

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária”

por

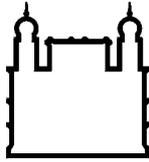
Jorge Ernesto Sergio Zepeda

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Mônica Silva Martins

Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Natal

Rio de Janeiro, março de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária”

apresentada por

Jorge Ernesto Sergio Zepeda

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza

Prof.^a Dr.^a Mônica Silva Martins – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

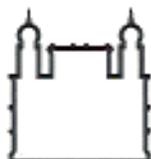
Z57 Zepeda, Jorge Ernesto Sergio
Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos
de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. / Jorge Ernesto
Sergio Zepeda. -- 2013.
102 f. : tab.

Orientador: Martins, Mônica Silva
Natal, Sônia

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 2. Atenção
Primária à Saúde. 3. Continuidade da Assistência ao Paciente.
4. Saúde da Família. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 28 de março de 2013.

Jorge Ernesto Sergio Zepeda

À Soninha, que me faz querer ser
a melhor versão de mim mesmo.

AGRADECIMENTOS

Meu entendimento sobre o objeto desta pesquisa, um programa sob minha gestão durante o período de sua realização, foi tão influenciado por leituras quanto pelos erros, acertos e impasses em sua condução. Isso torna meus colegas de trabalho em Florianópolis co-investigadores. Agradeço a estes colegas nas pessoas de João Cândido, pela oportunidade de cursar o mestrado na cidade em que nasci, e Daniel Moutinho, pelo suporte e confiança nos últimos anos. Faço também um agradecimento especial à Soninha, companheira no trabalho e na vida, que abriu o caminho para a implantação dos NASF em Florianópolis, para meu trabalho na gestão e para a realização desta pesquisa, me ensinando o que é o apoio em todas suas formas. Às minhas orientadoras, Monica Martins e Sonia Natal, agradeço pela confiança em deixar que eu seguisse minhas ideias e pela ajuda nos momentos de incerteza. E agradeço à Tia Baía e a minha avó Luiza, que me alojaram durante as disciplinas do mestrado, e em nome delas a toda minha família, por simplesmente gostarem de mim como eu sou.

“Social programs are complex undertaking.
They are an amalgam of dreams and personalities,
rooms and theories,
paper clips and organizational structure,
clients and activities, budget and fotocopies,
and great intentions.”
(Weiss C. Evaluation. 1998)

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais criadas pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de aumentar a resolubilidade e a abrangência da atenção primária à saúde (APS) e apoiar sua integração nas redes de serviços de saúde e intersetoriais. Os NASF devem trabalhar de acordo com as diretrizes do apoio matricial, oferecendo suporte pedagógico e retaguarda assistencial às equipes de saúde da família (EqSF). A integração dos NASF na APS é um programa recente, e ainda não há uma definição consensual de critérios para seu monitoramento e avaliação. O objetivo do presente estudo foi contribuir para a definição de um modelo teórico de avaliação da integração dos NASF na APS. O desenho metodológico foi baseado nos estudos de avaliabilidade, um tipo de avaliação baseada na teoria dos programas. Foram realizadas: modelização do programa, a partir de análise documental; validação do modelo lógico, através de consenso com *stakeholders* do cenário de estudo; e análise de plausibilidade e coerência do modelo (análise lógica), através de comparação de seus elementos com o conteúdo de outras intervenções de integração de novos profissionais na APS. O conteúdo da intervenção avaliada foi ampliado das duas dimensões originais do apoio matricial para cinco componentes: organização e condução dos NASF; fortalecimento da integração assistencial; retaguarda especializada, englobando as duas dimensões originais do apoio matricial; apoio à integração intersetorial; e gestão da atenção compartilhada. O modelo lógico demonstrou boa validade interna, sustentando recomendação de utilizá-lo como referência para melhorias na organização e no monitoramento dos NASF. Sua utilização em diferentes contextos pode necessitar adaptação e validação adicionais. O desenvolvimento de um modelo teórico de avaliação, com matrizes de informação e de julgamento, e sua utilização em análises de implantação são recomendações para continuidade de estudos avaliativos sobre integração dos NASF na APS.

Palavras-chave [Decs]: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Saúde da Família

ABSTRACT

The Family Health Support Teams (FHST) are multidisciplinary teams created by the Ministry of Health in 2008 with the tasks of increasing the effectiveness and comprehensiveness of Primary Health Care (PHC) and supporting its integration into health services networks. The FHST should work according to the guidelines of matrix support, offering educational and attendance backup for Family Health Teams (FHT). The integration of FHST into PHC is a program that has been recently started, so monitoring and assessment criteria still lack consensual definition. Therefore, the aim of this study is to contribute to the definition of a theoretical model for evaluating the integration of FHST into PHC. The methodological design was based on evaluability assessments, which are based on program theory-driven evaluations. The following steps were carried out: modeling of the program based on document analysis; validation of the logic model through consensus with stakeholders; analysis of plausibility and consistency of the model (logical analysis) by comparing its elements with the contents of other interventions that aimed the integration of new professionals in the PHC. The contents of the evaluated intervention were expanded from the original two components proposed by matrix support to five components: the organization and management of FHST; the improvement of assistential integration; specialized educational and attendance backup; support for intersectorial work; and management of shared care. The logical model demonstrated good internal validity, which allows recommending its use as a reference to improvements in the organization and monitoring of FHST. Its use in different contexts may require additional adaptation and validation. The results presented in this study may serve as a basis to the development of a theoretical model of evaluation, containing matrices of information and judgment, as well as its use in further implementation analyses of the integration of FHST into PHC.

Keywords: Program Evaluation; Primary Health Care; Continuity of Patient Care; Family Health.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO. 1

INTRODUÇÃO. 3

Objetivo geral e objetivos específicos. 10

REVISÃO DE LITERATURA. 11

Avaliação em saúde. 11

Avaliação baseada na teoria. 12

Modelização de intervenções. 15

Estudos de avaliabilidade. 16

Análise lógica. 18

Técnicas de obtenção de consenso. 19

Apoio matricial e NASF. 20

Estudos prévios sobre os NASF. 24

Estratégias de integração de especialistas na APS. 26

Fortalecimento da APS e mecanismos de integração assistencial. 31

METODOLOGIA. 35

Delimitação do objeto. 35

Desenho do estudo. 38

Perguntas avaliativas. 39

Coleta e análise de dados. 40

Considerações éticas. 45

RESULTADOS. 47

Modelo lógico preliminar. 47

Modelo lógico submetido ao consenso. 50

Participação dos stakeholders. 53

Análise lógica. 59

Modelo lógico final. 62

DISCUSSÃO. 65

Sobre a modelização. 65

Sobre a análise lógica. 68

Sobre o caráter formativo da avaliação. 69

CONCLUSÕES. 72

Resposta às perguntas avaliativas. 72

Limitações do estudo. 74

Sumário de recomendações. 76

REFERÊNCIAS. 78

ANEXOS. 88

Anexo 1. Documentos utilizados para construção dos modelos lógicos. 88

Anexo 2. Instrumentos utilizados na rodada de consenso – elementos informativos. 89

Anexo 3. Instrumentos utilizados na rodada de consenso – questionários. 91

Anexo 4. Respostas dos participantes do consenso – justificativas. 93

Anexo 5. Respostas dos participantes do consenso – sugestões. 95

Anexo 6. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). 97

Anexos 7 e 8. Aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz e na Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. 99

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AB – Atenção Básica
AE – Atenção Especializada
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AM – Apoio Matricial
AMAQ – Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade
AP – Atenção Primária
APS – Atenção Primária à Saúde
CAA/DAB- Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CC – Cuidados colaborativos
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
DAB – Departamento de Atenção Básica
EA – Estudo de Avaliabilidade
EAB – Equipe de Atenção Básica
EP – Educação Permanente
EqSF – Equipes de Saúde da Família
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Panamericana da Saúde
PCA Tool – Primary Care Assessment Tool
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PNH – Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
SF – Saúde da Família
SMS – Secretaria Municipal da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, TABELAS, QUADROS E FIGURAS

- Quadro 1. Composição das equipes de saúde da família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 9
- Figura 1. Falha na teoria e falha na implantação. 14
- Figura 2. Modelo lógico, teoria de processo e teoria de impacto. 16
- Quadro 2. Estudos selecionados sobre NASF e apoio matricial. 25
- Quadro 3. Estudos selecionados sobre integração de especialistas na APS. 28
- Quadro 4. Cenário de estudo: o caso do apoio matricial e dos NASF em Florianópolis. 37
- Quadro 5. Caracterização do desenho do estudo. 39
- Figura 3. Síntese das etapas do presente estudo. 45
- Quadro 6. Modelo lógico preliminar da integração dos NASF na APS. 49
- Quadro 7. Modelo lógico operacional da integração dos NASF na APS – versão submetida ao consenso com *stakeholders*. 52
- Tabela 1. Perfil dos participantes por categoria de *stakeholder* e local de trabalho. 53
- Tabela 2. Pertinência e relevância dos componentes do NASF para o alcance de seus objetivos*, segundo *stakeholders*. 54
- Tabela 3. Pertinência e relevância das atividades do componente “Organização e condução da integração” para este componente, segundo *stakeholders*. 55
- Tabela 4. Pertinência e relevância das atividades dos componentes “Retaguarda assistencial” e “Educação permanente” para estes componentes, segundo *stakeholders*. 56
- Tabela 5. Pertinência e relevância das atividades do componente “Articulação de parcerias e redes” para este componente, segundo *stakeholders*. 57
- Tabela 6. Pertinência e relevância das atividades do componente “Regulação de acesso e gestão da atenção” para este componente, segundo *stakeholders*. 58
- Quadro 8. Principais questões levantadas pelos *stakeholders* do presente estudo. 59
- Quadro 9. Comparação entre elementos de modelos lógicos da integração dos NASF na APS e elementos de outros modelos de integração de especialistas na APS. 61
- Quadro 10. Modelo lógico final da integração dos NASF na APS. 63
- Figura 4. Modelo lógico simplificado da integração dos NASF na APS, com elementos de contexto. 64

APRESENTAÇÃO

Esta introdução tem a função de explicitar o lugar do pesquisador principal em relação ao objeto desta pesquisa. Consideramos a explicação necessária por tratar-se de uma pesquisa avaliativa em que o avaliador é também gerente da intervenção avaliada e usuário potencial dos resultados da avaliação. O presente estudo tem como cenário de realização o município de Florianópolis, local de trabalho do pesquisador, e como objeto de avaliação a integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na atenção primária, intervenção sob gestão do pesquisador durante a realização do estudo.

Sou médico de família e comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis desde 2007. Entre 2007-2009, atuei como médico em unidades básicas de saúde do município. Neste período, acompanhei a implantação das experiências de apoio matricial em saúde mental que deram subsídios para a organização dos NASF no município. Em 2009, iniciei trabalho de tempo parcial na gestão municipal, como apoiador para implantação dos NASF, o que incluiu a organização e normatização do trabalho destas equipes. Em 2010 passei a trabalhar em tempo integral como gerente da atenção primária municipal, função que incluía a coordenação do trabalho dos NASF e também das equipes de saúde da família (EqSF). Neste ano, fui também colaborador do Ministério da Saúde na condução de oficinas de qualificação de equipes NASF em municípios das regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Durante todo o período de realização do presente estudo (2011-2013), fui gestor da atenção primária do município e tive entre minhas funções gerenciais a condução direta e/ou acompanhamento do trabalho dos NASF e o apoio às equipes de gestão regional da atenção primária, que posteriormente ficaram responsáveis pelos NASF. Neste período, paralelamente à realização deste estudo, foram elaborados e testados no âmbito da gestão municipal instrumentos municipais de monitoramento dos NASF. Em 2013, período de finalização deste estudo, participei como consultor do Ministério da Saúde em grupo de trabalho para a elaboração de instrumentos de monitoramento e avaliação dos NASF que serão implantados em nível nacional no ano de 2013.

Esta não é uma exposição de conflito de interesses, já que a conciliação dos interesses de pesquisadores, gestores e outros participantes ou interessados das intervenções avaliadas é parte integrante da metodologia utilizada no presente estudo, uma avaliação interna¹ com foco na utilização. Consideramos que a explicitação desta posição pode ajudar o leitor a compreender melhor as justificativas para realização deste estudo e as escolhas teóricas e metodológicas que foram feitas, e a julgar de maneira mais informada a adequação dos procedimentos da pesquisa e a validade interna e externa dos resultados apresentados.

Na introdução deste texto, apresentamos o contexto da atenção primária, incluindo uma discussão breve sobre sua avaliação e as particularidades de sua organização no Brasil, e apresentamos o objeto de estudo, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Ao final, são apresentados os objetivos da pesquisa.

A revisão de literatura compreende uma revisão do campo da avaliação em saúde, em especial da avaliação baseada na teoria dos programas ou intervenções; a apresentação dos principais referenciais metodológicos utilizados, como o uso de modelos lógicos, a avaliabilidade e as técnicas de obtenção de consenso; uma revisão sobre apoio matricial, principal referencial teórico-metodológico dos NASF, e uma análise de estudos já publicados sobre esta intervenção; e uma discussão sobre mecanismos de fortalecimento da atenção primária e de integração assistencial, como subsídio para a análise dos NASF.

Na seção de metodologia são descritos os procedimentos utilizados para a modelização da integração dos NASF na atenção primária, bem como para análise da validade externa dos modelos lógicos, por meio de consenso com *stakeholders*², e do mérito ou validade interna destes modelos, por comparação com conhecimentos disponíveis na literatura científica internacional. Na seção de resultados apresentamos os modelos lógicos dos NASF construídos neste estudo, com as modificações decorrentes destas etapas de validação. Por fim, discutimos as limitações do presente estudo e apresentamos um sumário de recomendações para melhoria dos NASF e para a realização de estudos avaliativos posteriores.

¹ Avaliação interna – Avaliação conduzida por pesquisador que faz parte da organização responsável pela intervenção avaliada e tem contato frequente com seus implementadores (1).

² *Stakeholders* – Indivíduos, grupos ou organizações que podem afetar ou são afetados por um processo de avaliação ou seus achados (2).

INTRODUÇÃO

Existem evidências sólidas na literatura científica de que algumas formas de organização dos sistemas de saúde são mais efetivas do que outras na obtenção de resultados em saúde. A orientação dos sistemas pela atenção primária à saúde (APS), em especial, exerce influência positiva em componentes do desempenho dos sistemas de saúde como eficiência, efetividade, acesso, satisfação das pessoas e equidade (3)(4). Estes resultados têm sido demonstrados principalmente com a aplicação das definições e instrumentos de medida desenvolvidos por Barbara Starfield e colaboradores (5), que possibilitaram avaliar e comparar serviços e sistemas de acordo com seu grau de orientação para APS. Estes resultados foram inicialmente demonstrados em países industrializados europeus e, mais recentemente, tem sido observados também em países em desenvolvimento latino-americanos, inclusive o Brasil (6)(7).

As pesquisas sobre sistemas de saúde têm ajudado a orientar e impulsionar reformas setoriais na saúde em todo o mundo nas últimas décadas e a criar um amplo consenso internacional em torno da importância da APS como base da organização dos sistemas de saúde. Em seu Relatório Mundial de Saúde de 2008 a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os países orientem seus sistemas de saúde pela APS como forma de alcançar melhores resultados e atingir as metas de desenvolvimento do milênio. No mesmo relatório, a OMS aponta a necessidade de estudos sobre as contribuições específicas de componentes da APS para os sistemas de saúde, inclusive como forma de fortalecer a implantação destas estratégias (8). Estas pesquisas são importantes para definir prioridades de condução política e de financiamento dos sistemas, principalmente nos países em desenvolvimento, em que a APS disputa a atenção de políticos locais e financiadores internacionais com um grande número de programas verticais voltados para doenças específicas (7).

Nos países de renda média e baixa, onde as reformas no sistema de saúde e os estudos sobre as mesmas são mais recentes, os resultados mais consistentes da implantação de estratégias de APS parecem ser na melhoria de acesso da população às ações de saúde (7) e em indicadores de saúde materno infantil (6). A comparação internacional mostra que o grau de implantação e a efetividade das estratégias de APS se relacionam com o a concepção de APS implantada e com o modelo de proteção

social à saúde em cada país (9). Nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem promovido nos últimos anos estratégias para renovação da APS como caminho para o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região. Esta renovação tende a seguir, de um modo geral e guardadas as diferenças de contexto, experiências positivas de sistemas de saúde europeus que implantaram reformas pró-coordenação, principalmente a partir da década de 1990 (10)(11)(12).

A atenção primária é um objeto de estudo complexo e multidimensional, podendo ser abordada a partir de diversas perspectivas: como um conjunto de valores (direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade, equidade); como um conjunto de princípios (responsividade, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social etc.); ou como um conjunto de elementos do sistema de saúde (acesso universal e de primeiro contato, integralidade, continuidade, trabalho intersetorial etc.) (9).

Concepções diversas de atenção primária também refletem muitas vezes questões de fundo sobre a função dos governos e dos sistemas públicos de saúde na garantia da saúde da população. Assim, pode-se entender a APS como um programa de saúde focalizado e seletivo, com oferta limitada de serviços para populações pobres; como um dos níveis de atenção do sistema de serviços de saúde, onde ocorreria o primeiro contato de uma pessoa com o sistema; como uma estratégia de reorientação de sistemas e serviços de saúde, através da integração deste primeiro nível de atenção em redes integradas e coordenadas; ou ainda como uma filosofia que deveria permear todo o sistema de saúde e guiar políticas mais amplas de desenvolvimento da sociedade (9)(13).

No Relatório Mundial da Saúde de 2008 (8), a OMS distingue atenção primária à saúde (*primary health care*) de atenção primária (*primary care*) (14). *Primary health care* é definida mais amplamente como um processo de mobilização de forças sociais em torno de uma agenda de transformação dos sistemas de saúde, guiada por valores como equidade, solidariedade e participação. *Primary care* seria uma estratégia de organização da atenção em saúde, caracterizada pela presença de elementos como acesso de primeiro contato, continuidade, abrangência de serviços e envolvimento da família e da comunidade. A efetividade da atenção primária como estratégia de organização da atenção é normalmente medida através da avaliação de sua contribuição ou de alguns de seus componentes para o alcance de metas dos sistemas de saúde, como melhora no estado de saúde, acesso oportuno ou equidade (7).

