, lápis coloridos, tubo de cola e aplicador de cola quente, emborrachados, fita adesiva, envelopes, tesoura, agendas, cartolinas)	Não Possui = 0 Possui = 10	

**Quadro 4 – Matriz de Análise e Julgamento para a dimensão Processo para avaliação do NASF em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco, 2014.**

Dimensão	Peso	Componente	Indicador	Parâmetro	Julgamento
Processo	7	Retaguarda Assistencial	Realização de Atendimento domiciliar compartilhado	Não Realiza= 0 Realiza=10	Implantado = 80% a 100% Parcialmente Implantado = 50% a 79% Insuficientemente Implantado = 25% a 49% Não Implantado = 0% a 24%
			Realização de Atendimento domiciliar específico	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Realização de Atendimento individual compartilhado	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Realização de Atendimento individual específico	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Realização de Visita domiciliar	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Registro do atendimento nos prontuários	Não Realiza= 0 Realiza=10	

Continuação...

Dimensão	Peso	Componente	Indicador	Parâmetro	Julgamento
Processo	7	Retaguarda Técnico-Pedagógica	Discussão de casos clínicos (eNASF)	Não Realiza= 0 Realiza=10	Implantado = 80% a 100%  Parcialmente Implantado = 50% a 79%  Insuficientemente Implantado = 25% a 49%  Não Implantado = 0% a 24%
			Discussão de casos clínicos (eNASF e eSF)	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Discussão de casos clínicos (eNASF e outros serviços)	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Utilização dos prontuários na discussão de casos clínicos	Não Utiliza= 0 Utiliza=10	
			Construção conjunta (eNASF e eSF) de Projetos Terapêuticos Singulares	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Realização de Construção conjunta (eNASF e outros serviços) de Projetos Terapêuticos Singulares	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Realização de Atividades de planejamento e programação das ações (eNASF )	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Realização de Atividades de planejamento e programação das ações (eNASF e eSF)	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Análise do território adstrito, conforme a necessidade do município	Não Realiza= 0 < 20% = 3 21% a 49% = 5 50% a 89% = 7 90% a 100% = 10	

Continuação...

Dimensão	Peso	Componente	Indicador	Parâmetro	Julgamento
Processo	7	Retaguarda Técnico-Pedagógica	Educação permanente sobre temas relevantes para as equipes de referência	Não Realiza= 0 Realiza=10	Implantado = 80% a 100%  Parcialmente Implantado = 50% a 79%  Insuficientemente Implantado = 25% a 49%  Não Implantado = 0% a 24%
		Promoção à saúde e Prevenção de doenças	Realização de atividades nas escolas apoiando às ações do PSE	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Orientações sobre Autocuidado	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Orientações sobre Alimentação saudável	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Realização de Práticas corporais e atividade física	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Orientação aos cuidadores	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Articulação para Inclusão social	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Realização de ações voltadas para prevenção de doenças	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Articulação com a Secretaria de Saúde	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Articulação com a Secretaria de Educação	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Articulação com a Secretaria de Ação Social	Não Realiza= 0 Realiza=10	

Continuação...

Dimensão	Peso	Componente	Indicador	Parâmetro	Julgamento
Processo	7	Cogestão	Avaliação das ações do NASF	Não Realiza= 0 Realiza=10	Implantado = 80% a 100%  Parcialmente Implantado = 50% a 79%  Insuficientemente Implantado = 25% a 49%  Não Implantado = 0% a 24%
			Realização de Monitoramento das ações do NASF	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Realização de Educação permanente (eNASF) sobre o processo de trabalho da AB e do NASF	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Realização de Educação permanente (eNASF e eSF) sobre o processo de trabalho da AB e do NASF	Não Realiza= 0 Realiza=10	
			Participação na elaboração de protocolos	Não Participa= 0 Participa=10	
			Participação na produção de boletins informativos	Não Participa= 0 Participa=10	
			Pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre os gestores, eNASF, eSF e a participação social	Não Realiza= 0 Realiza=10	

O modelo lógico e a matriz de julgamento foram submetidos à consulta com especialistas, os quais contribuíram para a conformação da versão final destes instrumentos. Para tal foram convidados a participar deste processo três profissionais da área acadêmica que exerceram atividades em NASF da região metropolitana de Recife e um profissional do apoio técnico do NASF de Recife.

## c) Análise do Contexto

Foram elencadas as categorias e subcategorias para análise do contexto político e estrutural (Quadro 5), sob a perspectiva dos secretários de saúde, coordenadores da AB e do NASF dos municípios a serem avaliados.

**Quadro 5 – Categorias e Subcategorias de análise do contexto para avaliação do NASF em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco, 2014.**

Categorias de Análise	Subcategorias
<p>Político (atores, conflitos, poder, estratégia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação entre os atores devido à implantação da intervenção</li> <li>- Suporte dado pelos gestores à implantação do NASF</li> <li>- Coerência entre os objetivos da intervenção e o suporte dado pelos gestores</li> </ul>
<p>Estrutural (atributos organizacionais, atributos dos gestores)</p>	<p>Atributos dos Gestorários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfil dos gestores/ gerentes (especialização);               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção prestada à inovação;</li> <li>- Orientação cosmopolita ou local.</li> </ul> </li> </ul> <p>Atributos Organizacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tamanho;</li> <li>- Centralização;</li> <li>- Formalização (do comportamento);               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento e avaliação;</li> <li>- Nível de especialização.</li> </ul> </li> </ul>

Fonte: Adaptado de Quinino (2010).

## d) Elaboração da Matriz para Análise da Influência do Contexto no Grau de Implantação

Para a elaboração da matriz (Quadro 6) foram identificados critérios, indicadores e padrões para julgamento da influência do contexto político e estrutural no grau de implantação.

**Quadro 6 – Matriz de julgamento para análise da influência do contexto político e estrutural no grau de implantação do NASF em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Norte de Pernambuco, 2014.**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Indicador</b>	<b>Padrão</b>	<b>Julgamento</b>
Contexto Político	Articulação entre os atores (Gestor municipal/Coordenador de AB – eNASF – eSF) devido à implantação da intervenção	Comunicação e envolvimento entre os atores	Existe canal adequado?	Deve existir um canal de comunicação estabelecido e funcionando entre Gestor municipal/Coordenador de AB – eNASF – eSF (e-mail, telefone, whatsapp, reuniões)	Existência de um canal adequado de comunicação ↓ Há articulação entre os atores ↓ Contexto favorece a Implantação
			Existe espaço para escuta dos profissionais?	Deve haver espaço formal para escuta das necessidades dos profissionais da AB(eNASF e eSF) (existência de reuniões para troca de experiências, grupos sociais)	Existência de um espaço formal ↓ Há articulação entre os atores ↓ Contexto favorece a Implantação
	Suporte dado pelos gestores/coordenadores da AB à implantação da intervenção.	Apoio dos gestores/coordenadores da AB ao bom funcionamento da AB	Existe articulação com outros setores ?	Deve existir articulação (parcerias) com outras secretarias e/ou setores do município, principalmente a Educação e Assistência Social para desenvolvimento de ações em conjunto com o NASF.	Existência de articulação com outros setores ↓ Gestão dá suporte ↓ Contexto favorece a Implantação
			Existe investimento em capacitações?	O gestor municipal/coordenador de AB deve ter investido em pelo menos 1 capacitação no último ano: - capacitações para qualificação profissional que abordem conhecimentos sobre o trabalho	

Continuação...

Categoria	Subcategorias	Critérios	Indicador	Padrão	Julgamento
Contexto Político	Suporte dado pelos gestores/coordenadores da AB à implantação da intervenção.			<p>das eAB;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- capacitações sobre a organização das Rede de Atenção à Saúde;</li> <li>- capacitações sobre competências para o trabalho de apoio às equipes (tais como gestão compartilhada do cuidado, trabalho em equipe multiprofissional, disposição para compartilhar e transferir tecnologias etc.)</li> <li>- capacitações relativas aos núcleos de saber de cada categoria profissional</li> </ul>	<p>Investimento em capacitações</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gestão dá suporte</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Contexto favorece a Implantação</p>
		Conhecimento das funções do NASF	Conhece as funções do NASF?	<p>O gestor municipal/coordenador de AB/coordenador do NASF deve conhecer no mínimo 3 das seguintes funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar as solicitações de apoio e identificar necessidades das equipes vinculadas a partir da relação estabelecida com elas;</li> <li>- Propor e pactuar propostas terapêuticas com a equipe de AB, considerando a possibilidade de realização de ações compartilhadas com esses profissionais e ações específicas do Nasf;</li> <li>- Realizar ações compartilhadas com a equipe de AB e/ou ações específicas, quando acordadas;</li> </ul>	<p>Gestor/coordenador de AB conhece a função do NASF</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gestão dá suporte</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Contexto favorece a implantação</p>

Continuação...

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicador</b>	<b>Padrão</b>	<b>Julgamento</b>
Contexto Político	Suporte dado pelos gestores/coordenadores da AB à implantação da intervenção.			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartilhar a responsabilidade pela condução do cuidado.</li> <li>- Ser corresponsável por usuários adscritos às equipes de AB e, ao mesmo tempo, pelas próprias equipes de AB.</li> <li>- Atuar diretamente com usuários (mediante critérios e fluxos combinados), orientando as equipes vinculadas segundo seu núcleo de conhecimento, agregando recursos de saber e buscando aumentar sua capacidade para a resolução dos problemas.</li> </ul>	
		Pactuação do processo de trabalho do NASF	Participa da pactuação?	O gestor municipal/coordenador de AB deve participar de reuniões regulares com os profissionais da AB (eSF e eNASF) para pactuar os objetivos a serem alcançados, os problemas prioritários a serem abordados, os critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, os critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores e as formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos.	Gestor/coordenador de AB participa da pactuação ↓ Gestão dá suporte ↓ Contexto favorece a implantação
	Coerência entre os objetivos da intervenção e o suporte dado pelos gestores.	Conhecimento sobre o NASF	Conhece os objetivos?	O gestor municipal/coordenador de AB/ coordenador do NASF deve conhecer no mínimo 2 dos seguintes objetivos do NASF:	

Continuação...

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Indicador</b>	<b>Padrão</b>	<b>Julgamento</b>
Contexto Político				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica;</li> <li>- Aumentar a resolubilidade da AB;</li> <li>- Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica;</li> <li>- Auxiliar no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios.</li> </ul>	<p>Gestor/coordenador de AB conhece os objetivos do NASF</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Motivos coerentes</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Contexto favorece a implantação</p>
Contexto Estrutural	<p>Atributos dos Gestionários:</p> <p>- Perfil profissional dos gestores;</p>	Formação do gestor municipal/coordenador de AB/coordenador do NASF	Possui formação adequada?	O gestor municipal/coordenador de AB/ coordenador do NASF deve ter formação superior na área de saúde e pós-graduação em saúde pública ou áreas afins (vigilância em saúde, planejamento, gestão e avaliação, epidemiologia, entre outras)	<p>Perfil do gestor/coordenador de AB favorável à implantação</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Contexto favorece a implantação</p>
	- Atenção prestada à inovação;	Inovação	Incentiva o diálogo?	O gestor municipal/coordenador de AB deve incentivar o diálogo sendo o mediador de reuniões entre a eNASF e eSF e direcionando atividades para serem realizadas entre os profissionais das duas equipes.	<p>Gestor/coordenador de AB com perfil inovador</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Contexto favorece a implantação</p>

Continuação...

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicador</b>	<b>Padrão</b>	<b>Julgamento</b>
Contexto Estrutural	- Orientação cosmopolita ou local	Apresentação e discussão de temas no Conselho	Apresenta e discute temas no Conselho?	O gestor municipal/coordenador de AB deve ter apresentado e discutido no Conselho Municipal de Saúde no mínimo 1 dos seguintes temas: - Informações relevantes (perfil demográfico, epidemiológico, assistencial e socioambiental do território) para a definição da eNASF e sua área de atuação; - Mecanismos de monitoramento e avaliação das ações do NASF; - Definições de ações prioritárias.	Gestor/coordenador de AB com orientação cosmopolita ↓ Contexto favorece a implantação
	Atributos Organizacionais:  - Tamanho;	NASF implantado de acordo com a realidade do município	As atividades são realizadas de acordo com a realidade do município?	Atividades do NASF devem ser realizadas levando em consideração o perfil demográfico, epidemiológico, assistencial e socioambiental do município (Análise do território)	Realização de atividades adequadas à realidade municipal ↓ Contexto favorece a implantação
		Tomada de decisão	A tomada de decisão é descentralizada?	A tomada de decisão do NASF deve ser realizada pelo secretário(a) de saúde; coordenador(a) de AB; eNASF; eSF e usuários.	Tomada de decisão descentralizada ↓ Contexto favorece a implantação
	- Centralização;	Planejamento participativo	Realiza planejamento participativo?	O planejamento participativo deve ocorrer levando em consideração a opinião dos atores envolvidos na intervenção.	Existência de planejamento participativo ↓ Contexto favorece a implantação

Continuação...

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Indicador</b>	<b>Padrão</b>	<b>Julgamento</b>
Contexto Estrutural	- Formalização do comportamento;	Organograma	O NASF está incluso no organograma?	O NASF deve estar incluso em um organograma no município.	Existência do organograma ↓ Contexto favorece a implantação
		Normatizações municipais	Existem normatizações?	Devem existir normatizações municipais (leis, portarias, protocolos, documentos oficiais...) que contemplem as atividades que o NASF deverá realizar e as categorias profissionais necessitadas pelo município para a composição do NASF.	Existência de normatizações municipais ↓ Contexto favorece a implantação
	- Monitoramento e avaliação;	Monitoramento e avaliação	Existe monitoramento?	Deve existir um monitoramento sistemático incorporado na rotina da eNASF das ações definidas como prioridades e uma definição de parâmetros para avaliar se os resultados esperados estão sendo alcançados.	Existe monitoramento ↓ Contexto favorece a implantação
			Existe avaliação?	Para a realização da avaliação das atividades do NASF devem ser observadas as seguintes ações:  - Identificação dos principais problemas;	Existe avaliação ↓ Contexto favorece a implantação

Continuação...