A maior parte dos estudos de avaliação utiliza a concepção de *primary care*, ou atenção primária (AP) (7). Sob esta perspectiva, AP pode ser definida como o nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a porta de entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção centrada na pessoa e não na enfermidade, ao longo do tempo, para todas as condições exceto as muito incomuns ou raras; e coordena ou integra a atenção fornecida em outros níveis de atenção. Este conjunto de funções ou atributos – acesso / primeiro contato, integralidade ou abrangência, longitudinalidade e coordenação, além da orientação familiar e comunitária e da competência cultural -, quando presentes em conjunto, definiriam a AP (5). Esta definição operacional foi utilizada para o desenvolvimento do *Primary Care Assessment Tool – PCA Tool*, instrumento que mede o grau de orientação dos serviços para a AP a partir dos atributos acima descritos (15). O *PCA Tool* foi traduzido e validado no Brasil (16) e vem sendo utilizado de maneira abrangente não apenas para pesquisa, mas também para monitoramento e gestão de serviços.

No Brasil, principalmente desde a década de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a adotar uma concepção de atenção primária abrangente como eixo de reorganização do sistema, principalmente por meio da expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) nas décadas de 1990 e 2000 e de sua incorporação na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo prioritário de organização da atenção básica (17)(18)(19). No Brasil, o termo Atenção Básica (AB) foi cunhado para se referir à Atenção Primária (AP), em parte como reação do movimento da Reforma Sanitária à concepção seletiva de Atenção Primária estimulada pelas agências financiadoras internacionais para os países em desenvolvimento (20)(21). Apesar de AB ser o termo oficial, cada vez mais o próprio Ministério da Saúde vem utilizando de maneira intercambiável os termos Atenção Primária, Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica (15). Por não ser o foco deste estudo, e para efeitos práticos, após estes esclarecimentos não nos deteremos mais na discussão e utilizaremos os três termos de maneira indistinta (APS, AP, AB), com preferência por APS pela consagração do uso, para designar a estratégia brasileira de reorganização do modelo de atenção à saúde com coordenação pelo primeiro nível do sistema de serviços.

Houve avanços importantes de cobertura e de utilização da APS desde a implantação do PSF, representados: pela proporção de população cadastrada pelas

equipes de saúde da família (EqSF), que atingiu 54,5% da população brasileira em janeiro de 2013, segundo dados do portal eletrônico do Ministério da Saúde (<http://dab.saude.gov.br>); e pelo aumento da proporção de pessoas que relataram buscar normalmente o posto de saúde como unidade de atendimento, que chegou a 56,8% dos entrevistados na última Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, de 2008 (22).

A ESF como estratégia geral de organização dos serviços de APS também já teve sua efetividade demonstrada através de estudos consistentes, havendo associação positiva do aumento da cobertura populacional por EqSF com diminuição de mortalidade infantil (23) e diminuição de internações hospitalares por causas sensíveis a atenção ambulatorial (24). Além disso, unidades de saúde da família parecem ter maior grau geral de orientação para atenção primária do que unidades básicas tradicionais ou outras formas de atenção ambulatorial no primeiro nível do sistema, conforme estudos realizados em Porto Alegre com o *PCA Tool* (25).

Além da priorização da APS na organização da atenção em saúde, o MS tem enfatizado a avaliação e melhoria de sua qualidade como estratégia central para mudança do modelo de atenção. Isso se expressa, por exemplo, no financiamento oficial de pesquisas avaliativas, como os Estudos de Linha de Base do PROESF, e em iniciativas de institucionalização do monitoramento e da avaliação nesta área, como a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica (CAA/DAB) (26)(27)(28).

Mais recentemente, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que vincula parte do financiamento federal da saúde ao desempenho das EqSF no Programa. O PMAQ-AB teve adesão de 70% dos municípios e 54% das equipes de AB do Brasil em seu primeiro ano de implantação, levando milhares de equipes a incorporarem processos de autoavaliação, pactuação de metas e avaliação externa em seu processo de trabalho (29). Apesar da importância e da abrangência desta iniciativa, algumas críticas foram feitas quanto à escolha de novos instrumentos de avaliação em detrimento de instrumentos já existentes, validados e relacionados de forma mais consistente com resultados de desempenho do sistema, como o *PCA Tool* (30)(31). Por não ser o foco deste trabalho, não nos deteremos nesta discussão.

A ESF tem algumas características distintivas como modelo de APS, nem todas ainda adequadamente estudadas: a definição de população adscrita por critérios

geográficos; a integração entre atenção ambulatorial e ações de saúde pública (vigilância, prevenção e promoção de saúde); a oferta de saúde bucal e de medicamentos nas unidades básicas de saúde; e a presença de agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes (32)(18). A Política Nacional de Atenção Básica foi revisada através da Portaria 2.488, de 2011, e passou a permitir o credenciamento e financiamento de outras modalidades de equipes de atenção básica além das EqSF, como as Equipes de Atenção Básica para populações específicas (19). Por não ser o foco deste estudo, nos limitaremos a considerar como equipes de atenção básica, para os propósitos da discussão aqui apresentada, apenas as EqSF.

Uma revisão sistemática de estudos sobre os ACS encontrou evidências da contribuição positiva destes profissionais para melhoria de indicadores de saúde materno infantil (33). A integração de serviços preventivos e ações de promoção de saúde no primeiro nível de atenção é uma vantagem potencial do modelo da ESF, podendo ampliar a abrangência da atenção e contribuir para resultados do sistema de saúde como qualidade da atenção, eficiência, equidade e estado de saúde da população (34). Por outro lado, estas funções estão apenas parcialmente implantadas, pois na prática de grande parte das equipes parece haver pouca integração entre serviços preventivos e curativos, excesso de ações programáticas verticais, e pouca integração clínica e funcional entre os profissionais, características associadas à fragmentação da atenção (10)(32). Estudos de implantação da ESF em grandes cidades também mostraram problemas na integração intersetorial e no acesso à atenção especializada (21), limitando os avanços obtidos no acesso e prejudicando a integralidade / abrangência e a continuidade da atenção.

Assim, apesar do desenho avançado da ESF, dos ganhos obtidos em termos de cobertura assistencial e utilização, e do impacto demonstrado sobre a qualidade do cuidado e o estado de saúde da população, ainda persistem dificuldades em dimensões como continuidade, abrangência e coordenação, componentes fundamentais para uma APS abrangente (21)(32)(35). Este cenário tem levado o MS nos últimos anos a propor iniciativas e programas com a finalidade de fortalecer a APS, entre os quais merece destaque a criação, em 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (36).

Os NASF são novas equipes multiprofissionais da APS, compostas por profissionais com núcleos de competência complementares àqueles dos profissionais da ESF. A composição de cada NASF é definida pelo gestor municipal a partir de um

elenco de profissões da área da saúde, ao contrário da composição das EqSF, que é fixa. Cada NASF deve se vincular a um número variável de EqSF, número que tem diminuído desde a criação dos NASF. Em 2008, este número era de 8 a 20 EqSF por NASF modalidade 1, composto por no mínimo cinco profissionais, e de 3 a 7 EqSF por NASF 2, composto por no mínimo três profissionais. Em 2011, o número máximo de EqSF vinculadas ao NASF 1 diminuiu de 20 para 15. Em dezembro de 2012, o número máximo de EqSF por NASF passou a ser de nove, e foi criado o NASF 3, para municípios com uma ou duas EqSF, o que potencialmente universaliza os NASF para todos os municípios do Brasil que possuam EqSF. Atualmente, não há um número fixo de profissionais por NASF, mas uma carga horária total mínima necessária para o credenciamento do NASF junto ao MS, composta pelo somatório das cargas horárias semanais do conjunto de profissionais. Esta carga horária mínima varia de 80 a 200 horas de acordo com a modalidade de NASF. O Quadro 1 sintetiza os parâmetros vigentes em abril de 2013. Estas regras possibilitam composições diversas de acordo com as necessidades e possibilidades de cada município. O Ministério da Saúde co-financia os NASF, através de transferências fundo a fundo, de forma semelhante ao financiamento das EqSF (19)(36)(37).

Quadro 1. Composição das equipes de saúde da família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Tipo de equipe	Parâmetros para credenciamento junto ao Ministério da Saúde	Profissões que compõem a equipe
EqSF	Uma EqSF para até 4000 pessoas; carga horária semanal de 40 horas para cada profissional, com exceção do médico, que pode ter carga horária de 20h a 40h e pode estar credenciado em até duas EqSF com 20h em cada uma.	Médico, Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde; podem ser agregados um Cirurgião-Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Técnico de Saúde Bucal (TSB), caracterizando uma Equipe de Saúde Bucal (EqSB).
NASF 1	Um NASF para 5 a 9 EqSF ¹ ; somatório de carga horária dos profissionais de no mínimo 200 horas semanais.	O elenco de ocupações ² que podem compor NASF é comum às três modalidades de NASF: Médico Psiquiatra, Médico Geriatra, Médico Internista, Ginecologista/Obstetra, Médico Pediatra, Médico Homeopata, Médico Acupunturista, Médico do Trabalho, Médico Veterinário, Sanitarista, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Nutricionista, Assistente Social, Farmacêutico, Arte-educador, Profissional de Educação Física.
NASF 2	Um NASF para 3 a 4 EqSF; somatório de carga horária dos profissionais de no mínimo 120 horas semanais.	
NASF 3	Um NASF para 1 a 2 EqSF; somatório de carga horária dos profissionais de no mínimo 80 horas semanais.	

Fontes: Ministério da Saúde. Portaria n. 2488 de 2011 e Portaria n. 3124 de 2012.

¹ Os NASF podem ser vinculados a EqSF ou a equipes de atenção básica para populações específicas, como as equipes de Consultório na Rua (eCR).

² Cada ocupação deve ter uma carga horária semanal mínima de 20h e máxima de 80h, no caso dos NASF 1, e mínima de 20h e máxima 40h, no caso dos NASF 2 e 3.

O objetivo dos NASF é aumentar a resolubilidade e a abrangência da APS e apoiar sua integração nas redes de serviços e intersetoriais. Para isso, devem trabalhar junto às ESF e outras equipes da APS de maneira integrada e colaborativa, segundo um modelo de gestão do trabalho em saúde chamado de Apoio Matricial (AM). O AM tem uma dimensão de retaguarda assistencial e uma de suporte técnico e pedagógico. Os saberes e habilidades da “especialidade” do apoiador devem ser oferecidos de acordo com as necessidades das equipes apoiadas, para a gestão conjunta de problemas clínicos e sanitários, na forma de atendimentos próprios, atividades conjuntas com as equipes apoiadas e discussão e qualificação do trabalho na APS (38).

Apesar de os NASF serem uma das principais estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, não havia, até o momento do fechamento deste estudo (abril de 2013), um desenho consensual da intervenção, com definição precisa de seus

componentes, parâmetros de funcionamento e critérios para monitoramento e avaliação. Mesmo com esta indefinição, os NASF foram incorporados ao PMAQ-AB em 2013 (39), o que significa que passarão a ser objeto de autoavaliação, contratualização de metas e avaliação externa, com financiamento variável dependendo deste desempenho, como já ocorre com as EqSF. A falta de modelos teóricos orientando a definição dos critérios desta avaliação, e a possível escolha de indicadores a partir da possibilidade de mensuração com os sistemas de informação vigentes podem tornar iniciativas como esta um risco, ao induzir a busca de resultados que não refletem necessariamente a concepção e os pressupostos da intervenção que se busca avaliar (40).

Este trabalho se propõe a preencher esta lacuna, através da modelização dos NASF e de análise da lógica desta intervenção. Esperamos contribuir para a construção de um marco referencial para estudos avaliativos da integração dos NASF na APS e apontar caminhos para melhoria desta intervenção. Para isso, definimos como objetivos deste estudo:

Objetivo geral

Contribuir para o desenvolvimento de modelos e instrumentos para avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na atenção primária.

Objetivos específicos

- Construir modelos lógicos da intervenção em estudo (NASF);
- Analisar a lógica da intervenção, com apoio de literatura científica sobre integração de novos profissionais na atenção primária;
- Fornecer subsídios para a definição de dimensões, critérios e prioridades de avaliação da intervenção em estudo.

REVISÃO DE LITERATURA

Avaliação em saúde

Avaliação pode ser definida de maneira abrangente como a “identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar valor ou mérito, qualidade, utilidade, efetividade ou importância de um objeto de avaliação em relação a esses critérios” (41). Esta definição aponta elementos fundamentais da avaliação, como a definição e utilização de critérios; o julgamento de valor e mérito; e a relação com a utilidade. A pesquisa avaliativa, mais especificamente, corresponderia a um julgamento de práticas sociais ou intervenções, formulado a partir de perguntas ainda não respondidas, com o objetivo de preencher lacunas do conhecimento sobre a intervenção ou seus componentes (41).

Contandriopoulos *et al* (1997) definem avaliação como “julgamento de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes para ajudar na tomada de decisão” (42). Aqui também estão presentes elementos distintivos da pesquisa avaliativa em relação à pesquisa científica não avaliativa: a emissão de juízo de valor sobre a intervenção avaliada e sua finalidade de apoiar a tomada de decisão a respeito da intervenção. O julgamento de valor pode ser feito por comparação dos componentes da intervenção com critérios e normas (avaliação/apreciação normativa) ou pelo exame, com uso de métodos sistemáticos, das relações entre os componentes de uma intervenção (pesquisa avaliativa) (43).

A apreciação normativa se apóia no postulado de que existe uma relação forte entre o respeito às normas e critérios adotados e o alcance dos resultados esperados da intervenção. As funções de controle e acompanhamento nas organizações e os programas de garantia de qualidade são exemplos de avaliações normativas. Este tipo de avaliação tenta responder se foi feito o que era necessário, de um modo desejável e respeitando as normas estabelecidas. A pesquisa avaliativa busca responder o que sucedeu, de que maneira e devido a que fatores e influências (43).

A avaliação em saúde é uma área que apresenta grande diversidade de abordagens, resultado de um “casamento forçado” entre tradições diferentes como economia, epidemiologia, prática clínica e, cada vez mais, as ciências sociais. Esta

origem demanda um quadro conceitual integrador (44), nem sempre disponível ou consensual. Os modelos mais clássicos de avaliação conferem validade aos resultados a partir do uso de desenhos de estudo experimentais ou quase experimentais, com ampla aceitação e utilidade na avaliação de eficácia de novos medicamentos ou tratamentos estruturados, por exemplo. Porém, estes modelos são limitados para a avaliação de intervenções complexas como práticas assistenciais ou programas de saúde, o que tem levado ao desenvolvimento de estratégias complementares ou alternativas de investigação. Estas abordagens buscam explicar variações nos resultados a partir de diferenças no grau de implantação e no contexto, enfatizam a importância da análise dos pressupostos das intervenções avaliadas, e utilizam técnicas não estruturadas, qualitativas ou mistas (45).

A abordagem dos objetos da avaliação em saúde como programas ou intervenções permite a construção de um quadro de referência comum para a avaliação de objetos distintos como programas, serviços e sistemas de saúde. Intervenções podem ser definidas como sistemas organizados de ação que visam, em um ambiente e período definidos, modificar o curso de um fenômeno para corrigir uma situação problemática (43). Esta definição é coerente com a utilizada desde a década de 1990 pelos *Centers of Diseases Control* (CDC), que definem programas como sistemas organizados de ação com a finalidade de transformar um problema da esfera dos processos de saúde e doença (46).

Programas, ou intervenções, são compostos por uma estrutura, atores e suas práticas, processos ou atividades, finalidades e um ambiente. Os atores podem ser individuais e coletivos, humanos e não-humanos, e operam os mecanismos do programa através de suas ações e interações (47). Os próprios dispositivos de avaliação podem ser entendidos como intervenções, que visam provocar mudanças em outras intervenções (45)(48).

Avaliação baseada na teoria

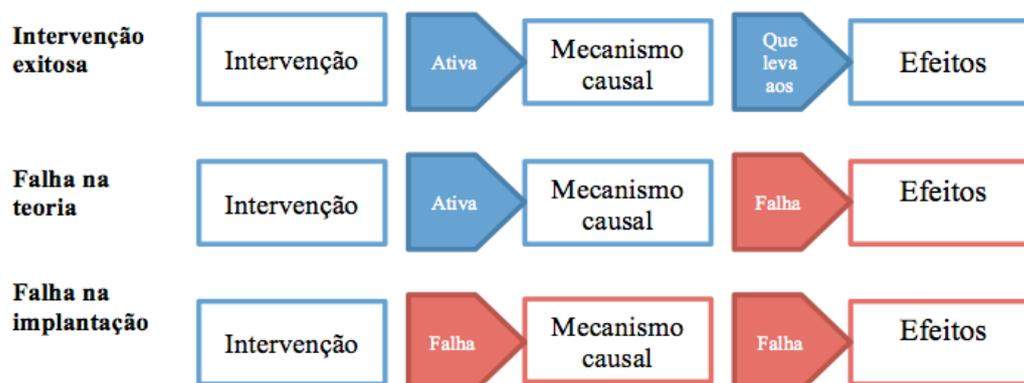
A teoria do programa ou da intervenção pode ser definida como o conjunto de mecanismos mediadores da relação entre a intervenção e seus efeitos (49). A descrição desta teoria ajuda a identificar recursos, atividades e resultados esperados e a detalhar a cadeia de hipóteses causais entre os componentes da intervenção. O que é chamado de teoria no campo da avaliação de programas pode ser definido de maneira

alternativa como conhecimento substantivo sobre a intervenção (50), isto é, conhecimento sobre os fundamentos da intervenção, incluindo a coerência entre as atividades propostas e os resultados esperados. Esta concepção, bastante simples, ajuda a desmistificar a impressão de que o foco na teoria tornaria a avaliação mais distante da prática. Na verdade, trata-se de um recurso para a condução de avaliações mais úteis, por possibilitar que sejam feitas perguntas adequadas, que os efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos e que, portanto, a avaliação possa auxiliar na tomada de decisão (43).

A teoria da intervenção expressa o que deve ser feito para alcançar os objetivos esperados, além de antecipar outros impactos importantes e determinar o modo como esses objetivos e impactos podem ser gerados. Avaliações que não levam em conta a teoria da intervenção são avaliações do tipo “caixa-preta”, caracterizadas por um foco primário na relação global entre entrada de recursos e saída de produtos, sem preocupação com os mecanismos de mudança ou processos de transformação (49). Normalmente, estes mecanismos de mudança não são as atividades em si, mas sim respostas específicas que estas atividades provocam nos atores envolvidos com a intervenção (51). Desse modo, iluminar as conexões esperadas entre atividades e efeitos pode revelar mudanças imprevistas na intervenção avaliada, negativas ou positivas, ajudando a responder não apenas se uma intervenção funciona, mas como ela funciona, deveria ou poderia funcionar.

Especificar a teoria no processo de avaliação também permite testar esta teoria, ou colocar à prova as premissas da intervenção. Avaliar intervenções sem questionar as relações causais entre recursos, atividades, resultados e contexto pode levar a resultados inúteis por não definir onde está o problema. Uma intervenção pode fracassar por problemas na implantação ou por ser baseada em premissas ou pressupostos teóricos errados (51), como ilustrado de forma simplificada na Figura 1. A relação entre intervenção e contexto é normalmente abordada nos estudos de implantação, que analisam a integração de uma intervenção em determinado contexto organizacional (43). Diferenciar falha de implantação de falha da teoria ajuda a definir se o programa está sendo implantado em condições apropriadas e segundo pressupostos válidos, com isso possibilitando redirecionar adequadamente uma intervenção (49).

Figura 1. Falha na teoria e falha na implantação



Fonte: Adaptado de Weiss (1998).

A teoria de uma intervenção é constituída por premissas teóricas ou hipóteses que são carregadas de valor (ideias ou sentidos do que “deve ser”), e que incorporam os saberes científicos e práticos dos grupos implicados na intervenção. O avaliador precisa entender estas premissas ou hipóteses para conduzir avaliações que sejam relevantes para os implicados ou interessados em uma intervenção (52)(53). Porém, é pouco frequente que os programas e políticas de saúde tenham sua teoria explicitada de forma clara em documentos oficiais, o que gera dificuldades de entendimento e falta de consenso entre os atores envolvidos em sua operacionalização sobre os objetivos e resultados esperados. Diferentes atores de uma mesma intervenção podem trabalhar para alcançar objetivos divergentes, e este problema muitas vezes é evidenciado somente no momento da realização de uma avaliação.

A descrição de uma intervenção torna explícitos seus pressupostos e, quando realizada de forma participativa, pode envolver os atores interessados na reflexão sobre seus elementos e levar à reconstrução dos efeitos desejados e dos mecanismos subjacentes de funcionamento (54). Uma avaliação conduzida com este foco e com esta abordagem pode ajudar a: (i) explicitar os objetivos e pressupostos oficiais; (ii) explicitar as diferentes concepções e expectativas dos interessados; (iii) promover a participação e acordos sobre o funcionamento e resultados esperados da intervenção; (iv) construir perguntas avaliativas; (v) possibilitar reformulações; (vi) preparar o terreno para análise de implantação e de resultados.

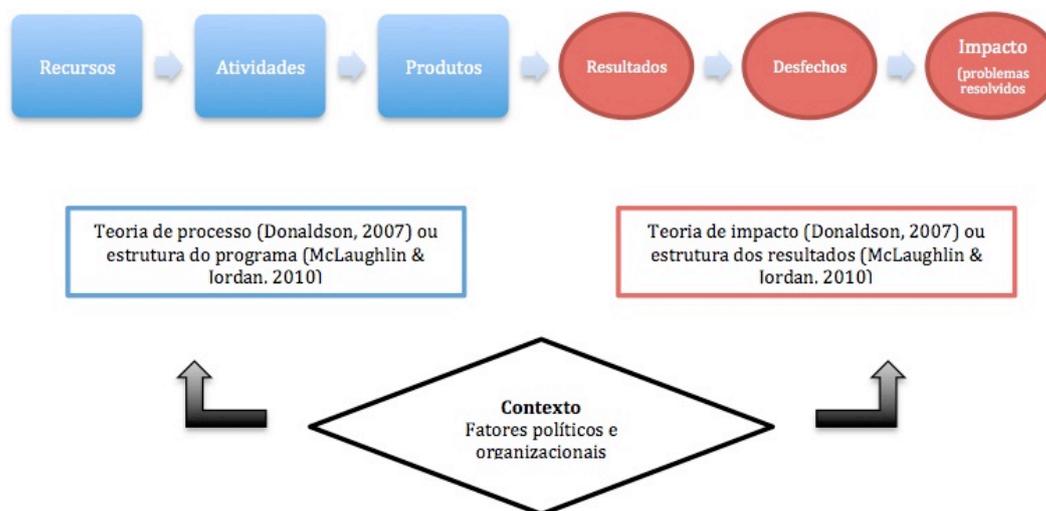
Modelização de intervenções

A descrição da teoria é usualmente feita com o uso de modelos lógicos ou teóricos, esquemas visuais que facilitam a compreensão e análise das hipóteses e relações de causa e efeito necessárias para que a intervenção permita melhorar a situação problemática (55)(56). A modelização também facilita a comunicação entre os atores envolvidos na operação e na avaliação das intervenções, possibilitando melhor acompanhamento de sua implantação (57). Dependendo da finalidade, do público alvo e da complexidade da intervenção, a modelização pode ter graus de complexidade diferentes (modelos em Z, com produtos de algumas atividades servindo de recursos para outras atividades; modelos em formato de hipertexto, com níveis de detalhamento adicionais para determinados grupos de processos; etc.) (57).

Não há consenso na literatura de avaliação sobre a terminologia ou classificação das teorias e modelos das intervenções. Chen (1990) distingue teoria do programa, que representa estas hipóteses subjacentes, de modelo lógico, que representa graficamente os componentes, objetivos e efeitos desejados (49). Weiss (1998) distingue teoria da implantação, que foca na tradução dos objetivos do programa em sua operação, e teoria do programa, que foca nos processos que mediam a aquisição dos objetivos a partir das atividades (51). Medina *et al* (2005) diferenciam lógica do programa, que explicita as relações causais entre seus componentes, de teoria do programa, que seria um modelo de como o programa causa seus efeitos (55). Esher *et al* (2011) distinguem modelos lógicos, que enfatizam os componentes técnicos de um programa, de modelos teóricos, que enfatizam os fatores que influenciariam a magnitude dos efeitos (58).

Em tentativa recente de sistematização, Donaldson (2007), seguindo a linha de Rossi e colaboradores, diferencia uma teoria do processo, que descreveria as operações internas relacionadas com a implementação de um programa, e teoria do impacto, que descreveria as relações de causa e efeito ligando as atividades do programa a seus produtos, resultados e desfechos (59). Este esquema é semelhante ao modelo lógico básico de McLaughlin e Jordan (2010), sendo que estes autores utilizam os termos “estrutura do programa” e “estrutura dos resultados” e incluem o contexto no modelo lógico, elemento imprescindível na utilização dos modelos para avaliação (57). A figura 2 apresenta uma síntese destas propostas teóricas.

Figura 2. Modelo lógico, teoria de processo e teoria de impacto



Fonte: Elaborado com base em Donaldson (2007) e McLaughlin & Jordan (2010).

Estudos de avaliabilidade

Os estudos de avaliabilidade (EA) foram inicialmente desenvolvidos na década de 1970 como uma atividade de pré-avaliação, motivados pela falta de informações úteis derivadas das avaliações e pela dificuldade em avaliar programas pobremente concebidos ou mal definidos (60). Em sua formulação original, normalmente creditada a Joseph Wholey em 1977, os objetivos dos EA eram: analisar se existiam objetivos mensuráveis, se estes objetivos eram compartilhados pelos interessados, se a estrutura e os recursos do programa eram adequados e suficientes para alcançar os objetivos e se os gerentes utilizariam as informações da avaliação (61).

Wholey (2010), um dos autores que desenvolveu o conceito de avaliabilidade, classifica o EA como uma abordagem de avaliação exploratória (61), atividade rápida e de baixo custo, prévia ao desenho de uma avaliação, e que, além de produzir achados avaliativos, ajudaria avaliadores e *stakeholders* a identificar prioridades para futuras avaliações e assegurar a viabilidade e utilidade destas. O EA, mais especificamente, analisa em que medida um programa está preparado para futuras

avaliações e ajuda os *stakeholders* principais a entrar em acordo sobre objetivos realísticos para a intervenção avaliada, critérios de avaliação e usos da informação obtida com a avaliação. Para este autor, a etapa mais importante dos EA é a obtenção de acordo sobre os elementos e objetivos da intervenção que serão foco de futuras avaliações e sobre como a informação da avaliação será utilizada, e para tal, destaca o papel do avaliador no envolvimento de *stakeholders* e na comunicação sobre o processo e os resultados da avaliação (61).

Os resultados esperados de um EA incluem: (i) descrição completa do programa; (ii) os modelos lógico e teórico; (iii) as questões avaliativas fundamentais; (iv) um plano de avaliação; (v) acordo entre os interessados sobre os tópicos anteriores (52). Estes produtos podem tornar-se uma proposta formal para avaliação do programa, não sendo incomum que um EA termine com a implantação de uma avaliação (58).

Os métodos de coleta de informações mais utilizados em EA são análise de documentos, entrevistas com atores envolvidos com a intervenção (*stakeholders*) e observação de campo (60)(52).

Em 2007, Trevisan revisou os EA publicados entre 1986 e 2006 e constatou que, apesar de os 23 estudos identificados manterem o propósito de determinar a possibilidade de avaliação de um programa, 17 destes utilizaram o processo do EA para propósitos de avaliação formativa, com desenvolvimento, esclarecimento ou modificação do programa, normalmente com ampla participação dos interessados no processo do EA. Um EA pode facilitar a avaliação, racionalizar o uso de recursos, dar maior consistência e credibilidade à avaliação e ajudar a determinar propósitos e foco avaliativo, além de permitir entendimento aprofundado e apreciação prévia das possibilidades de avaliação (61)(62)(63).

Os EA são compreendidos como fundamentais para a análise da oportunidade e utilidade da avaliação (52), ajudando a determinar os propósitos e o foco da avaliação e aprofundando o entendimento dos interessados sobre seus objetivos e funcionamento esperado. Nesta linha, Thurston *et al* (2003) consideram os EA úteis para gestores interessados em promover o desenvolvimento organizacional e também como ferramentas participativas para planejar avaliações de programas com a finalidade de promover mudanças sociais (62).

Alguns problemas comuns em estudos de avaliação, como barreiras entre avaliador e interessados, condução de avaliações prematuras, desperdício na busca de

informações não mensuráveis e de objetivos sem importância, podem ser minimizados com o uso de estudos de avaliabilidade, tornando os programas mais plausíveis e avaliáveis através da participação dos gestores no processo e da redução das ambiguidades entre os *stakeholders* (60).

Assim, inicialmente formulados como etapa prévia a uma avaliação formal, os EA têm tido seus usos ampliados, e atualmente têm sido utilizados também como ferramentas de planejamento, desenvolvimento organizacional e melhoria do programa e como método para diminuir ambigüidades entre interesses e interpretações divergentes antes de se avaliar um programa ou uma política (60).

Análise lógica

Com a disseminação das avaliações baseadas na teoria, tem se tornado cada vez mais evidente a importância de abrir a “caixa-preta” das intervenções como um meio de entender a cadeia de relações causais entre seus elementos. A modelização é um recurso importante e amplamente utilizado para tal, mas não é suficiente para fazer inferências ou julgamentos sobre a validade das relações causais, ou sobre a plausibilidade científica da teoria da intervenção. De fato, as avaliações baseadas em modelos teóricos podem ser consideradas, em grande medida, baseadas na visão dos avaliadores e/ou *stakeholders* sobre os mecanismos que ligam a intervenção modelizada a seus objetivos e resultados, e esta visão sempre pode estar incompleta, ou mesmo errada, do ponto de vista do conhecimento acumulado sobre intervenções semelhantes. Assim, analisar e testar a teoria de uma intervenção antes de aprofundar uma avaliação pode prover *insights* importantes sobre a validade dos elementos da intervenção avaliada e, ao mesmo, mobilizar *stakeholders* em um exercício valioso de reflexão (64).

A análise lógica é uma avaliação baseada na teoria da intervenção que permite testar a plausibilidade desta teoria, utilizando para isso conhecimento científico disponível, seja na forma de literatura científica ou de opinião de especialistas (64). Apesar de ser uma atividade diferente da modelização lógica, utiliza esta para a construção do julgamento sobre a intervenção. Trata-se de um tipo de análise no *continuum* da pesquisa avaliativa que tem como objetivo determinar a coerência de uma intervenção (43).

A análise lógica envolve análise e emissão de juízo sobre o mérito do modelo teórico e sobre a validade do modelo operacional de uma intervenção. O julgamento do mérito do modelo teórico busca responder às perguntas se o modelo pode funcionar e se este representa a melhor forma de proceder, e para isso pode utilizar revisão crítica de documentos, julgamento de especialistas, ou ainda métodos como análise decisional ou simulação. O julgamento da validade do modelo operacional busca analisar se os recursos e atividades da intervenção são suficientes e adequados para os objetivos postulados, e para isso pode utilizar: comparação entre os componentes da intervenção e aqueles que deveriam teoricamente estar presentes, com base em conhecimentos vigentes (textos técnicos, literatura científica); opinião de especialistas; ou ainda estudos empíricos que testem o modelo (65).

Técnicas de obtenção de consenso

Estratégias de obtenção de consenso têm sido muito utilizadas no campo da saúde para definição de critérios, padrões e indicadores para avaliação. São úteis em situações em que os parâmetros de avaliação não estão previamente estabelecidos, seja pela inexistência de estudos sistemáticos sobre o tema, seja pela indefinição ou inexistência de consenso sobre os objetivos da intervenção avaliada. Estas estratégias não são propriamente metodologias qualitativas nem quantitativas, sendo mais bem caracterizadas como técnicas que buscam produzir acordos ou consensos sobre um tema entre especialistas ou atores interessados em uma intervenção (66).

No caso de intervenções complexas e mal definidas, muitas vezes é preciso que os avaliadores construam consensos não só em relação aos critérios, mas também sobre os próprios métodos de aferição. Estes processos podem conferir maior validade aos critérios/indicadores definidos e também maior legitimidade ao processo de avaliação (55). Quando utilizados para avaliar intervenções no campo das políticas públicas, como programas de saúde, permitem considerar aspectos técnicos da intervenção sem negligenciar elementos de ordem ética e política, por levar em conta a produção científica, a opinião de especialistas e os interesses políticos dos gestores e participantes da intervenção avaliada (67).

Existem algumas técnicas, cada uma com vantagens e desvantagens. As mais tradicionais são o comitê tradicional, o Delphi e a técnica de grupo nominal (68)(69). O comitê tradicional é rico pela troca de ideias, mas tem a desvantagem do viés de

autoridade, dependendo muito da composição e da condução do encontro. O Delphi e o grupo nominal avaliam a concordância e a dispersão das opiniões e podem ajudar a resolver as discordâncias por meio de *feedback* sobre as opiniões e rodadas sucessivas. O grupo nominal estrutura a comunicação e permite a participação de todos sem confronto direto de ideias, mas permite responder uma questão de cada vez e pode dificultar o aprofundamento sobre o tema. O Delphi tem a vantagem do anonimato, mas consome tempo e recursos com rodadas sucessivas e tratamento estatístico das respostas. Nenhuma técnica concilia as vantagens específicas de cada uma, o que faz com que às vezes sejam modificadas, misturadas ou utilizadas de maneira sequencial. Alguns exemplos destas inovações são o júri simulado, o Delphi político e a conferência de consenso (66)(67). As modificações das técnicas tradicionais têm sido desenvolvidas no âmbito dos próprios processos de avaliação, muitas vezes para atender a necessidades do contexto e da intervenção avaliada (70). Exemplos de adaptações são: o uso de uma etapa de consenso por email previamente a realização de um encontro presencial e a realização de consenso em rodada única ou encontro único (68).

Apoio matricial e NASF

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou publicou a Portaria que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, estratégia de fortalecimento da APS com novas equipes multiprofissionais, baseada no referencial teórico-metodológico do apoio matricial (36). O apoio matricial é também chamado de matriciamento, termo mais utilizado para se referir aos encontros e atividades conjuntas entre os profissionais (reuniões ou encontros de matriciamento). Neste trabalho, optou-se pelo termo apoio matricial, mas para fins práticos ambos serão considerados sinônimos.

Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram inicialmente formulados em uma linha de pesquisa sobre reforma das organizações e do trabalho em saúde da Universidade Estadual de Campinas (71)(72)(73). Ao longo das décadas de 1990 e 2000, foram testados em serviços de saúde mental, de atenção básica e em hospitais, principalmente das regiões metropolitanas de Campinas/SP e Belo Horizonte/MG. A partir de 2003, foram incorporados como diretrizes orientadoras de políticas e programas de diversas áreas do Ministério da Saúde, como a Política

Nacional de Humanização (PNH), a área técnica de saúde mental e o Departamento de Atenção Básica (74)(75). A PNH propõe a incorporação da “função apoio” em todas as instâncias do SUS como diretriz e dispositivo para transformação das práticas de gestão e atenção das equipes de saúde (76)(77).

As equipes de referência que compõem a proposta seriam compostas por profissionais generalistas diretamente responsáveis pelo cuidado de pessoas ou populações. Se por um lado representam alguma inovação para cenários como hospitais e ambulatorios, por exemplo, o mesmo não se pode dizer em relação à APS. Na verdade, as EqSF são modelos de equipes de referência, com base no trabalho em equipe, com população definida, atenção a ampla gama de problemas, e manutenção do vínculo com a população ao longo do tempo e quando esta é atendida em outros serviços (38).

Em suas primeiras formulações dos conceitos, Campos (1998; 1999) define “equipes de referência e trabalho de apoio matricial” (71) ou “equipes de referência com apoio especializado matricial” (72) como um dispositivo e um arranjo organizacional para o trabalho em saúde. Como dispositivo, o apoio matricial (AM) seria parte de um novo método para co-governar organizações de saúde com base em unidades de produção e gestão colegiada (71).

Campos (1999) diferencia arranjos organizacionais de dispositivos, defendendo o uso do AM principalmente como um arranjo organizacional (72). Dispositivos são combinações de recursos, utilizadas para alterar o funcionamento organizacional, sem fazer parte da estrutura das organizações. Alguns exemplos são: programas assistenciais, oficinas de planejamento, treinamentos e cursos, grupos de sensibilização, discussões de problemas, etc. Diferentemente destas intervenções de caráter mais episódico, o apoio matricial seria um arranjo organizacional para alterar a estrutura gerencial e o modelo de atenção, visando instituir nova cultura organizacional baseada nas diretrizes do vínculo terapêutico, da gestão colegiada e da transdisciplinaridade. A implantação do arranjo buscaria fortalecer o vínculo e ao mesmo tempo ampliar e singularizar a oferta de intervenções e recursos terapêuticos aos usuários.