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicador</b>	<b>Padrão</b>	<b>Julgamento</b>
Contexto Estrutural	- Nível de especialização.			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão sobre as causas dos problemas escolhidos e seleção dos nós críticos;</li> <li>- Determinação dos problemas prioritários a serem enfrentados;</li> <li>- Elaboração de estratégias de intervenção para superação dos problemas prioritários;</li> <li>- Pactuação com os sujeitos envolvidos das ações a serem implementadas.</li> </ul>	
		Conhecimento da capacidade profissional da eNASF	Procurou saber a formação dos profissionais antes da contratação?	O gestor municipal/coordenador de AB deve ter realizado entrevistas e/ou análise dos currículos de todos os profissionais.	O gestor municipal/coordenador de AB conhece a formação da eNASF ↓ Contexto favorece a implantação
			Considera que a formação dos profissionais é adequada para o NASF?	O gestor municipal/coordenador de AB/coordenador do NASF deve considerar capacitados (com formação adequada) aqueles profissionais com formação em Saúde Pública e/ou Saúde da Família.	O gestor municipal/coordenador de AB considera a formação adequada ↓ Contexto favorece a implantação

Fonte: Adaptado de Quinino (2010)

#### 4.5. COLETA DE DADOS

Foram utilizados dados primários, por meio de instrumentos semi-estruturados elaborados a partir da matriz de julgamento.

Para a avaliação normativa foi utilizado um questionário semi-estruturado aplicado a todos os profissionais do NASF dos três municípios, compreendendo questões sobre a estrutura e o processo da intervenção.

Para a análise dos elementos políticos e estruturais do contexto municipal foram realizadas entrevistas semi-estruturadas gravadas com um celular Samsung Galaxy Pocket Plus Duos GT-S5303B, com gestores municipais e os coordenadores da AB e do NASF dos municípios, com o intuito de identificar os fatores contextuais relacionados à intervenção avaliada neste estudo.

#### 4.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a determinação do grau de implantação, indicador numérico, foram atribuídas pontuações aos indicadores de estrutura e processo, as quais admitiram, sobretudo, respostas dicotômicas (do tipo sim ou não). Nestes casos, para cada resposta negativa, o item recebeu pontuação “zero”, e para cada resposta positiva recebeu “dez pontos”, embora, em alguns itens houvesse variação na escala de zero a dez de acordo com a resposta, e no final a pontuação destes itens foi somada. Foi utilizado o seguinte cálculo para obtenção da pontuação de cada indicador e o seu grau de implantação:

$$P_{EI} = N_p \times 10$$

$$P_{OI} = R_{p1} + R_{p2} + \dots R_{pn}$$

$$GI_1 = \left( \frac{P_{OI}}{P_{EI}} \right) \times 100$$

Onde =  $P_{EI}$  : Pontuação esperada do Indicador

$N_p$ : Número de profissionais do NASF que responderam o questionário

$P_{OI}$  : Pontuação obtida do Indicador

$R_p$ : Resultado obtido por profissional

$GI_i$ : Grau de Implantação do indicador

Após o somatório dos indicadores, sendo 20 para a estrutura e 33 para o processo, foi calculado a pontuação obtida em cada dimensão:

$$P_{OE} = \sum_{n=1}^{20} P_{OI_n} \quad P_{OP} = \sum_{n=21}^{53} P_{OI_n}$$

Onde =  $P_{OE}$ : Pontuação obtida Estrutura

$P_{OP}$ : Pontuação obtida Processo

A partir destas pontuações foi calculado o grau de implantação de cada dimensão e o geral, onde foi dado um maior peso ao processo por considerá-lo de maior importância para o NASF, o qual recebeu peso 7 e a estrutura peso 3:

$$GI_E = \frac{P_{OE}}{P_{EE}} \times 100 \quad GI_P = \frac{P_{OP}}{P_{EP}} \times 100$$

$$GI_G = \left( \left( \left( \frac{P_{OE}}{P_{EE}} \right) \times 3 \right) + \left( \left( \frac{P_{OP}}{P_{EP}} \right) \times 7 \right) \right) / 10$$

Onde =  $GI_G$ : Grau de Implantação Geral

$GI_E$ : Grau de Implantação Estrutura

GI<sub>P</sub>: Grau de Implantação Processo

P<sub>OE</sub>: Pontuação obtida Estrutura

P<sub>OP</sub>: Pontuação obtida Processo

P<sub>EE</sub>: Pontuação esperada Estrutura

P<sub>EP</sub>: Pontuação esperada Processo

No final, o grau de implantação foi classificado como: Não implantado (0-24%); Insuficientemente implantado (25-49%); Parcialmente implantado (50-79%) e Implantado (80-100%).

A análise do contexto e da influência dos elementos políticos e estruturais no grau de implantação foi realizada mediante uma abordagem descritiva dos resultados observados nas categorias elencadas.

#### 4.7. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP conforme o parecer nº 4524-14 (Anexo 1), obedecendo aos critérios éticos definidos na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os profissionais entrevistados foram esclarecidos sobre o tema e objetivo do estudo, o tempo médio necessário para a realização da entrevista e a utilização feita dos dados fornecidos, e foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), em duas vias, concordando com a participação na pesquisa, onde foi garantido o anonimato e a confidencialidade das informações. Os termos de anuência dos municípios pesquisados encontram-se no anexo 2.

## **V. RESULTADOS**

Nesta seção será apresentado o artigo científico, produto da dissertação do Mestrado em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), o qual será submetido à revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.

**Título: “Análise de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco”**

## VI. CONCLUSÕES

Diante dos resultados observados neste estudo, pode-se concluir que:

- A avaliação normativa apresentou como pontos fortes do NASF os indicadores relacionados aos componentes Retaguarda Assistencial e Promoção à saúde e Prevenção de doenças e como pontos fracos os indicadores dos componentes Retaguarda Técnico-Pedagógica e Cogestão.

- Embora os documentos ministeriais afirmem que o NASF não carece de estrutura física própria para realizar seu trabalho, verifica-se que é imprescindível a gestão propiciar recursos físicos, humanos e materiais necessários para um melhor desenvolvimento das ações.

- No contexto político as maiores dificuldades dos municípios de pequeno porte estão relacionadas ao fato da gestão não conhecer os objetivos e funções do NASF, não investir em capacitações para os profissionais e não participar da pactuação do processo de trabalho. Enquanto no contexto estrutural são a inexistência de monitoramento e avaliação das ações do NASF, assim também como de normatizações municipais e organogramas, além de não haver planejamento participativo e tomada de decisão descentralizada.

- A avaliação do contexto no grau de implantação do NASF permitiu verificar, entre os municípios estudados, a importância da gestão municipal na implantação do NASF em municípios de pequeno porte. Os achados evidenciaram que quando a gestão apoia e participa ativamente do processo de trabalho do NASF, as ações da equipe fluem com mais facilidade, traduzindo em uma melhor implantação do programa.

- Apesar dos municípios receberem o mesmo financiamento do governo federal, estarem localizados na mesma região e suas equipes serem formadas quase que pelas mesmas categorias profissionais, houve diferenças no grau de implantação, comprovando que uma gestão que proporciona condições adequadas para realização das atividades pelos profissionais, sejam elas relacionadas à estrutura ou ao processo, influencia positivamente à intervenção.

- A relevância dos resultados encontrados neste estudo pode ir muito além dos municípios estudados, pois a realidade de muitas cidades brasileiras de pequeno porte é a mesma desses três municípios, logo, as relações entre a gestão e a eNASF certamente influenciarão positivamente ou negativamente a implantação do NASF, embora em uns municípios mais que em outros.

## VII. RECOMENDAÇÕES

Reconhece-se como limitação deste estudo o fato da avaliação do grau de implantação ter sido realizada apenas por um instrumento com questões fechadas auto-referidas pelos profissionais. Por outro lado, diante dos resultados deste estudo e das conclusões apresentadas, algumas recomendações se fazem necessárias a fim de contribuir na efetivação da implantação do NASF nos municípios estudados:

Aos gestores municipais:

- Utilizar o recurso financeiro recebido do governo federal especificamente para o NASF, para garantir uma estrutura física adequada para a realização das atividades, fazendo aquisições de materiais e equipamentos para o NASF, como datashow, notebook, aparelho de som, computadores e máquina fotográfica, além propiciar aos profissionais acesso a internet e veículos para deslocamentos sempre que necessário;
- Garantir aos profissionais capacitações frequentes referentes a temas da AB e que todos eles estejam qualificados para atuarem no NASF;
- Compor a equipe do NASF de acordo com as necessidades da população atendida;
- Buscar se aprofundar mais sobre a intervenção, através de leituras dos documentos ministeriais e participação em cursos de aperfeiçoamentos e especializações em saúde pública;
- Estimular cada vez mais o diálogo entre eNASF e eSF incentivando atividades em conjunto;
- Participar ativamente da pactuação do processo de trabalho do NASF.

Aos gestores e profissionais do NASF:

- Implantar instrumentos regulares de planejamento, monitoramento e avaliação das ações do NASF, incorporando essas práticas no cotidiano do serviço;
- Promover mudanças no processo de trabalho da equipe visando uma maior integração entre eNASF e eSF, realizando ações de educação permanente e construção de PTS;
- Realizar análise do território, sempre que necessário, juntamente com a eSF garantindo maiores informações para subsidiar as ações de planejamento;
- Fortalecer as parcerias com todas as outras secretarias e setores do município para realização de ações conjuntas;
- Divulgar de forma ampla nos territórios de atuação as ações do NASF;
- Garantir a participação social no processo de trabalho do NASF;
- Disseminar os resultados deste estudo com todos os atores envolvidos na intervenção.

## VIII. REFERÊNCIAS

1. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2005; 15(Suplemento): 225-264.
2. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(4): 693-705.
3. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde*. 2010; 34(1): 92-6.
4. Fragelli TBO. Análise das competências profissionais no núcleo de apoio à saúde da família [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica ganha nova dimensão. Informe da Atenção Básica. Nº 34. Brasília. Março/Abril, 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série Pactos pela Saúde 2006, v.4).
7. Brasil. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006
8. Mafra LPV. A trajetória do NASF no município de Piraí: uma análise para além da gestão [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012.
9. Patrocínio SSSM. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
10. Nobrega JSM. Avaliação das Ações do Núcleo de Apoio à Saúde Família (NASF) em Macaíba-RN [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013.
11. Figueiredo EN. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Universidade Federal de São Paulo: São Paulo, 2010.

12. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Rev. bras. ciênc. saúde*. 2012; 16(2): 113-122.
13. Brasil. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
15. Brasil. Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. 2008.
16. Souza FLD. A implantação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) no município de Patos de Minas, MG, Brasil: percepção do usuário [dissertação]. Franca: Universidade de Franca; 2010.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
18. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)
19. Brasil. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). 2012
20. Brasil. Portaria 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
21. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate*. 2013 out-dez; 37(99): 672-680.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
23. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.
24. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010; 20(4): 1079-1097.

25. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407.
26. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc*. 2011; 20(4): 961-970.
27. Pereira KG, Verdi MIM. Conflitos éticos no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de um município de Santa Catarina/SC [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
28. Oliveira IC, Rocha RM, Cutolo LRA. Algumas palavras sobre o nasf: relatando uma experiência acadêmica. *Rev. bras. educ. med*. 2012; 36(4): 574-580.
29. Sampaio J, Souza CSM, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Rocha AMO, Neto AAS, Sobrinho GDO. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev. bras. ciênc. saúde*. 2012; 16(3): 317-324.
30. Barros CML, Júnior GF. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 2012 jan-jun; 1(1): 140-154.
31. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, Delziovo CR, Coelho EBS, Moreti-Pires RO. Análise da Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Sau. & Transf. Soc*. 2012; 3(1): 18-31.
32. Martiniano CS, Sampaio J, Magalhães FC, Souza FF, Marcolino EC, Rocha AMO. Avaliação do processo de implantação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev enferm UFPE online*. 2013; 7(1): 53-61.
33. Andrade AF, Lima MM, Monteiro NP, Silva VL. Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife. *Audiol Commun Res*. 2014; 19(1): 52-60.
34. Sarti TD, Lima RCD, Silva MZ, Maciel ELN. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. *UFES Rev Odont*. 2008; 10(1): 63-9.
35. Vieira-da-Silva LM, Formigli VLA. Health Evaluation: Problemas and Perspectives. *Cad. Saúde Pública*. 1994 jan-mar; 10(1): 80-91.
36. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brouselle A, Hartz Z, Denis JL. A Avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e Métodos. In :Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. (Org.) *Avaliação: Conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 41-60.