A proposta do AM agrega componentes de teorias da administração, da psicologia, da educação e da análise institucional; se baseia na hipótese de que a reforma das práticas em saúde depende centralmente da reconstrução dos padrões de

relação nos serviços de saúde, buscando aumentar o vínculo entre usuários e equipes de saúde e entre as equipes de serviços diferentes (72)(74)(78).

O AM tem por objetivo oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, através de atividades como atendimentos e intervenções conjuntas, atendimentos ou intervenções especializadas do apoiador e troca de conhecimento e de orientações. Para isso, o AM depende da construção compartilhada, entre equipes de referência e apoiadores/especialistas, de diretrizes clínicas e sanitárias, critérios para acionar o apoio e espectros de responsabilidade para cada profissional. Busca facilitar o contato direto entre profissional encarregado de um determinado caso e especialista de apoio, revisando a prática do encaminhamento e construindo um sistema de compartilhamento e co-responsabilização que reforce a coordenação das ações entre os profissionais e garanta a utilização adequada dos recursos especializados. Não tem a pretensão de substituir, mas de complementar outros mecanismos dos sistemas de saúde como formulários de referência e contra-referência, centrais de regulação e protocolos de acesso, sendo especialmente adequado para problemas complexos, crônicos e multidimensionais, em que a responsabilidade por “pedaços” do usuário tende a ser dividida entre várias especialidades, gerando intervenções fragmentadas e pouco eficazes (72)(74)(76)(78)(79).

A proposta do apoio matricial deriva de uma crítica à organização do trabalho em saúde baseada nos princípios da administração científica taylorista. Esta forma de organização na saúde levaria a: alto grau de departamentalização, unidades de gestão definidas a partir de corporações/profissões, fragmentação da gestão e da atenção e diluição da responsabilidade sanitária (74). Para superar a falta de efetividade de organizações de saúde departamentais ou funcionais (gestão por categorias profissionais), o AM propõe a reorganização dos serviços de saúde segundo a lógica de unidades de produção. Esta forma alternativa de organização facilitaria a combinação de saberes técnicos distintos no manejo de problemas comuns, transformando uma estrutura de trabalho centrada nas funções ou categorias profissionais numa estrutura de trabalho por projetos terapêuticos (38)(76). O nome apoio matricial deriva da concepção de organizações matriciais nas teorias da administração. Uma estrutura matricial, idealmente, aumentaria a adaptabilidade da organização para lidar com um ambiente instável e pouco previsível, incentivando a

coordenação entre especialidades funcionais (as profissões de saúde) e fazendo melhor uso dos recursos humanos (80).

Em revisão realizada com o objetivo de subsidiar pesquisas sobre o apoio matricial, Campos e Domitti (2007) definem a proposta como um arranjo organizacional e uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde (74). Esta duplicidade se explicaria pela pretensão de utilizar o AM nos níveis da organização do sistema e também das práticas clínicas, contribuindo para aumentar a efetividade e eficiência do sistema e também promover autonomia, vínculo e responsabilização dos sujeitos.

Os mesmos autores defendem que o uso de equipes matriciais por projetos como dispositivos transitórios para atenuação dos efeitos da especialização e da departamentalização seriam insuficientes para promover mudanças organizacionais, pelo caráter temporário destes dispositivos e por não alterarem a estrutura vertical de poder, que continuaria centrada em departamentos funcionais (81). Na proposta do apoio matricial, em vez de equipes matriciais provisórias, organizadas por projetos e em seguida desfeitas, teríamos uma estrutura matricial, com reformulação do organograma das organizações de saúde e substituição dos departamentos por unidades de produção (81).

Em trabalho recente sobre o apoio matricial na APS, Cunha e Campos (2011) defendem esta mudança estrutural nas organizações de saúde como uma possibilidade de construir, no âmbito gerencial, uma cultura organizacional democrática e, no plano epistemológico, um manejo do conhecimento que valorize a singularidade dos casos e possibilite um equilíbrio dinâmico entre os saberes dos vários profissionais de uma equipe ou de uma rede assistencial (75). O AM na APS seria um arranjo assistencial e uma metodologia de gestão do cuidado com as finalidades de: (i) limitar a fragmentação da atenção; (ii) consolidar a responsabilização clínica; (iii) valorizar o cuidado interdisciplinar; (iv) contribuir para a regulação das redes assistenciais (75).

Considerando a literatura revista, podemos identificar pelo menos quatro perspectivas que poderiam ser utilizadas para análise do apoio matricial e dos NASF:

1. Como um arranjo ou modelo de integração assistencial (82), com a finalidade de ordenar a relação entre níveis hierárquicos do sistema, diminuindo a fragmentação e contribuindo para regulação das redes de atenção;

2. Como um dispositivo ou modelo de integração clínica (82), com a finalidade de facilitar a comunicação e integração de equipes de APS e especialistas, ampliando a corresponsabilização e a integração interdisciplinar;
3. Como uma proposta de reforma organizacional dos serviços de saúde, no sentido de mudança de cultura institucional, contribuindo para ampliar a autonomia dos profissionais, a colaboração e a democracia e para modificar as relações de poder nas organizações;
4. Como uma contribuição para reforma das práticas assistenciais, na relação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, contribuindo para singularização, ampliação e humanização das ações clínicas e sanitárias das equipes de saúde.

Estudos prévios sobre os NASF

De um modo geral, há escassez de estudos sobre AM e os NASF com resultados generalizáveis, predominando relatos de experiência ou artigos de opinião. Foram identificados alguns estudos de caráter avaliativo sobre apoio matricial em saúde mental, mas nenhum estudo avaliativo específico sobre os NASF, até a finalização do presente estudo (abril de 2013). Dos oito estudos selecionados para análise, quatro são de Campinas e dois de São Paulo, mostrando concentração da produção sobre o AM e NASF em torno dos centros de pesquisa onde os conceitos foram gerados. Destes oito estudos, descritos no Quadro 2, podemos inferir que:

- Os NASF são considerados dispositivos com múltiplas finalidades, como: ampliação de integralidade; integração assistencial; qualificação da atenção; garantia de continuidade; integração interdisciplinar; responsabilização clínica; educação profissional.
- Não existe consenso sobre o modelo de implantação ou as finalidades dos NASF, havendo propostas para sua utilização como dispositivo de apoio à gestão, de mudança das práticas gerenciais e assistenciais, de educação permanente e treinamento, ou como instrumento de integração assistencial;
- A diversidade de visões presentes nos estudos empíricos é compatível com a diversidade de propósitos encontrada na análise das propostas teóricas do

apoio matricial, apontado para necessidade de definição mais precisa desta intervenção.

Quadro 2. Estudos selecionados sobre NASF e apoio matricial

Autor, ano, local	Tipo de estudo e temática	Resultados relevantes para esta pesquisa
Silva AT et al, 2012, São Paulo	Análise hermenêutica de oficinas de implantação do NASF	A expectativa dos participantes foi de que o NASF seja um dispositivo potencializador da integralidade do cuidado, intervindo na cultura dos encaminhamentos desnecessários e na articulação com os outros níveis de atenção, além de contribuir para a discussão da formação dos profissionais e de estimular a reflexão junto aos gestores sobre outros indicadores de saúde além do número de atendimentos (83)
Sampaio J et al, 2012, Campina Grande	Análise do NASF como dispositivo de gestão	Os documentos ministeriais deixam margem para formas de organização diversas dos NASF, que expressam as concepções de modelo de atenção de cada contexto local, por ex, médico-assistencial ou de vigilância em saúde (84)
Onocko-Campos RO et al, 2011, Campinas	Pesquisa avaliativa sobre práticas inovadoras em UBS	O apoio matricial se mostrou potente para definir fluxos, qualificar as equipes e promover uma assistência conjunta e compartilhada (85)
Vannucchi AM et al, 2011, São Paulo	Estudo exploratório sobre psiquiatra na APS	Há fragilidade na articulação dos serviços e na definição do papel do psiquiatra. Sua formação não contempla habilidades para atuação na APS e para utilização da ferramenta do apoio matricial. Apenas o NASF é insuficiente para atender a maioria dos transtornos mentais. São necessárias formação para atuação na APS, melhores condições de trabalho, articulação dos serviços e participação contínua do psiquiatra na APS (86)
Reis DC et al, 2011, Belo Horizonte	Estudo descritivo do perfil de atendimentos em reabilitação do NASF	O perfil de atendimentos do NASF demonstrou que este contribuiu para a continuidade do cuidado em reabilitação e para a promoção do trabalho interdisciplinar na APS (87)
Cunha GT et al, 2011, Campinas	Proposta teórica do apoio matricial e reflexão sobre desafios e potencialidades	AM apresentado como proposta para a APS com objetivos de limitar a fragmentação da atenção, consolidar a responsabilização clínica, valorizar o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação das redes assistenciais (75)
Figueiredo MD et al, 2009, Campinas	Pesquisa avaliativa sobre apoio matricial em saúde mental	Observou-se a incorporação da saúde mental no fazer das equipes de referência e a diversificação dos dispositivos terapêuticos. Avaliou-se a necessidade de aprimorar a avaliação de risco e a importância da criação de espaços permanentes de análise sobre o Apoio Matricial, a fim de realimentar sua potencialidade em transformar as práticas hegemônicas em saúde (88).
Campos GW et al, 2007, Campinas	Apresentação das diretrizes do Apoio Matricial	Apresentação da proposta de Equipes de Referência e Apoio Matricial como metodologia de gestão do trabalho em saúde (74)

Fonte: Elaborado a partir de estudos revistos da página eletrônica da BIREME até 21/02/2013.

Estratégias de integração de especialistas na APS

Apesar da extensa literatura internacional disponível sobre integração de especialistas na APS, há falta de consenso sobre a classificação dos modelos e sobre quais são os componentes relacionados a resultados em cada modelo, o que dificulta a comparação das evidências. Além disso, por se tratarem de intervenções complexas e ligadas ao contexto dos diferentes sistemas de saúde, é difícil encontrar duas intervenções realmente comparáveis, e muitas atividades e componentes supostamente relacionados a resultados podem apenas refletir características mais amplas dos diferentes sistemas de saúde (89)(90). Há, portanto, grande polissemia e indefinição no tratamento desta questão.

Grande parte da literatura internacional sobre integração de especialistas na APS trata de estratégias ou mecanismos de integração assistencial de difícil extrapolação para o contexto brasileiro, e em particular para os NASF, por um ou mais dos seguintes motivos:

- Estudos realizados em sistemas de saúde e redes de serviços com características singulares e diferentes do contexto brasileiro, como alguns subsistemas dos Estados Unidos da América (EUA) (ex, *medical homes, managed care*);
- Estudos sobre integração entre cuidado hospitalar e ambulatorial, não prevista como central na proposta dos NASF (ex, *transitional care, navigating care*);
- Estudos sobre estratégias de estruturação do cuidado para doenças específicas (ex, *disease management programs*) ou sobre modalidades de cuidado específicas (ex, tipos de tratamento psicossocial);
- Estudos com foco na relação interpessoal entre provedores e usuários (ex, *patient-centered care*).

Por outro lado, os artigos que abordaram estratégias de integração assistencial e de organização do cuidado na interface entre atenção primária e especializada, mesmo quando se referindo ao manejo de doenças específicas, apresentaram modelos, conceitos ou elementos importantes para o presente estudo, principalmente: *collaborative care* ou *stepped care* para depressão e transtornos mentais; e *shared care* para diabetes e outras doenças crônicas.

Collaborative care (atenção colaborativa ou cuidados colaborativos) pode ser definido como estruturação da atenção com ampliação do papel de especialistas não médicos na atenção primária (90). Na verdade, o termo é utilizado para se referir a um conjunto de intervenções complexas que podem envolver: treinamento das equipes de atenção primária; interconsulta com especialistas; e adição de novos papéis nas equipes, como a gestão de casos (conjunto de estratégias de seguimento, reforço à adesão, oferta de tratamentos psicossociais e facilitação da ligação entre profissionais de atenção primária e de outros níveis de atenção). São intervenções baseadas em princípios do manejo de doenças crônicas, podendo envolver também rastreamento, educação em saúde, mudanças nas rotinas de atenção e desenvolvimento de sistemas de informação para gestão da atenção (91)(92).

Shared care (atenção compartilhada ou cuidados compartilhados, em tradução livre) pode ser definido como a participação conjunta de médicos de APS e especialistas no planejamento da atenção, com reforço ao intercâmbio de informações não restrito ao motivo e ao momento do encaminhamento. Pode haver diversas formas de organização, baseadas em mudanças nas relações entre médico de família, pessoas doentes e outros especialistas ou na utilização de tecnologias de informação e comunicação como prontuários integrados comuns (93)(94).

As revisões de literatura sobre estes modelos de integração que descreviam os componentes do modelo estudado e apresentavam evidências de efetividade tiveram seus principais resultados sumarizados no Quadro 3, e foram utilizados como subsídio para a análise lógica da intervenção, descrita na seção de resultados. De um modo geral, parece haver evidências da efetividade de modelos de atenção compartilhada ou cuidados colaborativos para as condições e contextos estudados, principalmente condições crônicas e saúde mental. Alguns elementos dos modelos estudados parecem estar mais relacionados aos resultados positivos, funcionando de certa forma como ingredientes ativos (90) das intervenções, entre os quais merecem destaque os seguintes grupos de atividades:

- Atividades colaborativas diretas entre clínicos gerais e especialistas;
- Pactuação de diretrizes de atenção entre profissionais;
- Apoio em nível organizacional à integração de serviços;
- Estratégias de gestão de casos (diversas atividades);
- Estratégias de melhoria da comunicação entre profissionais;
- Definição e/ou revisão de papéis profissionais no cuidado compartilhado.

Quadro 3. Estudos selecionados sobre integração de especialistas na atenção primária

Autor, ano, local; forma de integração	Tipo e temática do estudo	Principais resultados
Fuller, 2011, Austrália; service linkages	Revisão narrativa sobre efetividade de ligações entre os serviços na atenção primária em saúde mental	Fortes evidências apoiam cuidados colaborativos (CC) para depressão quando as ligações envolvem "atividades colaborativas diretas", "diretrizes acordadas" e "sistemas de comunicação" (95).
Butler, 2011, USA. integrated care; care management-based interventions	Revisão sistemática sobre nível de integração dos papéis profissionais ou do processo de cuidado em intervenções baseadas em gestão de casos combinando serviços de APS e Saúde Mental	Grau de integração não está relacionado aos resultados na depressão; cuidado integrado parece melhorar o manejo na APS mas permanecem questões sobre formatos e implementação (96). O grupo de fatores mais citado foi "formação de parcerias", especialmente definição clara de papéis entre os trabalhadores de saúde. Recomendações para desenvolver ligações efetivas nas seguintes áreas estratégicas: apoio em nível organizacional, resolução conjunta de problemas clínicos, diretrizes locais compartilhadas, treinamento de pessoal e retorno sobre a intervenção para os interessados (97).
Fuller, 2011, Austrália; service linkages	Revisão narrativa sobre fatores que facilitam colaboração efetiva entre serviços especializados e de atenção primária em saúde mental	Recomendações para desenvolver ligações efetivas nas seguintes áreas estratégicas: apoio em nível organizacional, resolução conjunta de problemas clínicos, diretrizes locais compartilhadas, treinamento de pessoal e retorno sobre a intervenção para os interessados (97).
Agius, 2010, UK; shared or collaborative care	Revisão sobre cuidados compartilhados e colaborativos para depressão	CC para depressão melhoram adesão, satisfação de pacientes e médicos e tem bom custo-benefício, apesar de aumentar os custos iniciais. Resultados também em pessoas com múltiplas comorbidades. Recomendação de implantar CC no sistema inglês, incluindo clínicos gerais e psiquiatras trabalhando na mesma equipe, acesso facilitado a atenção secundária e oferta de psicoeducação, reforço a adesão e psicoterapia por trabalhadores especificamente treinados (98).
Glied, 2010, USA; collaborative care	Revisão sobre relação entre benefícios globais do manejo de depressão na APS e o custo da intervenção	Intervenções que provêm treinamento para equipes de APS no manejo de depressão tiveram benefícios globais consistentes com melhores resultados para intervenções mais caras. Adição de pessoal especializado aos serviços de APS e treinamento de clínicos para oferecer psicoterapia aumentaram os Anos de Vida Ajustados para Qualidade (99).

Fonte: Elaborado a partir de estudos revistos da página eletrônica do Pubmed até 28/03/2012.

Quadro 3 (Continuação)

Autor, ano, local; forma de integração	Tipo e temática do estudo	Principais resultados
McColl, 2009, Canadá; integration	Estudo exploratório sobre integração de serviços de reabilitação e APS	Seis modelos de integração: clínica, <i>outreach</i> (especialista avançado), autocuidado, reabilitação comunitária, cuidado compartilhado e gestão de casos (100).
Chang-Quan, 2009, China; collaborative care	Revisão sistemática sobre componentes efetivos e viabilidade de cuidados colaborativos para depressão no idoso	O uso de antidepressivos é um componente efetivo bem definido das intervenções de CC. Comunicação entre profissionais de APS e saúde mental não parece ser um componente efetivo, e o efeito da psicoterapia deve ser melhor explorado (101).
Christensen, 2008, Austrália; collaborative care	Revisão sistemática sobre componentes efetivos do manejo de depressão na APS em intervenções na clínica geral e na comunidade.	Componentes associados a predição de melhora clínica: revisão de papéis profissionais, provisão de um gerenciador de caso que ofereça <i>feedback</i> direto e terapia psicológica, inclusão das preferências do paciente no manejo. Treinamento para clínicos gerais foi menos efetivo do que intervenções não baseadas em treinamento. Alguns modelos de intervenção comunitária são efetivos (ex, programas educativos), outros não (monitoramento por farmacêutico) (89).
Smith, 2008, Irlanda; shared care; primary- specialty interface	Revisão sistemática sobre efetividade de cuidados compartilhados na interface entre atenção primária e especializada em melhorar resultados para doenças crônicas.	Intervenções complexas, de curta duração, com desenhos de estudo ruins dificultam extração de evidências. Estudos que incluíram melhoras na prescrição como resultado tiveram melhora neste desfecho. Não há evidências para justificar generalização de cuidados compartilhados (95).
Rygh, 2007, Noruega; integration	Revisão sobre melhoria e integração de serviços de saúde em áreas rurais	Novas formas de interação como interdisciplinaridade, trabalho em equipe com flexibilidade de papéis e responsabilidades, delegação de tarefas e adaptações culturais são particularmente importantes em contextos rurais. Linhas de cuidado integradas, <i>outreach programs</i> , cuidados compartilhados e telemedicina melhoraram a equidade no acesso e a continuidade, com aumento de custos, e são fortemente dependentes de um bom sistema de APS de base (102).