37. Champagne F, Brouselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP, Denis JL. A Análise de Implantação. In : Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. (Org.) Avaliação: Conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-238.
38. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc. saúde colet. 2002; 7(3): 401-412.
39. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA. (Org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.
40. Yin RK. Estudo de caso: Planejamento e Métodos. Trad. Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
41. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=260070&search=pernambuco|alianca>>. Acesso em: 15 agosto de 2014.
42. DATASUS – CNES – Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=26&VCodMunicipio=260070&NomeEstado=PERNAMBUCO](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=26&VCodMunicipio=260070&NomeEstado=PERNAMBUCO)>. Acesso em: 15 agosto de 2014.
43. Brasil. Portaria nº 2.325 de 06 de outubro de 2009. Credencia Municípios a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2009
44. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=260950&search=pernambuco|nazare-da-mata>>. Acesso em: 15 agosto de 2014.
45. DATASUS – CNES – Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=26&VCodMunicipio=260950&NomeEstado=PERNAMBUCO](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=26&VCodMunicipio=260950&NomeEstado=PERNAMBUCO)>. Acesso em: 15 agosto de 2014.
46. Brasil. Portaria nº 1.616 de 06 de agosto de 2008. Credencia Municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008
47. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=261630&search=pernambuco|vicencia>>. Acesso em: 15 agosto de 2014.
48. DATASUS – CNES – Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=26&VCodMunicipio=261630&NomeEstado=PERNAMBUCO](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=26&VCodMunicipio=261630&NomeEstado=PERNAMBUCO)>. Acesso em: 15 agosto de 2014.

49. Brasil. Portaria nº 1.150 de 09 de junho de 2008. Credencia Municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008
50. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva L. (Org.) Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-64.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ): Instrumento de Avaliação Externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ): Material de Apoio a Autoavaliação para as Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
53. Quinino LRM, Barbosa CS, Samico I. O programa de controle da esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco: uma análise de implantação. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2010; 10(supl.1): s119-129.

## APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** “Análise de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco”

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar, na qualidade de entrevistado, do estudo “Análise de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco” que tem como objetivo avaliar a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco. Para isto serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, que serão gravadas pelo entrevistador, com profissionais do NASF e com gestores dos municípios. A sua participação contribuirá para a compreensão de como esse contexto influencia no funcionamento do NASF nestes municípios, e o resultado do estudo trará benefícios aos usuários e conseqüentemente aos municípios, na medida em que a avaliação sobre o processo de trabalho e a organização dos serviços fornecerá subsídios para a gestão melhorar a qualidade do serviço prestado pelo NASF.

Qualquer esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora Danielle Rufino Barbosa da Silva Ribeiro, estudante do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), no endereço Rua Ademar Pires Travassos nº 368 ap 203, Iputinga, Recife-PE ou pelo telefone (81) 96337122 / 99673429.

Os riscos relacionados com a sua participação podem ser constrangimentos perante pessoas e instituições, caso a identidade venha a público. Contudo, garanto que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma. A sua participação não é obrigatória, podendo o Sr.(a) desistir de participar a qualquer momento sem prejuízos a sua pessoa, sendo garantido o anonimato e a privacidade dos dados pessoais. O Sr.(a) conhecerá os resultados do estudo em reuniões no seu local de trabalho.

Este termo de consentimento será emitido em duas vias, ficando uma em posse da pesquisadora e a outra será entregue ao Sr.(a).

Se o Sr.(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (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 tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 hs (manhã) e 13:30 às 16:00hs (tarde).

---

Entrevistado

---

Pesquisadora

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

## APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

### Instrumento para Avaliação do Grau de Implantação

**Função:** \_\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

### Dimensão Estrutura

#### - Recursos Físicos

**1.** A eNASF tem disponibilidade de carro para deslocamento dos profissionais em áreas de difícil acesso?

Nunca ( ) (0 Ponto)

Algumas vezes ( ) (3 Pontos)

Majoria das vezes ( ) (6 Pontos)

Sempre ( ) (10 Pontos)

**2.** A eNASF tem disponibilidade de espaço para realização de reuniões com todos os profissionais para planejamento e programação das ações?

Nunca ( ) (0 Ponto)

Algumas vezes ( ) (3 Pontos)

Majoria das vezes ( ) (6 Pontos)

Sempre ( ) (10 Pontos)

**3.** A eNASF tem disponibilidade de espaço dentro da UBS para realização de reuniões com a equipe de Saúde da Família para planejamento e programação das ações e discussão de casos clínicos?

Nunca ( ) (0 Ponto)

Algumas vezes ( ) (3 Pontos)

Majoria das vezes ( ) (6 Pontos)

Sempre ( ) (10 Pontos)

**4.** A eNASF tem disponibilidade de espaço para realização de atividades coletivas com a comunidade?

**Obs:** Atividade coletiva compartilhada (apoio para planejamento, programação ou execução conjunta de grupos de educação e saúde e ações de sensibilização desenvolvidas na UBS ou em outros espaços comunitários) e Atividade coletiva específica (atividade em grupo coordenada pelo profissional do Nasf, específica de seu núcleo de saber).

Nunca ( ) (0 Ponto)	Algumas vezes ( ) (3 Pontos)
Maioria das vezes ( ) (6 Pontos)	Sempre ( ) (10 Pontos)

### - Recursos Humanos

<p><b>5.</b> A eNASF possui profissionais em número suficientes e com as categorias profissionais adequadas a realidade do município?</p> <p>Não possui ( ) (0 Ponto) <span style="margin-left: 200px;">Possui ( ) (10 Pontos)</span></p>	
<p><b>6.</b> As categorias profissionais cumprem no NASF a carga horária determinada pelo Ministério da Saúde (mínimo de 20h e máxima de 80h por semana)?</p> <p><b>Obs:</b> Categorias profissionais = Especialidades (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia...)</p> <p>Não ( ) (0 Ponto) <span style="margin-left: 200px;">Sim ( ) (10 Pontos)</span></p>	
<p><b>7.</b> Os profissionais cumprem no NASF a carga horária determinada pelo Ministério da Saúde (mínimo de 20h por semana)?</p> <p><b>Obs:</b> Profissional = “O” profissional (o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o psicólogo...)</p> <p>Não ( ) (0 Ponto) <span style="margin-left: 200px;">Sim ( ) (10 Pontos)</span></p>	

### - Recursos Materiais

<p><b>8.</b> A eNASF tem acesso a computadores?</p> <p>Nunca ( ) (0 Ponto) <span style="margin-left: 200px;">Algumas vezes ( ) (3 Pontos)</span></p> <p>Maioria das vezes ( ) (6 Pontos) <span style="margin-left: 200px;">Sempre ( ) (10 Pontos)</span></p>	
<p><b>9.</b> A eNASF tem acesso à internet?</p> <p>Nunca ( ) (0 Ponto) <span style="margin-left: 200px;">Algumas vezes ( ) (3 Pontos)</span></p> <p>Maioria das vezes ( ) (6 Pontos) <span style="margin-left: 200px;">Sempre ( ) (10 Pontos)</span></p>	
<p><b>10.</b> A eNASF possui livro de ponto ou ponto digital?</p> <p>Não possui ( ) (0 Ponto) <span style="margin-left: 200px;">Possui ( ) (10 Pontos)</span></p>	
<p><b>11.</b> A eNASF possui atas de reunião?</p> <p>Não possui ( ) (0 Ponto) <span style="margin-left: 200px;">Possui ( ) (10 Pontos)</span></p>	



<b>Dimensão Processo</b>
--------------------------

**- Retaguarda Assistencial**

**21.** A eNASF realiza atendimento domiciliar compartilhado?

**Obs:** Atendimento realizado em conjunto com ao menos um profissional da equipe de AB, com o objetivo de promover o acesso dos usuários restritos ao leito ou a domicílio.