Fonte: Elaborado a partir de estudos revistos da página eletrônica do Pubmed até 28/03/2012.

Quadro 3 (Continuação)

Autor, ano, local; forma de integração	Tipo e temática do estudo	Principais resultados
Williams, 2007, USA; multifaceted interventions; care management	Revisão sistemática sobre efetividade, elementos chave, pacientes que se beneficiam mais e recursos necessários em intervenções multifacetadas para depressão	Forte evidência apoiando gestão de casos. Componentes mais usados foram: monitoramento de sintomas e adesão; apoio à decisão no manejo medicamentoso; registro dos pacientes e supervisão dos gerenciadores de caso por profissionais de saúde mental (103).
Bower, 2006, UK; collaborative care	Revisão sistemática e sobre uso de meta-regressão para identificação de ingredientes ativos nos modelos de cuidados colaborativos para depressão	Não houve preditor do efeito de CC no uso de antidepressivos. A melhora de sintomas foi associada com identificação sistemática de pacientes e supervisão por especialista (90).
Vergouwen, 2003, Holanda; collaboratve care	Revisão sistemática de intervenções para melhorar adesão a antidepressivos de pessoas com depressão unipolar	Intervenções educativas para melhorar adesão não mostraram efeito, enquanto intervenções com cuidados colaborativos na APS melhoraram significativamente a adesão (104).
Gilbody, 2003, UK; organizational and educational interventions	Revisão sistemática com síntese narrativa da efetividade de intervenções organizacionais e educacionais para melhorar o manejo de depressão na APS	Estratégias efetivas em melhorar desfechos nos pacientes geralmente incorporaram educação dos clínicos, papel reforçado do enfermeiro na gestão de casos e maior grau de integração entre atenção primária e secundária (<i>consultation-liaison</i>). Aconselhamento sobre a medicação feito por telefone por enfermeiros ou conselheiros treinados foi efetivo. Implementação de diretrizes e estratégias educacionais simples foram geralmente ineficazes. A implementação dos achados requer investimento em APS e mudanças organizacionais (105).
Bower, 2002, UK; C-L psychiatry; chronic disease management	Artigo teórico sobre a hipótese de que psiquiatria de ligação e modelos complexos baseados em manejo de doenças crônicas utilizam mecanismos de mudança diferentes, com o primeiro focando na relação entre profissionais da APS e especialistas, e o segundo destacando a importância de desenvolver sistemas efetivos de oferta de atenção.	Os princípios de manejo de doenças crônicas podem melhorar a eficácia e efetividade dos modelos em termos de mudança de comportamento dos clínicos e desfechos nos pacientes, enquanto a psiquiatria de ligação pode ser importante para disseminação e implementação dos modelos (106)

Fonte: Elaborado a partir de estudos revistos da página eletrônica do Pubmed até 28/03/2012.

Fortalecimento da APS e mecanismos de integração assistencial

A falta de coordenação ou fragmentação da atenção é um problema central dos sistemas de saúde, sobre o qual pesquisadores e gestores se debruçam há bastante tempo. O problema vem recebendo atenção crescente devido a alguns fatores inter-relacionados, como o aumento da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde, a incorporação crescente de tecnologias, levando a aumento nos custos da atenção, e a conseqüente necessidade de maior eficiência na gestão dos recursos destinados à saúde. Este cenário tem levado a União Européia a implementar desde a década de 1990 reformas pró-coordenação, sobretudo voltadas para o fortalecimento da APS (35).

Nas Américas, a histórica fragmentação dos sistemas de saúde, a fragilidade dos governos locais e a predominância de estratégias de atenção primária seletiva levaram as reformas setoriais a resultados limitados em termos de melhora do estado de saúde e da equidade. Esta constatação levou a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) a defender a necessidade de uma renovação da atenção primária, com sua integração em redes coordenadas como caminho para o fortalecimento dos sistemas de saúde da região (10). A integração da APS à rede de serviços de saúde é condição para ultrapassar uma concepção de APS seletiva, que tem alcance limitado em termos de melhoria do desempenho do sistema de saúde (21). Em última análise, a OPAS propõe a renovação da APS e de seu papel como fundamento para a transformação dos sistemas de saúde.

A fragmentação prejudica o desempenho dos sistemas de saúde através de diversos mecanismos, como desperdício de recursos (duplicação de exames, encaminhamentos inadequados, utilização excessiva de serviços hospitalares) e falta de continuidade da assistência (aumento nos tempos de espera, demanda reprimida), levando a diminuição da qualidade da atenção e da satisfação dos usuários (10)(107). Por outro lado, a literatura científica descreve associação positiva entre coordenação e continuidade, e da coordenação com qualidade e eficiência da atenção e satisfação dos usuários, dimensões relacionadas ao desempenho geral dos sistemas (34).

O problema da fragmentação e da falta de coordenação também se reflete nas numerosas intervenções que tem se gerado, tanto no nível das políticas (reformas setoriais na saúde e planos de ação intersetoriais) como no nível organizacional

(implantação de redes integradas de serviços de saúde e estratégias de atenção compartilhada). No Brasil, o Ministério da Saúde tem estimulado nos últimos anos, como principal estratégia de organização da atenção, a construção de redes integradas de atenção, com base territorial e ordenadas pela atenção primária (108).

Integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes, que podem se referir ao sistema, à prática profissional e à experiência dos usuários. Na literatura científica, predomina certa confusão conceitual sobre o tema, sendo comum o uso indiscriminado dos três termos para referir-se a uma mesma ideia: a conexão da atenção que uma pessoa recebe dos diferentes pontos de atenção de um sistema (107). Esta sobreposição dificulta o acompanhamento das reformas pró-coordenação e de outras estratégias de fortalecimento da APS e integração dos sistemas de saúde. A construção e a validação de definições operacionais destes conceitos, com sua descrição em termos mensuráveis, são importantes para diminuir a ambiguidade conceitual, para guiar a seleção de indicadores e instrumentos de medida e para possibilitar a comparação de estudos nesta área (109).

No setor saúde coordenação da atenção pode ser definida de maneira geral como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (11)(107)(110). A maior parte das reformas sanitárias da União Européia nos anos 1990 buscou promover a coordenação através do fortalecimento da capacidade da APS em controlar a utilização dos demais níveis de atenção e/ou do aumento de abrangência do primeiro nível de atenção através da integração de novos serviços e equipes multiprofissionais (110). Em revisão sistemática sobre as dimensões centrais da APS elaborada por Kringos *et al* (2010), a coordenação é definida como a capacidade da APS de coordenar o uso de outros níveis de atenção, principalmente através do papel de filtro (*gatekeeper*), da abrangência das ações ofertadas neste nível, da composição das equipes e do modelo de integração entre APS e atenção especializada (34).

Em recente iniciativa de construção de um marco de avaliação da APS na América Latina, a coordenação - definida como um dos objetivos da APS - se refere à função de coordenar instituições, profissionais e trabalhadores que provêm serviços de saúde em diferentes pontos de atenção para evitar a fragmentação e alcançar uma atenção integrada. No entanto, esta foi uma das dimensões de APS que obteve baixo

consenso entre o grupo de especialistas, o que em parte reflete o desafio de se construir uma definição operacional (111).

A integração é definida por alguns autores como um nível mais elevado no contínuo da coordenação ou como o resultado de uma coordenação ótima (10)(107). Um consenso canadense sobre definições operacionais dos atributos da APS incluiu a integração entre as dimensões estruturais da APS, definindo-a como o grau de ligação estabelecido e mantido pelas organizações de saúde com outras partes dos sistemas de saúde e sociais, de forma a facilitar a transferência e a coordenação da atenção entre organizações diferentes (109).

Teoricamente, a integração em saúde envolveria a criação e manutenção de um sistema de governança comum entre atores e organizações autônomas, com o objetivo de viabilizar a coordenação e a cooperação entre estes para realizar um projeto comum. Essa definição, que destaca os componentes de governança, coordenação e cooperação, tem como imagem-objetivo um sistema de saúde “sem muros”, ou seja, sem barreiras de acesso entre seus vários níveis e com múltiplas dimensões de integração entre os diversos subsistemas. Apesar de consensuais em seus princípios, estas visões têm se mostrado de difícil realização (82).

Conceitos semelhantes são encontrados nas definições de redes de atenção utilizadas em documentos recentes da OPAS e da OMS. Para Shortell (*apud* OPS, 2010), sistemas integrados de saúde são “redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população” (10). A OMS, em seu Relatório Mundial da Saúde de 2008, define serviços integrados de saúde como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (8).

Sobre a natureza do termo “rede”, uma dupla leitura torna-se indispensável: como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos (82). Intervenções complexas muitas vezes objetivam modificar as duas dimensões, mas as mudanças podem operar por mecanismos diferentes. Esta diferenciação é importante para a condução e, principalmente, para o acompanhamento e avaliação de reformas organizacionais voltadas para integração.

A continuidade se relaciona com os conceitos de coordenação e integração e deve ser garantida pelos prestadores de serviços de saúde, mas diz mais respeito à experiência dos usuários em sua relação com o sistema de saúde. Neste sentido, pode ser definido como a percepção da coordenação pelos usuários, ou ao efeito da coordenação/integração na relação do usuário com o sistema de saúde. Apesar da simplicidade aparente, este conceito é central nas principais definições de atenção primária e apresenta grande polissemia. Uma síntese das principais classificações encontradas aponta a existência de no mínimo três dimensões de continuidade (5)(10)(34)(109)(112):

- Continuidade informacional, que corresponde à integração da informação sobre os usuários entre provedores de atenção distintos;
- Continuidade relacional, que compreende tanto o vínculo entre prestador e usuário ao longo do tempo quanto a utilização da unidade de APS como fonte regular de atenção; a inclusão dos aspectos da relação interpessoal entre profissional e usuários não é consensual. Esta dimensão se superpõe parcialmente ao conceito de longitudinalidade de Starfield (5).
- Continuidade gerencial ou assistencial, que corresponde à oferta de serviços entre prestadores distintos de maneira complementar, de forma que seja percebida como conectada e coerente (esta dimensão é a que mais se aproxima do conceito de coordenação).

Coordenação, integração e continuidade são dimensões ou funções centrais de sistemas de saúde integrados com base na APS, já tendo demonstrado associação positiva com outras dimensões de desempenho do sistema de saúde (34). Por isso, devem estar presentes como componentes de estratégias que visem diminuir a fragmentação assistencial e fortalecer a atenção primária, como os NASF.

METODOLOGIA

Delimitação do objeto

Revisão de literatura

A revisão de literatura sobre os NASF consistiu na busca, em base de dados eletrônica, de estudos publicados sobre esta intervenção ou sobre seus fundamentos. A finalidade desta estratégia foi agregar ao presente estudo avaliativo a contribuição de avaliações prévias sobre os NASF, informação geralmente útil para a modelização e reconstrução da intervenção avaliada.

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), mantida pela BIREME/OPS/OMS (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>), com a seguinte estratégia: [*“núcleo de apoio à saúde da família” OR “núcleos de apoio à saúde da família” OR “NASF” OR “matriciamento OR “apoio matricial”*], todos os campos. A última atualização foi feita em 21 de fevereiro de 2013. Dos 137 resultados retidos, 21 foram selecionados por título/resumo para análise de resultados, sendo 18 artigos e 3 monografias. Foram excluídos relatórios técnicos, apresentações e editoriais. O critério utilizado para esta seleção foi que o trabalho tivesse foco nos NASF ou no apoio matricial na AB. Foram excluídos os trabalhos sobre apoio matricial com foco em Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), hospitais ou em áreas de gestão, bem como os trabalhos em que o NASF é citado mas não é objeto de análise. Após estes segundo refinamento, foram selecionados oito estudos para leitura completa e análise, incluindo os poucos estudos avaliativos publicados sobre apoio matricial na APS.

A síntese dos achados destes oito estudos foi apresentada no Quadro 2 da seção Revisão de Literatura.

Análise documental

A análise documental, prevista como etapa de coleta de dados para a construção dos modelos lógicos do presente estudo, foi iniciada ainda na etapa de delimitação do objeto de pesquisa. Esta análise consistiu na busca em páginas eletrônicas, complementada por busca manual em arquivo pessoal, de textos que fizessem referência à organização ou aos pressupostos do NASF, ou que tivessem o

NASF e/ou o apoio matricial na APS como tema central. A finalidade desta estratégia foi identificar os elementos ou componentes da intervenção avaliada.

A busca foi realizada nas bases eletrônicas de textos do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde de estados e capitais. Foram analisados os seguintes tipos de documentos: normas, diretrizes, manuais, textos didáticos, artigos, teses e capítulos de livro. Entre os artigos, teses e capítulos de livro, foram considerados como documentos, para fins de modelização da intervenção, aqueles que apresentaram diretrizes para a implantação ou organização do trabalho dos NASF.

A relação completa dos documentos que foram utilizados para a construção dos modelos lógicos encontra-se no Anexo 1.

Cenário de estudo

O cenário do estudo é o município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. A seleção do cenário de estudo se deveu, em primeiro lugar, ao fato de ser o local de trabalho do pesquisador principal, o que guarda coerência com a perspectiva do estudo de ser uma avaliação voltada para utilização. A escolha também se justifica por Florianópolis ser considerada uma experiência de referência em organização dos NASF para o Ministério da Saúde, fato observado pelo destaque dados aos gestores municipais através de: (i) premiação pelo trabalho de implantação do apoio matricial em saúde mental (113); (ii) participação do município na elaboração da principal publicação oficial sobre os NASF disponível até a data de encerramento deste estudo (79); (iii) participação de gestores e técnicos do município em processos de desenvolvimento dos NASF em nível nacional, como as Oficinas de Qualificação dos NASF para Redução da Mortalidade Infantil (114).

O Quadro 4 apresenta o cenário do estudo, descrito na forma de caso.

Quadro 4. Cenário de estudo: o caso do apoio matricial e dos NASF em Florianópolis

Confrontada com uma demanda crescente de encaminhamentos para profissionais de saúde mental, dificuldades de acesso aos atendimentos especializados e falta de suporte para as equipes de atenção primária na área da saúde mental, a gestão municipal de Florianópolis (SC) iniciou uma mudança no modelo de atenção em saúde mental em 2006. Inicialmente, os psicólogos e psiquiatras existentes, que atendiam em unidades de saúde de maior porte sem população definida, foram distribuídos em equipes regionais de saúde mental responsáveis por um conjunto de unidades de atenção primária. O processo de trabalho foi modificado para se adaptar às diretrizes do apoio matricial, com fim dos encaminhamentos escritos e promoção de reuniões periódicas com as ESF para discussão de casos, atendimentos conjuntos e seleção de usuários para atendimento de referência pelo profissional de saúde mental.

Neste modelo, os profissionais que fazem apoio também fazem atendimentos específicos dos casos que ultrapassam a capacidade de resolução das ESF, evitando o simples deslocamento do encaminhamento da ESF para a equipe de apoio matricial e aumentando a responsabilidade do sistema. Os profissionais de saúde mental se articulam também com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em reuniões regionais de discussão de casos e regulação do percurso dos usuários entre os níveis de atenção. Em 2009, os profissionais de saúde mental e outros especialistas foram agrupados em equipes multiprofissionais de apoio que deram origem aos NASF do município, agregando elementos da experiência municipal prévia com apoio matricial e do modelo proposto pelo Ministério da Saúde para os NASF. Em 2010 foram publicadas normas e diretrizes municipais para os NASF, e a condução da intervenção foi transferida do setor de média complexidade para o de atenção primária da SMS.

Atualmente há doze equipes NASF no município, com composição profissional variada, oferecendo apoio às EqSF nas áreas de saúde mental, atividade física e reabilitação, alimentação e nutrição, assistência farmacêutica e saúde da criança. A experiência municipal é considerada referência nacional para o aperfeiçoamento dos NASF, com demandas frequentes de outros municípios e do próprio Ministério da Saúde aos gestores e trabalhadores de Florianópolis para realização de consultorias e participação em processos formativos. Apesar do desenvolvimento recente de instrumentos de registro e de monitoramento dos NASF em Florianópolis, nenhum estudo avaliativo específico sobre esta intervenção foi publicado até o momento de encerramento deste estudo.

Fontes: Saraiva et al (2008) e Florianópolis (2010; 2011).

O objeto de estudo foi definido como “integração dos NASF na atenção primária em Florianópolis”. A complexidade e multidimensionalidade deste objeto exigiram um recorte; optamos por abordar os NASF como um modelo de integração clínica e assistencial baseado nos princípios do apoio matricial. Os NASF não serão abordados no presente estudo como dispositivos para mudança de cultura organizacional nos serviços de saúde ou como dispositivos para mudança das práticas em saúde. Investigações nestas linhas também podem contribuir para o entendimento e melhoria da intervenção, mas exigem outros referenciais teóricos e desenhos de pesquisa. O modelo de avaliação proposto por Santos-Filho (2006; 2007) para a PNH, por exemplo, é uma importante contribuição para estudos nesta direção (115)(116).

Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, aqui definida como o exame, por meio de métodos ou dispositivos científicos, das relações entre os componentes de uma intervenção ou programa. Deve ser diferenciada da pesquisa não avaliativa, que não contempla necessariamente a emissão de juízos de valor para tomada de decisão, e da avaliação normativa, que consiste em verificação de conformidade dos componentes de uma intervenção com critérios e normas previamente existentes (43). O presente estudo tem foco na teoria da intervenção³, ou no exame dos pressupostos que ligam a intervenção a seus efeitos, se alinhando às *theory-driven evaluations* (avaliações baseadas na teoria do programa ou da intervenção) (49)(117).

As etapas deste estudo são baseadas no desenho metodológico dos estudos de avaliabilidade (EA), particularmente indicados para avaliação de intervenções complexas, em que as responsabilidades são dispersas e os resultados esperados e critérios de avaliação não estão bem definidos (61). Os EA foram inicialmente desenvolvidos como uma abordagem exploratória ou de pré-avaliação, mas são atualmente utilizados também com propósitos formativos, em qualquer fase do desenvolvimento de uma intervenção (60)(62)(52).

Foi adotada uma abordagem participativa, com envolvimento de usuários potenciais da avaliação, voltada para a utilização da avaliação para qualificação da intervenção e, portanto, com propósito ou finalidade formativa (43)(118). Apesar da abordagem participativa, esta não é uma avaliação construtivista ou de “quarta geração”, sendo mais bem situada sob o paradigma neopositivista, por sua vez baseado no fundamento ontológico de que ainda que a realidade exista, o conhecimento que podemos ter dela é incompleto e aproximativo (119)(47)(120). Trata-se de uma avaliação interna, conduzida por um dos gestores da intervenção como pesquisador principal. Para Thurston et al (2005), a participação de membros da coordenação da intervenção avaliada na equipe de pesquisa pode favorecer a análise e interpretação de informações ainda durante a realização do EA, permitindo que mudanças sejam implantadas desde os primeiros achados do estudo (63).