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

**22.** A eNASF realiza atendimento domiciliar específico?

**Obs:** Atendimento realizado apenas pelo profissional do NASF, após regulação e pactuação com a equipe vinculada, com o objetivo de promover o acesso dos usuários restritos ao leito ou a domicílio.

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

**23.** A eNASF realiza atendimento individual compartilhado?

**Obs:** Atendimento realizado conjuntamente entre o profissional NASF e, no mínimo, um profissional da equipe de AB.

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

**24.** A eNASF realiza atendimento individual específico?

**Obs:** Atendimento realizado apenas pelo profissional do NASF, após regulação e pactuação com a equipe de AB.

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

**25.** A eNASF realiza visita domiciliar?

**Obs:** Ação planejada e executada com as equipes de Saúde da Família, especialmente com os ACS, com o objetivo de observar as condições de vida dos usuários conhecendo seu modo de vida expresso no cotidiano de sua vida familiar, comunitária, no trabalho...

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

**26.** Você realiza o registro dos atendimentos nos prontuários? (Pontuação máxima: 10 pontos)

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

**- Retaguarda Técnico-Pedagógica**

<p><b>27.</b> A eNASF realiza discussão de casos clínicos?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>
<p><b>28.</b> A eNASF realiza discussão de casos clínicos com a equipe de Saúde da Família?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>
<p><b>29.</b> A eNASF realiza discussão de casos clínicos com outros serviços?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p> <p>Quais Serviços: _____</p>
<p><b>30.</b> A eNASF utiliza os prontuários na discussão de casos clínicos</p> <p>Não utiliza ( ) (0 Ponto) Utiliza ( ) (10 Pontos)</p>
<p><b>31.</b> A eNASF realiza construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) com a equipe de Saúde da Família?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>
<p><b>32.</b> A eNASF realiza construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) com outros serviços?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p> <p>Quais Serviços: _____</p>
<p><b>33.</b> A eNASF realiza atividades de planejamento e programação das ações?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>
<p><b>34.</b> A eNASF realiza atividades de planejamento e programação das ações com a equipe de Saúde da Família?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>

**35.** A eNASF realiza análise do território adstrito conforme a necessidade do município?

Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( )

Em quantas UBS? \_\_\_\_\_

< 20% ( ) (3 Pontos)

21% a 49% ( ) (5 Pontos)

50% a 89% ( ) (7 Pontos)

90% a 100% ( ) (10 Pontos)

**36.** A eNASF realiza educação permanente sobre temas relevantes para as equipes de referência?

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

### - Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças

**37.** A eNASF realiza atividades nas escolas apoiando às ações do PSE?

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

**38.** A eNASF realiza orientações sobre autocuidado?

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

**39.** A eNASF realiza orientações sobre alimentação saudável?

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

**40.** A eNASF realiza práticas corporais e atividade física?

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

**41.** A eNASF realiza orientações aos cuidadores?

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

**42.** A eNASF realiza articulação para inclusão social?

Inclusão de pessoas com deficiência física ( )

Inclusão de pessoas com transtornos mentais ( )

Inclusão escolar ( )

Outros: \_\_\_\_\_

**Obs:** Considerar que realiza se marcar pelo menos uma das opções.

Não realiza ( ) (0 Ponto)

Realiza ( ) (10 Pontos)

<p><b>43.</b> A eNASF realiza ações voltadas para prevenção de doenças?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>
<p><b>44.</b> A eNASF realiza articulação com a Secretaria de Saúde?</p> <p>CAPS ( ) Vigilância Sanitária ( ) Vigilância Epidemiológica ( ) Atenção Secundária ( ) Recursos Humanos ( )</p> <p>Outros: _____</p> <p><b>Obs:</b> Considerar que realiza se marcar pelo menos uma das opções.</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>
<p><b>45.</b> A eNASF realiza articulação com a Secretaria de Educação?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>
<p><b>46.</b> A eNASF realiza articulação com a Secretaria de Ação Social?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>
<p>Outras articulações: _____</p>

#### - Cogestão

<p><b>47.</b> A eNASF realiza avaliações de suas ações?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>
<p><b>48.</b> A eNASF realiza monitoramento de suas ações?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>
<p><b>49.</b> A eNASF realiza educação permanente entre a própria equipe sobre o processo de trabalho da AB e do NASF?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>
<p><b>50.</b> A eNASF realiza educação permanente com as equipes de Saúde da Família sobre o processo de trabalho da AB e do NASF?</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) Realiza ( ) (10 Pontos)</p>

<p><b>51.</b> A eNASF participa da elaboração de protocolos?</p> <p>Não participa ( ) (0 Ponto) <span style="float: right;">Participa ( ) (10 Pontos)</span></p>
<p><b>52.</b> A eNASF participa da produção de boletins informativos?</p> <p>Não participa ( ) (0 Ponto) <span style="float: right;">Participa ( ) (10 Pontos)</span></p>
<p><b>53.</b> A eNASF realiza pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas com os gestores, eSF e participação social, considerando:</p> <p>Objetivos a serem alcançados ( )</p> <p>Problemas prioritários a serem abordados ( )</p> <p>Critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos ( )</p> <p>Critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores ( )</p> <p>Formas de explicação e gerenciamento resolutivo de conflitos ( )</p> <p><b>Obs:</b> Considerar que realiza apenas se marcar todas as opções.</p> <p>Não realiza ( ) (0 Ponto) <span style="float: right;">Realiza ( ) (10 Pontos)</span></p>

**APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO COM O  
SECRETÁRIO DE SAÚDE E COORDENADOR DE AB**

**Instrumento para Análise do Contexto**

**Função:** \_\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Contexto Político**

**1.** No município existe um canal de comunicação estabelecido e funcionando entre Gestor municipal/Coordenador de AB – eNASF – eSF?

Sim ( )      Não ( )

**1.1.** Se sim, qual é o canal e como funciona?

**1.2.** Se não, por que não existe?

**2.** No município existe algum espaço formal para escuta dos profissionais da AB (eNASF e eSF)?

Sim ( )      Não ( )

**2.1.** Se sim, qual é o espaço e como funciona?

**2.2.** Se não, por que não existe?

**3.** O Sr.(a) realiza articulação (parcerias) com outras secretarias e/ou setores do município para o desenvolvimento das ações do NASF?

Sim ( )      Não ( )

<p><b>3.1.</b> Se sim, quais são as secretarias e/ou setores e como ocorre essa articulação?</p> <p><b>3.2.</b> Se não, por que não realiza?</p>
<p><b>4.</b> O Sr.(a) investe em capacitações para os profissionais do NASF?</p> <p>Sim ( )      Não ( )</p> <p><b>4.1.</b> Se sim, quais os temas dessas capacitações e quantas foram oferecidas no último ano?</p> <p><b>4.2.</b> Se não, por que não investe?</p>
<p><b>5.</b> O Sr.(a) conhece as funções do NASF?</p> <p>Sim ( )      Não ( )</p> <p><b>5.1.</b> Se sim, quais são elas?</p> <p><b>5.2.</b> Se não, por que não conhece?</p>
<p><b>6.</b> O Sr.(a) participa da pactuação do processo de trabalho do NASF no município?</p> <p>Sim ( )      Não ( )</p> <p><b>6.1.</b> Se sim, como ocorre essa participação e quais os assuntos pactuados?</p> <p><b>6.2.</b> Se não, por que não participa?</p>

**7.** O Sr.(a) conhece os objetivos do NASF?

Sim ( ) Não ( )

**5.1.** Se sim, quais são eles?

**5.2.** Se não, por que não conhece?

### Contexto Estrutural

**1.** Qual a sua formação?

**1.1.** O Sr.(a) possui pós-graduação em saúde pública ou em alguma área afim (vigilância em saúde, planejamento, gestão e avaliação, epidemiologia, entre outras) ?

Sim ( ) Não ( )

**1.2.** Se sim, qual?

**2.** O Sr.(a) incentiva o diálogo entre a eNASF e eSF?

Sim ( ) Não ( )

**2.1.** Se sim, incentiva de que forma?

**2.2.** Se não, por que não incentiva?

**3.** O Sr.(a) já apresentou temas relacionados ao NASF para serem discutidos no Conselho Municipal de Saúde?

Sim ( ) Não ( )

**3.1.** Se sim, quais foram os temas?

**3.2.** Se não, por que ainda não apresentou?

**4.** Para o Sr.(a) as atividades do NASF são realizadas de acordo com a realidade do município?

Sim ( ) Não ( )

**4.1.** Por quê?

**5.** Quem realiza as tomadas de decisões sobre o NASF?

**6.** Existe planejamento participativo das ações do NASF?

Sim ( ) Não ( )

**6.1.** Se sim, como ocorre?

**6.2.** Se não, por que não existe?

**7.** No município existe um organograma incluindo o NASF?

Sim ( ) Não ( )

**7.1.** Se sim, onde o NASF se enquadra neste organograma?

**7.2.** Se não, por que não existe?

**8.** Existem normatizações municipais que contemplem as atividades e categorias profissionais necessitadas pelo município para a composição do NASF?

Sim ( ) Não ( )

**8.1.** Se sim, quais são elas?

**8.2.** Se não, por que não existem?

**9.** As ações realizadas pelo NASF no município são monitoradas?

Sim ( ) Não ( )

**9.1.** Se sim, como ocorre o monitoramento?

**9.2.** Se não, por que não são?

**10.** As ações realizadas pelo NASF no município são avaliadas?

Sim ( ) Não ( )

**10.1.** Se sim, como ocorre a avaliação?

**10.2.** Se não, por que não são?

**11.** O Sr.(a) procurou saber a formação de todos os profissionais antes de contratá-los?

Sim ( ) Não ( )

**11.1.** Se sim, de que forma procurou saber e quantos profissionais tem curso na área de Saúde Pública e/ou Saúde da Família?

**11.2.** Se não, por que não procurou saber?

**12.** O Sr.(a) considera todos os profissionais do NASF capacitados para atuarem neste programa?

Sim ( ) Não ( )

**12.1.** Se sim, por que os considera capacitados?

**12.2.** Se não, por que não considera?

**APÊNDICE 4 – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO COM O  
COORDENADOR DO NASF**

**Instrumento para Análise do Contexto**

**Função:** \_\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Contexto Político**

**1.** No município existe um canal de comunicação estabelecido e funcionando entre Gestor municipal/Coordenador de AB – eNASF – eSF?

Sim ( )      Não ( )

**1.1.** Se sim, qual é o canal e como funciona?

**1.2.** Se não, por que não existe?

**2.** No município existe algum espaço formal para escuta dos profissionais da AB (eNASF e eSF)?

Sim ( )      Não ( )

**2.1.** Se sim, qual é o espaço e como funciona?

**2.2.** Se não, por que não existe?

**3.** Existe articulação (parcerias) com outras secretarias e/ou setores do município para o desenvolvimento das ações do NASF?

Sim ( )      Não ( )

<p><b>3.1.</b> Se sim, quais são as secretarias e/ou setores, quem faz essa articulação e como ela ocorre?</p> <p><b>3.2.</b> Se não, por que não existe?</p>
<p><b>4.</b> A gestão municipal investe em capacitações para os profissionais do NASF?</p> <p>Sim ( )      Não ( )</p> <p><b>4.1.</b> Se sim, quais os temas dessas capacitações e quantas foram oferecidas aos profissionais no último ano?</p> <p><b>4.2.</b> Se não, por que você acha que não investe?</p>
<p><b>5.</b> Você acha que o gestor municipal e a coordenação de AB conhecem as funções do NASF?</p> <p>Sim ( )      Não ( )</p> <p>Por quê?</p> <p><b>5.1.</b> Você conhece as funções do NASF?</p> <p>Sim ( )      Não ( )</p> <p><b>5.2.</b> Se sim, quais são elas?</p> <p><b>5.3.</b> Se não, por que não conhece?</p>
<p><b>6.</b> Existe pactuação do processo de trabalho do NASF no município?</p> <p>Sim ( )      Não ( )</p> <p><b>6.1.</b> Se sim, quem participa e como ocorre e quais os assuntos pactuados?</p> <p><b>6.2.</b> Se não, por que não existe?</p>

**7. Você acha que o gestor municipal e a coordenação de AB conhecem os objetivos do NASF?**

Sim ( ) Não ( )

Por quê?

**7.1. Você conhece os objetivos do NASF?**

Sim ( ) Não ( )

**7.2. Se sim, quais são eles?**

**7.3. Se não, por que não conhece?**

### Contexto Estrutural

**1. Qual a sua formação?**

**1.3. Você possui pós-graduação em saúde pública ou em alguma área afim (vigilância em saúde, planejamento, gestão e avaliação, epidemiologia, entre outras) ?**

Sim ( ) Não ( )

**1.4. Se sim, qual?**

**2. Existe diálogo entre o Gestor-eNASF-eSF?**

Sim ( ) Não ( )

**2.1. Se sim, como ocorre esse diálogo?**

**2.2. Se não, por que não existe?**

**2.3. O gestor municipal e a coordenação de AB incentiva o diálogo entre a eNASF e eSF?**

Sim ( ) Não ( )

**2.4.** Se sim, incentiva de que forma?

**2.5.** Se não, por que não incentiva?

**3.** Os temas relacionados ao NASF já foram/são discutidos no Conselho Municipal de Saúde?

Sim ( ) Não ( )

**3.1.** Se sim, quem apresentou os temas e quais foram/são eles?

**3.2.** Se não, por que você acha que ainda não houve discussão no Conselho sobre o NASF?

**4.** As atividades do NASF são realizadas de acordo com a realidade do município?

Sim ( ) Não ( )

**4.1.** Por quê?

**5.** Quem realiza as tomadas de decisões sobre o NASF?

**6.** Existe planejamento participativo das ações do NASF?

Sim ( ) Não ( )

**6.1.** Se sim, como ocorre?

**6.2.** Se não, por que não existe?

**7.** No município existe um organograma incluindo o NASF?

Sim ( ) Não ( )

**7.1.** Se sim, onde o NASF se enquadra neste organograma?

**7.2.** Se não, por que não existe?

**8.** Existem normatizações municipais que contemplem as atividades e categorias profissionais necessitadas pelo município para a composição do NASF?