³ Intervenção, no contexto deste estudo, é equivalente a programa de saúde, se referindo a um sistema organizado de ação que visa, em um contexto e período específicos, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática (43)(46)(45).

O quadro 5 sintetiza o desenho do estudo, situando o mesmo no campo da avaliação em saúde.

Quadro 5. Caracterização do desenho do estudo

Tipo de estudo	Pesquisa avaliativa
Tipo de objeto	Intervenção (sistema de ação)
Paradigma/ontologia	Neopositivismo / Realismo crítico
Foco	Teoria da intervenção
Abordagem	Participativa / foco na utilização
Finalidade	Propósito formativo
Posição do avaliador	Avaliação interna
Desenho metodológico	Estudo de avaliabilidade

Por haver muita variabilidade na forma e na sequência de etapas dos EA entre os diversos autores, Trevisan (2007) alerta para a importância de documentar e justificar o caminho percorrido (60). Apesar da diversidade de formatos existentes, algumas etapas essenciais dos EA coincidem entre os diversos autores (118). Estas etapas coincidem com os objetivos específicos deste estudo:

1. Descrição detalhada da intervenção (modelização);
2. Formulação de perguntas avaliativas (definição de foco);
3. Desenho de um modelo de avaliação (definição de critérios e matrizes);
4. Obtenção de consenso entre os *stakeholders* sobre estes itens.

Thurston et al (2005) apontam como desafios das avaliações formativas: o fortalecimento da capacidade dos avaliadores internos de incorporar o conhecimento sobre o contexto institucional às análises realizadas, e a incorporação dos achados das avaliações e do processo avaliativo à vida institucional (54). A escolha de referencial teórico e metodológico que aborde estes desafios traduz nossa intenção de influenciar o cenário e os atores da intervenção avaliada, preparando os NASF de Florianópolis para melhorias gerenciais e futuras avaliações. Trata-se de um estudo alinhado à ideia de que “a avaliação é feita para ser utilizada” (51).

Perguntas avaliativas

- Quais são os componentes desta intervenção (integração dos NASF na APS)?
- Os pressupostos da intervenção estão de acordo com o conhecimento vigente?
- Que aspectos da intervenção deveriam ser priorizados para avaliação?
- Como a intervenção pode contribuir para fortalecer a atenção primária?

Coleta e análise de dados

Modelização

A coleta de dados para construção dos modelos foi feita através de análise documental. Os EA usualmente requerem do avaliador significativa compreensão do contexto organizacional e político da intervenção (118), e por isto prevêm também entrevistas e observação participante como técnicas adicionais. Devido à posição do pesquisador como gestor da intervenção, estas técnicas foram consideradas desnecessárias e excluídas do desenho metodológico.

O material derivado da análise documental foi revisado com a finalidade de identificar os elementos do programa: objetivos, recursos, atividades e resultados de curto, médio e longo prazo⁴. As atividades foram agrupadas em componentes. Os fatores de contexto foram selecionados com base em estudos avaliativos prévios sobre implantação da ESF (121)(122). Os elementos identificados na análise documental foram categorizados com base na experiência do pesquisador com a intervenção avaliada para dar origem à versão preliminar do modelo lógico dos NASF. Este modelo preliminar serviu como parâmetro para seleção da literatura utilizada na análise da lógica da intervenção.

Com base no arcabouço teórico do campo da avaliação, identificamos que a modelização da intervenção no presente estudo deveria contemplar (56):

1. Um modelo lógico operacional, com a descrição de como a intervenção deveria funcionar;
2. Um modelo lógico teórico, com a sequência de mecanismos que ligam a intervenção aos resultados;

⁴ Definições utilizadas nos modelos lógicos e teóricos:

- Recursos – o que o programa utiliza, ou o que é preciso ter para operá-lo
- Componentes – agrupamentos de atividades afins ou processos afins
- Atividades – o que o programa faz, ou o que se planeja fazer
- Produtos – o que o programa produz diretamente para seus usuários/beneficiários
- Resultados de curto prazo – benefícios para os usuários principais do programa
- Resultados de médio prazo – benefícios produzidos por mudanças provocadas nos usuários
- Resultados de longo prazo – benefícios para a população, ou problemas resolvidos (impacto)

3. O modelo lógico completo da intervenção, com a ligação entre problemas e objetivos da intervenção; seus recursos, processos internos e resultados; e os elementos de contexto.

O processo de modelização da integração dos NASF na APS foi realizado por meio das seguintes etapas sequenciais:

- (i) desenho de um modelo lógico preliminar, utilizado como base para o planejamento das demais etapas deste estudo;
- (ii) refinamento do modelo preliminar para submissão à apreciação e consenso dos *stakeholders*, incluindo a separação gráfica do modelo lógico operacional e do modelo lógico teórico;
- (iii) validação de conteúdo do modelo lógico operacional por meio de técnicas de obtenção de consenso com *stakeholders* e análise lógica da intervenção;
- (iv) modelização final, reagrupando o modelo operacional validado e modificado nas etapas anteriores, o modelo lógico teórico e os elementos de contexto.

Por tratar-se de uma intervenção que tem como finalidade o fortalecimento da atenção primária, na modelização final buscamos associar cada componente (conjunto de atividades afins) a pelo menos uma dimensão da atenção primária, conforme definidas em revisão de Kringos et al (2010): governança, condições econômicas, desenvolvimento da força de trabalho, acesso, continuidade, coordenação, abrangência, qualidade, eficiência e equidade (34).

Toda esta abordagem teve a intenção de aumentar a coerência entre o desenho normativo dos NASF, as expectativas dos *stakeholders* do cenário de estudo a respeito de seu funcionamento, e os conhecimentos disponíveis na literatura científica sobre integração de especialistas na APS, integração assistencial e fortalecimento da APS. Os modelos lógicos, em suas versões sucessivas (preliminar, submetida a consenso e final), são mostrados na seção de Resultados.

Análise lógica

Na etapa de planejamento deste estudo foi realizada uma análise exploratória de artigos sobre integração entre atenção primária e especializada, com a finalidade de identificar conceitos e elementos dos diversos modelos existentes que pudessem ser utilizadas para analisar os elementos e pressupostos dos NASF. A busca foi feita na base de dados eletrônica do Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) com a

estratégia: ("Primary Health Care"[Mesh] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh] OR "Primary Care Nursing"[Mesh]) AND ("Cooperative Behavior"[Mesh] OR "collaborative care" OR "shared care" OR "case management" OR "disease management") AND (Humans[Mesh] AND "last 10 years"[PDat]). Foram retidas 2629 referências na última atualização, em março de 2012, e selecionadas 285 por título e resumo (foram incluídos apenas artigos que abordassem integração entre atenção ambulatorial especializada e atenção primária). Como a busca tinha finalidade exploratória, foram selecionados para análise os 45 artigos classificados como revisões e disponíveis gratuitamente no Pubmed, de forma a obter um panorama do campo. Destes trabalhos, 15 foram selecionados para leitura detalhada, por apresentarem descrição do modelo estudado e evidências de efetividade. A síntese dos resultados destes estudos foi apresentada no Quadro 3 da Revisão de Literatura.

Os resultados desta revisão de literatura foram considerados, no âmbito do presente estudo, como um panorama do conhecimento vigente sobre integração de especialistas na atenção primária. Como tal, foram utilizados em dois momentos do estudo: na construção dos modelos lógicos, como referência para a definição conceitual dos elementos da integração dos NASF na APS; e na análise lógica destes modelos, realizada de forma complementar à submissão dos modelos a apreciação de *stakeholders*.

A análise lógica da intervenção foi realizada com foco na validade de conteúdo. Para tal, realizamos um procedimento de emparelhamento crítico (65), relacionando os elementos da intervenção descrita (componentes e atividades previstos no modelo lógico da integração dos NASF na APS) com elementos que deveriam, com base no conhecimento vigente, estar presentes para que a intervenção seja completa e atinja seus objetivos (componentes e atividades presentes em estudos avaliativos e textos teóricos sobre intervenções semelhantes). Como referência para este emparelhamento, além da revisão de literatura já citada, foi utilizada a revisão sistemática sobre dimensões da atenção primária de Kringos et al (2010) (34).

O emparelhamento realizado para a análise lógica é mostrada na forma de quadro na seção de Resultados.

Consenso com *stakeholders*

O desenho do presente estudo previu a apreciação dos modelos lógicos por *stakeholders* locais, com uso de técnica de consenso. As técnicas de consenso

normalmente são utilizadas com grupos de especialistas, pelo fato de serem considerados conhecedores em profundidade de um assunto específico, por formação acadêmica ou experiência de atuação (66). Porém, estas técnicas também podem ser utilizadas com pessoal leigo ou com atores interessados na intervenção avaliada, como gestores, financiadores e usuários. Como os NASF são uma intervenção recente e singular, a maior parte do conhecimento vigente se baseia na experiência dos participantes (gestores e trabalhadores da atenção primária) em iniciativas de implantação. Além disso, até a data de encerramento do presente estudo, não havia definição das competências esperadas para um profissional NASF, nem havia uma formação específica para a prática do apoio matricial, ao menos com abrangência nacional. Neste cenário, os participantes do presente estudo, selecionados a partir de experiência prática, interesse e reflexão acumulada sobre a intervenção, podem ser considerados um grupo misto de *stakeholders* e especialistas.

Foram considerados *stakeholders* desta intervenção: profissionais dos NASF, profissionais das EqSF, gestores locais (coordenadores de centros de saúde) e gestores regionais/centrais (equipes das regionais de saúde e de setores da secretaria municipal de saúde) da SMS de Florianópolis. Os usuários dos serviços não foram incluídos como sujeitos de pesquisa porque a análise da interface entre APS e população foge ao escopo deste estudo, e porque os NASF têm como usuários primários os profissionais das EqSF, que por sua vez devem regular o acesso dos usuários dos serviços de saúde às intervenções do NASF. Não houve pretensão de representatividade em termos de profissão ou local de trabalho na composição do grupo, mas buscou-se incluir diversidade de contextos, experiências e opiniões. A seleção inicial (levantamento de nomes) foi baseada nos seguintes critérios:

- Profissionais da gestão e da atenção à saúde de Florianópolis;
- Diversidade de locais de trabalho (equipes e regiões diferentes);
- Experiência, reflexão e interesse em organização dos NASF.

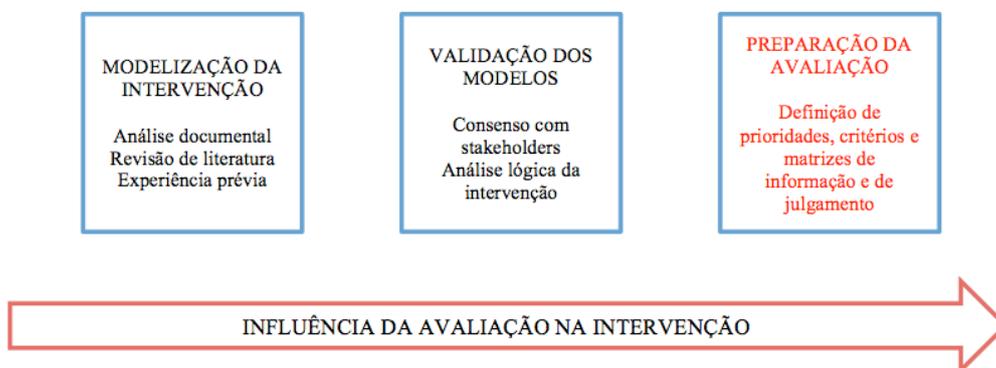
A seleção final dos *stakeholders* para o consenso se baseou em sugestões de outros gestores da atenção primária do município de estudo (gestores regionais, diretamente responsáveis pelas EqSF e NASF de seus territórios), coletadas em reunião coordenada pelo pesquisador, após apresentação da proposta do presente estudo. Esta seleção final se baseou na percepção dos participantes da reunião sobre os *stakeholders* pré-selecionados, com base em critério de interesse e influência potenciais destes nos usos da avaliação.

Para estruturar a participação dos *stakeholders* na análise dos modelos lógicos, foi adotada uma técnica caracterizada como Delphi simplificado, com o envio por correio eletrônico de elementos informativos sobre a pesquisa e sobre a intervenção avaliada (incluindo o modelo lógico em apreciação) e de questionários para resposta. Foi garantido anonimato dos participantes e as respostas foram consolidadas e devolvidas aos mesmos. As questões se referiram (i) à pertinência e à relevância de cada componente proposto no modelo lógico para o alcance dos objetivos dos NASF; (ii) à pertinência e à relevância de cada atividade para o respectivo componente e para avaliação da intervenção. Adicionalmente às perguntas objetivas, os participantes foram solicitados a justificar suas respostas e a fazer sugestões sobre o modelo. Os instrumentos utilizados nesta etapa encontram-se nos Anexos 2 e 3.

A média da pontuação de cada item pelos *stakeholders* foi consolidada em formato de tabela. As sugestões e opiniões emitidas sobre os elementos do modelo lógico foram agrupadas por semelhança. Grande parte das sugestões foi incorporada ao modelo lógico final. Esta etapa do estudo, do envio dos questionários aos *stakeholders* até a consolidação das respostas e devolução destas aos participantes, durou cerca de 30 dias, do final de janeiro ao final de fevereiro de 2013.

Uma síntese destas contribuições está descrita na seção de Resultados e o consolidado das respostas encontra-se nos Anexo 4 e 5. A Figura 1 resume as etapas metodológicas do presente estudo. As etapas de “preparação da avaliação” foram previstas no planejamento original do estudo, mas não foram realizadas por questões de cronograma. No entanto, foram mantidas na figura para ilustrar a perspectiva de continuidade do estudo, abordada com maior detalhamento nas seções de Discussão e Conclusão.

Figura 3. Síntese das etapas do presente estudo



Considerações éticas

Esta pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil de registros de pesquisas envolvendo seres humanos sob o número 03491712.8.0000.5240 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (CEP/ENSP/FIOCRUZ) na forma do Parecer n. 61932. Posteriormente, foi aprovada pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, local de realização do estudo, antes do início das atividades de campo (etapas de seleção e participação de *stakeholders*). O anonimato e a confidencialidade, componentes da técnica Delphi, foram mantidos até a consolidação dos resultados, e estes foram devolvidos a todos os participantes da etapa de obtenção de consenso. A pesquisa não apresentou riscos diretos aos participantes, a não ser eventuais prejuízos pelo tempo dedicado às respostas aos questionários. Devido à posição hierárquica do pesquisador em relação aos stakeholders no contexto de estudo (SMS de Florianópolis), na condição de gestor da intervenção avaliada, houve especial atenção à explicitação do caráter de pesquisa deste trabalho. Os participantes receberam a garantia de que nenhuma recusa em participar, abandono da pesquisa ou opinião divergente com as do pesquisador causaria qualquer tipo de prejuízo no âmbito do trabalho na SMS, seja de caráter trabalhista, financeiro ou relacional. Estas garantias, bem como os potenciais riscos e benefícios da participação, foram explicitadas no Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE), que foi encaminhado a todos os participantes e devolvido ao pesquisador por correio eletrônico como forma de aceitação dos termos da pesquisa. Todo o material original da pesquisa foi armazenado em meio digital, e as cópias serão mantidas em poder exclusivamente do pesquisador e de suas orientadoras. O material de pesquisa, incluindo aquele produzido a partir das atividades envolvendo sujeitos de pesquisas, será consolidado e disponibilizado para uso público em formato sintético após o fim da pesquisa, resguardadas todas as disposições de sigilo e confidencialidade constantes nos TCLE.

O TCLE está disponível no Anexo 6, e os pareceres de aprovação pelo CEP da ENSP/Fiocruz e pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa da SMS de Florianópolis nos Anexos 7 e 8.

RESULTADOS

Modelo lógico preliminar

A primeira versão do modelo lógico da integração dos NASF na APS foi construída com base na análise documental, na revisão de literatura sobre integração de especialistas na APS e na experiência do pesquisador com a intervenção. Os **objetivos** do NASF foram definidos a partir de documentos do Ministério da Saúde (19), com modificações na redação para adequação aos objetivos deste estudo. As duas dimensões do apoio matricial, retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, são citadas tanto nos documentos do Ministério da Saúde sobre os NASF (19)(36)(79) quanto em artigos sobre apoio matricial (72)(74), e foram definidas no modelo como **componentes** da intervenção. O suporte técnico-pedagógico foi renomeado como “educação permanente”, por ser nome mais comumente utilizado no âmbito dos serviços para o conjunto de atividades desta dimensão. A articulação de parcerias com outros setores e a integração da APS em redes de atenção, previstas como objetivos dos NASF nos documentos do Ministério da Saúde consultados, foram incorporadas ao modelo como um componente separado denominado “articulação de redes”, pelo fato de suas atividades envolverem principalmente articulação outros atores além das EqSF apoiadas. Por fim, um componente de “regulação do acesso” foi incluído com base na experiência do município de estudo nas áreas de saúde mental, fisioterapia e pediatria, em que os profissionais NASF fazem a ligação assistencial entre as EqSF e outros serviços como CAPS, ambulatório de fisioterapia e especialidades pediátricas (113)(122)(123)(124). As **atividades** foram elencadas a partir da análise documental e agrupadas nos componentes definidos para a intervenção.

Foram definidos **resultados** de curto, médio e longo prazo, sendo que estes últimos deveriam responder aos objetivos da intervenção. No processo de modelização, o objetivo de ampliação de abrangência e qualidade/efetividade da APS foi espelhado nos resultados. O objetivo “apoiar a integração da APS nas redes de serviços de saúde e intersetoriais” foi redefinido em termos de resultados como

“melhoria da continuidade e da coordenação”. O objetivo “apoiar os processos de territorialização e regionalização” foi considerado menos relacionado com as atividades previstas para os NASF do que os demais objetivos, principalmente o apoio à regionalização do SUS. Por esta razão, o modelo incluiu entre as atividades do NASF o apoio à territorialização, mas não houve definição de resultado de longo prazo correspondente à regionalização.