Sim ( )      Não ( )

**8.1.** Se sim, quais são elas?

**8.2.** Se não, por que não existem?

**9.** As ações realizadas pelo NASF no município são monitoradas?

Sim ( )      Não ( )

**9.1.** Se sim, como ocorre o monitoramento?

**9.2.** Se não, por que não são?

**10.** As ações realizadas pelo NASF no município são avaliadas?

Sim ( )      Não ( )

**10.1.** Se sim, como ocorre a avaliação?

**10.2.** Se não, por que não são?

**11.** Você participou/participa da contratação dos profissionais do NASF?

Sim ( )      Não ( )

**11.1.** Se sim, de que forma participou/participa? Procurou saber a formação deles?

**11.2.** Se não, por que não participou? Quem realiza a contratação desses profissionais procurou saber a formação deles?

**11.3.** Quantos profissionais do NASF tem curso na área de Saúde Pública e/ou Saúde da Família?

**12.** Você considera todos os profissionais do NASF capacitados para atuarem neste programa?

Sim ( )      Não ( )

**12.1.** Se sim, por que os considera capacitados?

**12.2.** Se não, por que não considera?

## ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

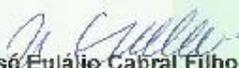
Instituto de Medicina Integral  
 Prof. Fernando Figueira  
 Escola de Pós-graduação em Saúde Materna Infantil  
 Instituto Cíel Educacional



### DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 4524-14 intitulado "Análise de implantação do núcleo de apoio à saúde da família em três municípios da zona da mata norte de Pernambuco" apresentado pelo (a) pesquisador (a) Danielle Rufino Barbosa da Silva Ribeiro foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 17 de novembro de 2014.

Recife, 18 de Dezembro de 2014

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

UNIVERSIDADE PÚBLICA NOROCCIDENTAL - UNOCC  
 UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL - UFPE  
 UNIVERSIDADE PÚBLICA DE PERNAMBUCO - UPE  
 MARCELO MOURA VIANA - 05385  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL - 06899  
 CNPJ - 07.088.301/0001-07

Rua dos Coelhos, 300 Rio Vista  
 Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-250  
 PAIS - (01) 33324100  
 FAX - (01) 2122-4722 Cx. Postal 1393  
 e-mail: imip@imip.org.br  
 www.imip.org.br

## ANEXO 2 – TERMOS DE ANUÊNCIA



### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA ALIANÇA

Praça João Batista, 18 – Centro – Aliança/PE  
CEP: 55.890-000  
E-mail: smsalianca@live.com  
Telefone: (81) 3637-1162

#### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que a Prefeitura Municipal de Aliança, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, apóia e consente a execução do projeto "Análise de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco" em Aliança-PE, realizado pela mestrandia Danielle Rufino Barbosa da Silva Ribeiro, sob a orientação da Profª Drª Luciana Santos Dubeux do Instituto Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

O estudo faz parte da dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, e tem como objetivo avaliar a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco.

Esta instituição declara-se co-participante, e apoiará o desenvolvimento das atividades desse estudo em Aliança-PE, por meio das seguintes atividades: entrevista com aplicação de questionários com a secretária municipal de saúde, a coordenadora de atenção básica e os profissionais do NASF, bem como acesso a informações necessárias para o estudo.

Aliança, 05 de setembro de 2014.

Jussara C. A. Bezerra  
Jussara Sec. de Saúde  
Sec. d. 003 - 2013  
Aliança/PE

**JUSSARA CAVALCANTE DE ALIANÇA BEZERRA**  
Secretária Municipal de Saúde



SECRETARIA DE SAÚDE DE  
**Nazaré da Mata**  
*Trabalhando pela cidadania*



## TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que a Prefeitura Municipal de Nazaré da Mata, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, apóia e consente a execução do projeto **"Análise de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco"** em Nazaré da Mata -PE, realizado pela mestranda Danielle Rufino Barbosa da Silva Ribeiro, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Santos Dubeux do Instituto Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

O estudo faz parte da dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, e tem como objetivo avaliar a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco.

Esta instituição declara-se co-participante, e apoiará o desenvolvimento das atividades desse estudo em Nazaré da Mata - PE, por meio das seguintes atividades: entrevista com aplicação de questionários com a secretária municipal de saúde, a coordenadora de atenção básica e os profissionais do NASF, bem como acesso a informações necessárias para o estudo.

Nazaré da Mata, 08 de setembro de 2014.

**JAILCE CARLA DA SILVA BRITO**  
Secretária Municipal de Saúde

JAILCE CARLA DA SILVA BRITO  
SEC SAÚDE  
MAT 73915

Fundo Municipal de Saúde: Rua Mal. Dantas Barreto, 1253 - CNPJ: 09.814.269/0001-86



# PREFEITURA MUNICIPAL DE VICÊNCIA

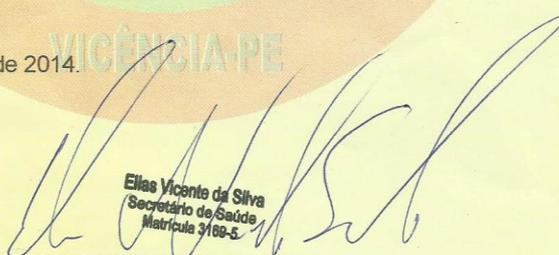
## TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que a Prefeitura Municipal de Vicência, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, apóia e consente a execução do projeto **"Análise de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco"** em Vicência -PE, realizado pela mestrandia Danielle Rufino Barbosa da Silva Ribeiro, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Santos Dubeux do Instituto Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

O estudo faz parte da dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, e tem como objetivo avaliar a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco.

Esta instituição declara-se co-participante, e apoiará o desenvolvimento das atividades desse estudo em Vicência-PE, por meio das seguintes atividades: entrevista com aplicação de questionários com o secretário municipal de saúde, a coordenadora de atenção básica e os profissionais do NASF, bem como acesso a informações necessárias para o estudo.

Vicência, 26 de agosto de 2014.

  
Elias Vicente da Silva  
Secretário de Saúde  
Matrícula 3188-S  
**ELIAS VICENTE DA SILVA**  
Secretário Municipal de Saúde

Rua Dr. Manoel Borba, nº 48 - Vicência-PE - CNPJ: 10.168.235/0001-40