Com base nestas considerações, fizemos algumas inferências ainda na etapa de modelização preliminar:

- As duas dimensões do apoio matricial, retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, não englobam todas as atividades previstas e/ou necessárias para que o NASF atinja seus objetivos;
- Parece haver coerência entre o objetivo “ampliar resolubilidade, efetividade e abrangência da APS” e as atividades previstas para os NASF;
- O objetivo “apoiar integração da APS nas redes de saúde e intersetoriais” pode ser melhor avaliado com o apoio dos conceitos de coordenação e continuidade assistencial;
- Os recursos e atividades previstos para os NASF possivelmente são insuficientes para o objetivo de “apoiar os processos de territorialização e regionalização”.

O modelo preliminar foi utilizado como parâmetro para seleção de literatura científica sobre integração de especialistas na APS. Esta literatura selecionada foi utilizada no refinamento do próprio modelo para apresentação aos *stakeholders* e na análise lógica da intervenção, antes da modelização final. O modelo lógico preliminar encontra-se descrito no Quadro 6.

Quadro 6. Modelo lógico preliminar da integração dos NASF na APS

OBJETIVOS	RECURSOS	COMPONENTES	ATIVIDADES	PRODUTOS (para fins de monitoramento)	RESULTADOS de curto prazo	RESULTADOS de médio prazo	RESULTADOS de longo prazo
<p>1. Ampliar resolubilidade, efetividade e abrangência da APS</p> <p>2. Apoiar integração da APS nas redes de serviços de saúde e intersetoriais</p> <p>3. Apoiar processos de territorialização e regionalização</p>	<p>Financiamento federal e municipal</p> <p>Profissionais contratados</p> <p>Informações do território</p> <p>EqSF com população definida</p> <p>Espaço físico nas unidades</p> <p>Normas e diretrizes de atuação</p> <p>Fluxos locais de atenção</p> <p>Sistemas de registro</p> <p>Mecanismos de referência e marcação</p> <p>Mecanismos de integração assistencial</p> <p>Gerentes e apoiadores</p>	RETAGUARDA ASSISTENCIAL	Atendimentos individuais	Consultas e visitas especializadas realizadas	Aumento da oferta de consultas especializadas	<p>Melhor resolução de episódios de doença</p> <p>Aumento no conhecimento em saúde da população</p>	<p>Aumento de resolubilidade, efetividade e abrangência da APS</p> <p>Aumento na coordenação e continuidade da atenção na APS</p>
			Atendimentos coletivos e apoio a grupos da APS	Grupos realizados e/ou apoiados	Aumento da oferta e da qualidade dos grupos		
			Ações educativas e preventivas do NASF	Ações educativas com a população realizadas	Aumento na oferta de informação em saúde para a população		
		EDUCAÇÃO PERMANENTE	Atendimentos compartilhados entre EqSF e NASF	Consultas e visitas conjuntas realizadas	Ampliação da atuação da EqSF em situações complexas	<p>Maior abrangência de problemas atendidos na APS</p> <p>Melhor coordenação das ações entre EqSF/NASF</p> <p>Melhor qualidade técnica das ações</p>	
			Discussão de casos e construção de planos terapêuticos	Planos de cuidados definidos conjuntamente	Melhor comunicação sobre os casos atendidos		
			Discussão de temas clínicos e sanitários com as ESF	Necessidades de educação permanente das EqSF abordadas	Aumento do conhecimento técnico e da autonomia da EqSF		
		REGULAÇÃO DE ACESSO	Discussão de listas de espera e de encaminhamentos	Listas de espera e encaminhamentos priorizados	Priorização mais adequada de casos para atendimento especializado	Melhoria na adequação das ofertas e nos tempos de espera	
		ARTICULAÇÃO DE REDES	Ativação de parcerias com outros setores	Ações compartilhadas com outros setores realizadas	Coordenação de recursos da saúde e de outros setores	<p>Diversificação da oferta de ações e serviços</p> <p>Melhoria na adequação das ofertas e nos tempos de espera</p>	
			Facilitação da ligação com outros serviços de saúde	Ligações com outros serviços de saúde definidas	Facilitação do percurso do usuário pelas redes de atenção		
			Identificação de recursos comunitários para saúde	Recursos comunitários identificados	Maior conhecimento do território pela EqSF		

Modelo lógico submetido ao consenso

O modelo lógico preliminar, elaborado no início da pesquisa, foi modificado antes da apresentação aos *stakeholders*, que se deu quase um ano depois, agregando as contribuições da revisão de literatura realizada para a análise lógica da intervenção e a própria experiência do pesquisador com a intervenção neste período. Entre as modificações, houve a inclusão de um componente de gestão da intervenção no modelo, denominado “organização e condução da integração”, com quatro atividades; e o enriquecimento do componente de regulação do acesso, que incorporou mais uma atividade e passou a se chamar “regulação do acesso e gestão da atenção”.

A inclusão do componente de “organização e condução da integração” se baseou nas conclusões de alguns estudos revisados sobre a importância de um componente de apoio em nível organizacional para o sucesso da integração de especialistas na atenção primária (97)(99)(105). Este apoio organizacional incluiu atividades diversas nos diferentes estudos, como: treinamento de equipes, construção e pactuação de diretrizes de atenção, revisão de papéis profissionais, e até mesmo mudanças nas formas de financiamento da atenção. Apesar desta diversidade de significados, encontramos sustentação nestes estudos para constatação empírica do pesquisador, como gestor da intervenção avaliada, da necessidade de apoio direto e continuado da gestão para o sucesso da integração entre NASF e EqSF. Este apoio da gestão, que inclui atividades como treinamento das equipes, elaboração de diretrizes para a atenção compartilhada e resolução de problemas entre profissionais, foi um componente central da implantação do apoio matricial em saúde mental e dos NASF em Florianópolis, município de realização do presente estudo (38)(113).

A inclusão da atividade “seguimento de casos compartilhados”, que levou à redefinição do componente de regulação de acesso como “regulação do acesso e gestão da atenção”, encontrou sustentação em estudos que apontaram a ligação entre as estratégias de gestão de casos (89)(103)(105) e o sucesso de intervenções de cuidados compartilhados nas áreas de saúde mental e atenção a doenças crônicas. A gestão de casos, nos estudos citados, consistiu em atividades como apoio aos usuários para reforço à adesão, definição de responsável pela coordenação da atenção em casos complexos ou atividades de facilitação da ligação entre equipes de serviços diferentes. Na experiência do pesquisador, estas atividades não são realizadas rotineiramente

pelas EqSF ou pelos NASF, o que poderia ser em parte atribuído à sua ausência no desenho da intervenção avaliada no presente estudo. Por esta razão, incorporamos a atividade no modelo lógico da intervenção.

Estas modificações tornaram o modelo lógico mais coerente com a literatura internacional. Adicionalmente, agregaram ao modelo elementos que vinham sendo discutidos no município de estudo como propostas de melhoria da intervenção.

Além das mudanças de conteúdo, foram feitas mudanças na apresentação do modelo lógico. Alguns elementos tiveram sua redação modificada com objetivo de síntese. Os resultados foram desvinculados de componentes específicos, agrupados como resultados gerais da intervenção e reescritos para que cada enunciado contivesse apenas uma dimensão de resultado (abrangência, resolução, coordenação, qualidade técnica, adequação). Foi incluído como resultado também a satisfação das EqSF, buscando incorporar uma dimensão de responsividade ao modelo. Por fim, o modelo lógico foi desagregado em modelo lógico operacional e modelo lógico teórico, com a finalidade de preparar os instrumentos de consenso. Apenas o modelo lógico operacional foi submetido ao consenso, limitação que será abordada na seção de Discussão. O Quadro 7 apresenta o modelo lógico que foi submetido ao consenso.

Quadro 7. Modelo lógico operacional da integração dos NASF na APS - versão submetida ao consenso com *stakeholders*

OBJETIVOS >	COMPONENTES >	ATIVIDADES >	RESULTADOS
	ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DA INTEGRAÇÃO	Discussão de normas e diretrizes	Maior abrangência de ofertas de atenção na APS
		Educação da equipe NASF	
Ampliar resolubilidade e qualidade da APS	RETAGUARDA ASSISTENCIAL	Planejamento conjunto entre EqSF e NASF	Melhor resolução de episódios de doença
		Monitoramento de ações	
Ampliar abrangência de ações da APS	EDUCAÇÃO PERMANENTE	Atendimentos individuais	Melhor coordenação de ações entre equipes APS
		Atendimentos coletivos e apoio a grupos da EqSF	
Apoiar integração da APS nas redes de serviços de saúde e intersetoriais	REGULAÇÃO DO ACESSO E GESTÃO DA ATENÇÃO	Ações educativas e preventivas	Melhor coordenação de ações entre APS e outros serviços e setores
		Atendimentos compartilhados	
Apoiar processos de territorialização e regionalização	ARTICULAÇÃO DE PARCERIAS E DE REDES	Discussão de casos e de planos terapêuticos	Melhor qualidade técnica das ações na APS
		Discussão de temas com EqSF	
		Revisão conjunta de listas de espera	Melhor adequação dos atendimentos realizados
		Discussão de encaminhamentos	
		Seguimento dos casos compartilhados	Maior satisfação das ESF
		Ativação de parcerias com outros setores	
		Facilitação da ligação entre serviços	
		Identificação de recursos comunitários	

Participação dos *stakeholders*

Perfil dos *stakeholders*

Com base nos critérios descritos na seção de Metodologia, foram selecionados 42 *stakeholders*, dos quais 13 (30%) devolveram os questionários preenchidos. Em relação à categoria de stakeholder, a maioria dos gestores convidados respondeu os questionários (5 de 6), comparado com pouco menos da metade dos profissionais de NASF (5 de 12) e a minoria dos profissionais de EqSF convidados (3 de 24). Em relação ao local de trabalho, a taxa de respostas foi maior entre trabalhadores da gestão central, e teve distribuição desigual em relação ao Distrito Sanitário de atuação para os profissionais de EqSF e NASF. Apesar da baixa participação, o perfil de respostas é coerente com a percepção do pesquisador, como gestor da intervenção avaliada, de que o interesse dos trabalhadores pelo tema da organização do NASF é pequeno entre as EqSF e desigual entre os NASF do município. O perfil dos convidados e participantes encontra-se descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil de <i>stakeholders</i> do estudo, por categoria e por local de trabalho				
Categoria de stakeholder	Convidados	Responderam	Taxa de resposta	Participação no total
Gestor ¹	6	5	83%	38%
NASF	12	5	41%	38%
EqSF ²	24	3	12%	23%
TOTAL	42	13	30% (média)	100%
Local de trabalho³	Convidados	Responderam	Taxa de resposta	Participação no total
SMS	4	3	75%	23%
DS Centro	9	4	44%	30%
DS Continente	10	3	30%	23%
DS Leste	10	2	20%	15%
DS Sul	7	1	14%	8%
DS Norte	2	0	0	0

SMS = Secretaria Municipal de Saúde; DS = Distrito Sanitário

¹ Em relação à categoria de stakeholder, trabalhadores dos distritos sanitários foram agrupados com os gestores da SMS, por terem função semelhante em relação às EqSF e NASF (gerentes/apoiadores).

² Em relação à categoria de stakeholder, coordenadores de unidades básicas de saúde foram agrupados com profissionais das EqSF, por terem perfil semelhante e pela baixa taxa de resposta destes grupos.

³ Em relação ao local de trabalho, trabalhadores dos distritos sanitários foram considerados em seu Distrito, juntamente com os profissionais de EqSF e NASF.

Contribuições dos *stakeholders*

Houve pouco dissenso na primeira rodada de consenso, não justificando a realização de uma segunda rodada. Desse modo, os participantes receberam, na segunda etapa do consenso, apenas a síntese dos resultados da primeira etapa, com algumas questões levantadas pelos participantes apontadas, mas sem nova solicitação de resposta.

Quanto à pertinência dos componentes para alcance dos objetivos do NASF, os cinco componentes apresentados no modelo lógico operacional da integração dos NASF na APS foram considerados pertinentes por todos os *stakeholders*.

Quanto à relevância dos componentes para alcance dos objetivos do NASF, todos foram considerados relevantes, mas não no mesmo grau. O componente de “Organização e condução da integração” e o de “Regulação de acesso e gestão da atenção” receberam, respectivamente, a maior e a menor pontuação de relevância, sendo que o primeiro foi o único componente considerado “muito relevante” por todos os *stakeholders*. A alta pontuação do componente “Organização e condução da integração” reforça a adequação de sua inclusão no modelo lógico. A pontuação menor do componente “Regulação de acesso e gestão da atenção” parece estar, pelo menos em parte, relacionada a compreensão incompleta de seu conteúdo pelos participantes, o que por sua vez pode ser em parte creditado a pouca clareza na apresentação do componente e de suas atividades, considerando tratar-se de contribuição do presente estudo ao desenho dos NASF, como descrito anteriormente.

A Tabela 2 sintetiza os resultados de pertinência e relevância dos componentes do modelo lógico apresentado aos *stakeholders*.

Tabela 2. Pertinência e relevância dos componentes do NASF para o alcance de seus objetivos*, segundo *stakeholders*

COMPONENTES DO NASF	PERTINÊNCIA para alcance dos objetivos (SIM/NÃO)	RELEVÂNCIA para alcance dos objetivos (0-Nada/1-Pouco/2-Muito)
1. Organização e condução da integração	SIM	2,00 (26/13)
2. Retaguarda assistencial	SIM	1,84 (24/13)
3. Educação permanente	SIM	1,84 (24/13)
5. Articulação de parcerias e redes	SIM	1,77 (23/13)
4. Regulação de acesso e gestão da atenção	SIM	1,69 (22/13)

* **Objetivos do NASF:** Ampliar resolubilidade e qualidade da APS; Ampliar abrangência de ações da APS; Apoiar integração da APS nas redes de serviços de saúde e intersetoriais; Apoiar processos de territorialização e regionalização

Quanto às atividades do componente “Organização e condução da integração”, houve baixa pontuação em pertinência e relevância para a atividade “Educação da equipe NASF”. Os principais comentários foram relativos: à limitação da atividade aos NASF, quando deveria incorporar também a educação permanente das EqSF; e ao lugar da atividade no modelo lógico, que alguns opinaram que deveria ser no componente de “Educação permanente”. A forma de redação da atividade, sintética demais, também pode ter contribuído para a baixa pontuação, por não deixar claro que se refere a educação permanente e/ou treinamento dos profissionais NASF. Este e outros exemplos de síntese excessiva na apresentação dos elementos foram corrigidos na versão final do modelo lógico⁵. Houve sugestão de um participante de desdobramento deste componente em dois, para dar destaque à integração assistencial no desenho da intervenção. Por estar em acordo com a revisão da literatura, que aponta a importância de definição de mecanismos de integração assistencial e de oferta de apoio em nível organizacional (gestão) para esta integração, a sugestão foi aceita, e o modelo final apresenta um componente adicional de “Fortalecimento da integração assistencial”. A Tabela 3 mostra a pontuação das atividades do componente “Organização e condução da integração”.

Tabela 3. Pertinência e relevância das atividades do componente “Organização e condução da integração” para este componente, segundo *stakeholders*

ATIVIDADE	PERTINÊNCIA para o componente (SIM/NÃO)	RELEVÂNCIA para sua avaliação (0-Nada/1-Pouco/2-Muito)
Planejamento conjunto ESF/NASF	SIM (TODOS)	1,92 (25/13)
Monitoramento de ações	SIM (TODOS)	1,92 (25/13)
Discussão de normas e diretrizes NASF	SIM (TODOS)	1,84 (24/13)
Educação da equipe NASF	NÃO (3/13)	1,30 (17/13)

Quanto às atividades dos componentes “Retaguarda assistencial” e “Educação Permanente”, houve baixa pontuação em pertinência e relevância para a atividade “Ações educativas e preventivas do NASF” do componente “Retaguarda assistencial”. Os principais comentários foram relativos a quem deveria ser

⁵ Outros exemplos de síntese excessiva na redação/apresentação: atividade “Monitoramento de ações”, que se refere ao monitoramento dos resultados do trabalho do NASF, com apoio da gestão local; atividade “Discussão de normas e diretrizes NASF”, que se refere à discussão sobre as características do trabalho do NASF com os profissionais, incluindo diretrizes do apoio matricial e normas para organização da atenção compartilhada com as EqSF.

responsável pela realização deste tipo de atividade na APS, se o NASF ou a EqSF; alguns participantes opinaram que o NASF não deveria realizar a atividade, apenas apoiar as EqSF para que estas a realizassem. A literatura consultada para o presente estudo sugere que a inclusão de novos profissionais nas equipes de APS com papéis complementares parece contribuir para melhoria de coordenação, através de diversificação do mix de competências das equipes, e de abrangência, através da adição de cuidados preventivos e atividades de promoção de saúde às carteiras de serviços da APS (34). Por esta razão, a atividade foi mantida, com redação melhorada. Houve muitas sugestões de troca de atividades entre os componentes de “Retaguarda assistencial” e “Educação permanente”. Por exemplo, a atividade “Atendimentos compartilhados”, do componente “Educação permanente”, teve a pontuação mais baixa do respectivo componente em pertinência e relevância pela opinião de participantes de que a atividade deveria estar no componente de “Retaguarda assistencial”. Devido à dificuldade de definir claramente as diferenças entre estes dois componentes, e à superposição de suas atividades, os dois componentes foram agrupados no modelo final em um novo componente, denominado “Retaguarda especializada”, contendo as atividades dos dois componentes originais. A Tabela 4 mostra a pontuação das atividades dos componentes “Retaguarda assistencial” e “Educação permanente”.

Tabela 4. Pertinência e relevância das atividades dos componentes “Retaguarda assistencial” e “Educação permanente” para estes componentes, segundo *stakeholders* (Componente “Retaguarda assistencial”)

ATIVIDADE	PERTINÊNCIA para o componente (SIM/NÃO)	RELEVÂNCIA para sua avaliação (0-Nada/1-Pouco/2-Muito)
Atendimentos coletivos	SIM (TODOS)	2,00 (26/13)
Apoio a grupos da ESF	SIM (TODOS)	1,84 (24/13)
Atendimentos individuais	SIM (TODOS)	1,69 (22/13)
Ações educativas e preventivas do NASF	NÃO (1/13)	1,53 (20/13)

(Componente “Educação permanente”)

ATIVIDADE	PERTINÊNCIA para o componente (SIM/NÃO)	RELEVÂNCIA para sua avaliação (0-Nada/1-Pouco/2-Muito)
Discussão de temas com as EqSF	SIM (TODOS)	1,84 (24/13)
Discussão de casos e planos terapêuticos	SIM (TODOS)	1,77 (23/13)
Atendimentos compartilhados	NÃO (1/13)	1,69 (22/13)

Quanto às atividades do componente “Articulação de parcerias e redes”, todas foram consideradas pertinentes por todos os participantes e não houve muitas sugestões de mudança, apesar de ter havido algumas notas intermediárias em relação à relevância das atividades. Por outro lado, houve ressalvas quanto à responsabilidade e governabilidade do NASF com relação a estas atividades. Os participantes argumentaram que o alcance destas atividades seria limitado, por razões como: dificuldade de obter consensos entre os parceiros de setores diferentes sobre competências e responsabilidades de cada um; necessidade de envolvimento da gestão e das EqSF para o sucesso destas atividades; e necessidade de novas habilidades ou competências para a realização das mesmas. Estas questões não foram consideradas como dissenso sobre o modelo, mas foram destacadas como questões para estudos posteriores ou para análise no âmbito da gestão dos NASF. No modelo final, a atividade “Ligação com outros serviços” foi deslocada para o novo componente de “Fortalecimento da integração assistencial”, deixando apenas as atividades de articulação intersetorial e comunitária no componente de “Articulação de parcerias e redes”. Este componente foi então renomeado como “Apoio à integração intersetorial”. A Tabela 5 mostra a pontuação das atividades do componente “Articulação de parcerias e redes”.

Tabela 5. Pertinência e relevância das atividades do componente “Articulação de parcerias e redes” para este componente, segundo *stakeholders*

ATIVIDADE	PERTINÊNCIA para o componente (SIM/NÃO)	RELEVÂNCIA para sua avaliação (0-Nada/1-Pouco/2-Muito)
Ativação de parcerias com outros setores	SIM (TODOS)	2,00 (26/13)
Ligação com outros serviços	SIM (TODOS)	1,84 (24/13)
Identificação de recursos comunitários	SIM (TODOS)	1,69 (22/13)

Quanto às atividades do componente “Regulação de acesso e gestão da atenção”, duas de três atividades foram consideradas não pertinentes por pelo menos um participante, e a média de relevância de todas as atividades foi a mais baixa dos cinco componentes do modelo. Este também foi o componente do modelo com menor pontuação de relevância para alcance dos objetivos do NASF. Em análise das justificativas dos participantes que deram pontuação baixa para as atividades, nota-se

apreensão incompleta ou interpretação parcial da proposta incorporada ao modelo, o que também pode ser atribuído à forma sintética de apresentação do modelo e ao fato de os conceitos de gestão da atenção e regulação de acesso serem complexos e sujeitos a interpretações diversas. As críticas dos participantes estiveram relacionadas ao entendimento, por exemplo, da atividade “revisão de listas de espera” como uma incorporação pelo NASF da função reguladora desempenhada por centrais de regulação; ou ao entendimento da atividade “discussão de encaminhamentos” como um retorno ao uso de formulários de referência e contra-referência. Com base nesta percepção, buscamos definir mais claramente estes elementos no modelo lógico final, renomeando o componente como “Gestão da atenção compartilhada” e redefinindo todas suas atividades. Esta não foi uma mudança sugerida pelos *stakeholders*, mas pela análise das justificativas dos mesmos para sua pontuação. A manutenção do componente mesmo com menor pontuação do que os demais se justificou pela centralidade da atividade de gestão de casos (*case management*) nos estudos de integração assistencial revisados para a análise lógica da intervenção (89)(103)(105). A Tabela 6 mostra a pontuação das atividades do componente “Regulação de acesso e gestão da atenção”.

Tabela 6. Pertinência e relevância das atividades do componente “Regulação de acesso e gestão da atenção” para este componente, segundo *stakeholders*

ATIVIDADE	PERTINÊNCIA para o componente (SIM/NÃO)	RELEVÂNCIA para sua avaliação (0-Nada/1-Pouco/2-Muito)
Seguimento de casos compartilhados	NÃO (2/13)	1,69 (22/13)
Revisão de listas de espera	SIM (TODOS)	1,61 (21/13)
Discussão de encaminhamentos	NÃO (1/13)	1,61 (21/13)

No geral, não houve propriamente dissenso, pois não houve dispersão significativa das respostas em torno da média. As principais questões levantadas pelos participantes do consenso são perguntas que apontam para a necessidade de estudos adicionais. Listamos estas questões no Quadro 8, por considerarmos que apontam para estudos adicionais e úteis para a melhoria dos NASF e da APS, contribuindo com o mesmo objetivo do presente estudo.

Quadro 8. Principais questões levantadas pelos *stakeholders* do presente estudo

- Quais as ações preventivas e de promoção de saúde realizadas na APS com maior impacto na saúde da população? Que profissionais devem oferecer estas ações?
- Quais as competências profissionais necessárias para a realização de atividades de articulação e integração intersetorial na APS? Que profissionais devem realizar estas atividades?
- Quais as competências que devem ser desenvolvidas pelos profissionais da APS para a consolidação do NASF e fortalecimento da APS? Quais as formas de educação permanente associadas com melhor aquisição destas novas competências?

Os principais elementos incluídos no modelo lógico por influência dos *stakeholders* foram relacionados a: (i) organização do trabalho em equipe do próprio NASF; (ii) apoio da gestão à integração do NASF com as EqSF e com a rede de serviços; (iii) formas de apoio não presenciais do NASF às EqSF. Estes elementos são reconhecidos pelo pesquisador como presentes no debate sobre a conformação do NASF no município de estudo desde sua implantação.

Análise lógica

A análise lógica da integração dos NASF na APS consistiu em comparação de parte do conteúdo desta intervenção (componentes e atividades) com elementos de outros modelos de integração de especialistas na APS descritos na literatura científica internacional. Ao fazer a comparação dos elementos presentes na literatura científica com os elementos do modelo lógico apresentado aos *stakeholders*, percebemos a ausência de elementos importantes que deveriam estar presentes na intervenção. Esta comparação foi realizada de forma simultânea à análise das respostas dos *stakeholders*, tendo sido utilizada em alguns casos como parâmetro para decisão sobre incorporação ou não de sugestões destes. A análise lógica foi sintetizada na forma de quadro comparativo que apresenta um emparelhamento entre os elementos presentes em estudos internacionais sobre estratégias de cuidados compartilhados – que representam o que deveria ser o conteúdo de uma intervenção “completa” de integração de especialistas na APS – e as atividades presentes no modelo lógico da integração dos NASF na APS, em suas versões submetida a consenso e final. A apresentação da informação utilizada na análise lógica desta forma possibilita visualizar a incorporação sucessiva de elementos ao conteúdo do modelo lógico final.

Alguns elementos presentes na literatura revisada sobre integração de especialistas na APS, mas não enfatizados nos documentos e artigos sobre os NASF consultados para este estudo - como a definição de diretrizes de atenção compartilhada e de critérios de acesso às atividades dos NASF - já estavam previstos no modelo lógico da intervenção avaliada desde sua versão preliminar. A presença destes elementos na versão preliminar do modelo pode ser atribuída em parte a influência da própria experiência do município de Florianópolis com o NASF, reforçando a intenção do presente estudo de agregar elementos inovadores ao desenho dos NASF.

As principais inclusões no modelo lógico realizadas a partir da análise lógica foram de atividades dos seguintes grupos: (i) apoio da gestão à integração dos NASF com as EqSF e com a atenção especializada; (ii) definição de diretrizes de atenção, critérios de acesso e revisão de papéis dos profissionais na atenção compartilhada; (iii) estratégias de gestão de casos compartilhados entre EqSF e NASF. Além de sustentar a ampliação do conteúdo da intervenção, a análise lógica também justificou a manutenção das principais atividades previstas no desenho original dos NASF, como: atividades colaborativas entre EqSF e NASF (ex, atendimentos conjuntos e discussão de casos), supervisão da APS por especialistas, trabalho interdisciplinar, articulação intersetorial, atividades preventivas e de promoção de saúde, entre outras. O Quadro 9 ilustra estas relações entre elementos do modelo lógico do presente estudo e elementos de outros modelos de integração de especialistas na APS, sintetizando a análise lógica da intervenção.

Quadro 9. Comparação entre elementos de modelos lógicos da integração dos NASF na APS e elementos de outros modelos de integração de especialistas na APS

ELEMENTOS DE MODELOS EFETIVOS DE INTEGRAÇÃO DE ESPECIALISTAS NA APS	COMPONENTES E ATIVIDADES DA INTEGRAÇÃO DOS NASF NA APS	
	MODELO LÓGICO DO CONSENSO	MODELO LÓGICO FINAL
-	Discussão de normas e diretrizes	Pactuação de diretrizes e normas de trabalho Organização e programação de ações do NASF (CO)
Estratégias de treinamento de pessoal (97)(99)	Educação da equipe NASF	Educação permanente de EqSF e NASF
Feedback sobre o trabalho para os profissionais (97)	Monitoramento de ações	Monitoramento e avaliação de ações do NASF
Apoio em nível organizacional (97)(105) Diretrizes de atenção pactuadas (95) Revisão e definição de papéis profissionais (89)(97)	Planejamento conjunto EqSF/NASF Revisão conjunta de listas de espera	Planejamento e gestão conjuntos das EqSF e NASF Apoio ao trabalho interdisciplinar na APS (CO)/(AL) Definição de fluxos de atenção e critérios de acesso entre EqSF e NASF (CO)/(AL) Revisão conjunta de listas de casos para apoio
Apoio em nível organizacional (97) Reforço à integração entre atenção primária e especializada (98)(105)	-	Apoio à integração de EqSF/NASF com atenção especializada (CO)/(AL)
Especialistas avançados na APS (<i>outreach programs</i>) (34)(102)	Atendimentos individuais Visitas domiciliares	Atendimentos individuais Visitas domiciliares
Integração de ações preventivas e promoção de saúde na APS / Diversificação do mix de competências da APS (34)	Atendimentos coletivos e apoio a grupos das EqSF Ações educativas e preventivas	Atendimentos coletivos Ações de prevenção e promoção de saúde
Contato facilitado da APS com o especialista (98) Comunicação não restrita aos encaminhamentos (93)(95)	-	Apoio em situações urgentes e imprevistas (CO)/(AL)
Especialistas avançados na APS (<i>outreach programs</i>) (34)(102) Resolução conjunta de problemas clínicos (97) Atividades colaborativas diretas (95) Supervisão de APS por especialistas (90)(103) Comunicação não restrita aos encaminhamentos (93)(95)	Atendimentos compartilhados Discussão de casos e de planos terapêuticos Discussão de encaminhamentos	Atendimentos conjuntos e grupos compartilhados Interconsulta e discussão de planos terapêuticos (presencial / à distância)
Especialistas avançados na APS (<i>outreach programs</i>) (34)(102) Estratégias de treinamento de pessoal (97)(99)	Discussão de temas com as EqSF	Discussão de temas clínicos/sanitários com EqSF Elaboração e oferta de materiais de apoio à EqSF (CO)
Trabalho interdisciplinar (34) (102) Adaptação cultural (102)	Ativação de parcerias com outros setores Identificação de recursos comunitários	Ativação de parcerias com outros setores Identificação de recursos comunitários
Gestão de casos (89)(103)(105)	Seguimento dos casos compartilhados	Gestão de casos compartilhados Monitoramento e avaliação da atenção compartilhada (AL)

(CO) – Incluído a partir do consenso; (AL) - Incluído a partir da análise lógica; (CO)/(AL) – Incluídos a partir de sinergia entre consenso e análise lógica

Modelo lógico final

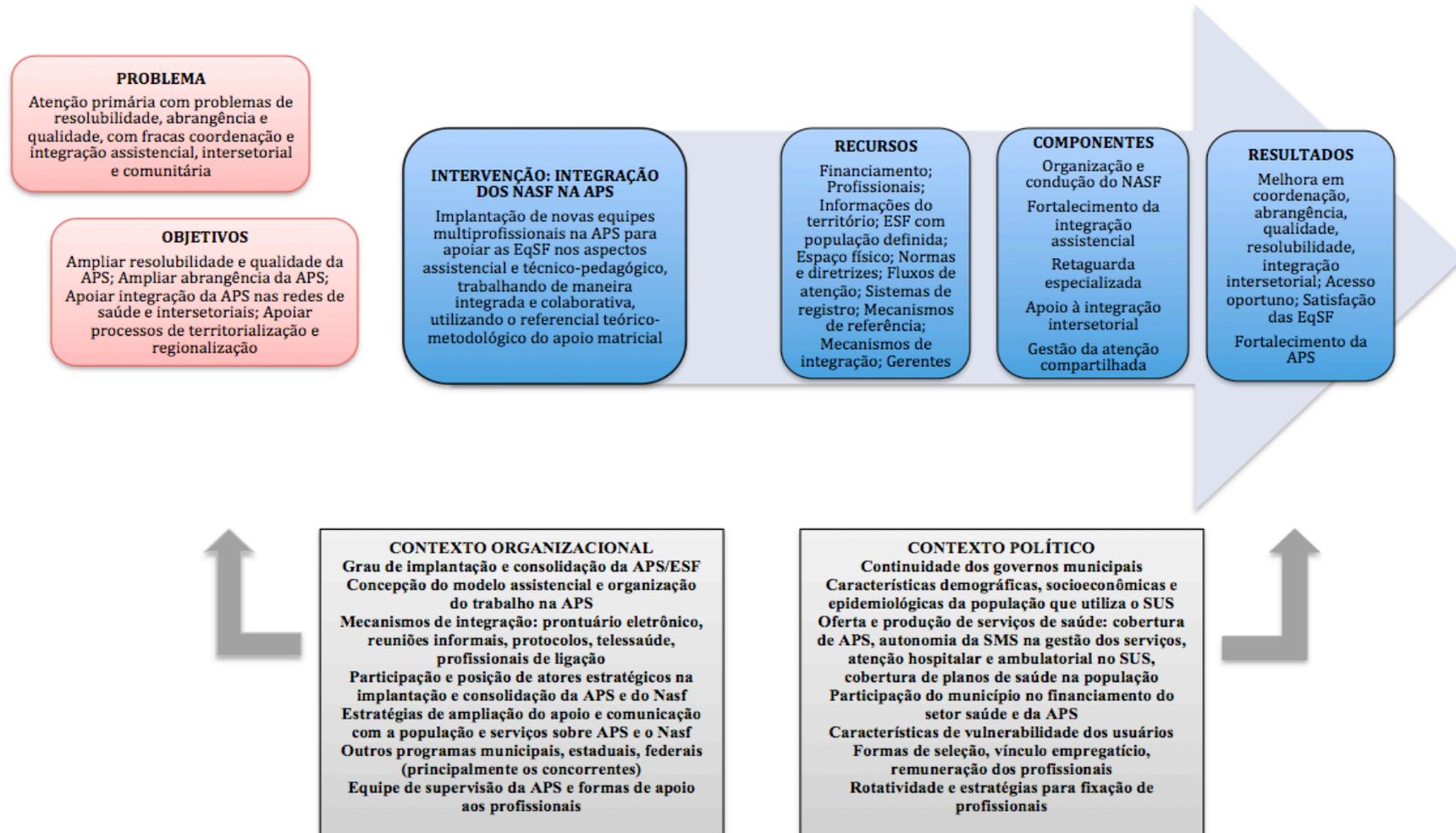
O modelo lógico final da integração dos NASF na APS incorpora elementos sugeridos pelos *stakeholders* e elementos derivados da análise lógica. O modelo lógico operacional e o modelo lógico teórico, separados para as etapas de consenso e de análise lógica, foram novamente agrupados em um modelo único, para possibilitar a visualização da intervenção de uma maneira integral. Devido a mudanças na redação e conteúdo dos resultados, e para melhorar a utilidade do modelo para fins de monitoramento, os produtos e resultados de curto prazo foram agrupados em uma mesma categoria.

De um modo geral, o modelo lógico final do presente estudo amplia o conteúdo da intervenção avaliada, trazendo contribuições da experiência do município de estudo e da literatura internacional para a configuração dos NASF e para sua integração na APS. O percurso de construção do modelo lógico final já foi apresentado nos tópicos anteriores desta seção de Resultados. O modelo final é apresentado a seguir na forma do Quadro 10, que detalha o funcionamento da intervenção, e da Figura 4, que oculta os detalhes do funcionamento e apresenta a intervenção em seu contexto.

Quadro 10. Modelo lógico final da integração dos NASF na APS

RECURSOS >	COMPONENTES >	ATIVIDADES >	RESULTADOS - curto prazo (PRODUTOS) >	RESULTADOS - médio prazo >	RESULTADOS - longo prazo
Financiamento federal e municipal Profissionais contratados Informações do território ESF com população definida Espaço físico nas unidades Normas e diretrizes de atuação Fluxos locais de atenção Sistemas de registro Mecanismos de referência e marcação Mecanismos de integração assistencial Gerentes e apoiadores	ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DOS NASF (Dimensões: Governança; Desenvolvimento da força de trabalho)	Pactuação de diretrizes e normas de trabalho	Normas existentes, conhecidas e pactuadas	Equipes multiprofissionais com estratégias de trabalho uniformes Aquisição de competências pelas equipes APS Trabalho na APS baseado em parâmetros objetivos e resultados	Maior abrangência da APS Continuidade / coordenação da APS com demais níveis assistenciais Melhor integração intersectorial e orientação comunitária da APS Acesso mais oportuno aos atendimentos necessários Melhor qualidade das ações na APS Melhor resolubilidade da APS Satisfação das EqSF
		Educação permanente (EP) de EqSF/NASF	Ações de EP realizadas / existentes (volume/tipo)		
		Organização e programação de ações NASF	Programação realizada / existente		
		Monitoramento e avaliação de ações NASF	Monitoramento regular realizado / existente		
	FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL (Dimensões: Coordenação; Continuidade)	Planejamento/ gestão conjuntos EqSF/NASF	Planejamento realizado / existente	Ações sinérgicas entre equipes APS (EqSF/NASF) Maior integração interdisciplinar na APS Maior integração da APS com AE	
		Apoio ao trabalho interdisciplinar na APS	Atividades interdisciplinares existentes (definir quais)		
		Apoio à integração de EqSF/NASF com atenção especializada	Ligações definidas com outros serviços		
	RETAGUARDA ESPECIALIZADA (Dimensões: Acesso; Abrangência; Qualidade)	Atendimentos individuais	Atendimentos realizados	Acompanhamento de maior gama de problemas de saúde na APS Diminuição de tempos de espera Ações oferecidas mais próximas das pessoas Melhora no autocuidado da população ESF mais autônomas e seguras para intervenções Decisões de cuidado mais adequadas	
		Atendimentos coletivos	Atendimentos realizados		
		Visitas domiciliares	Visitas realizadas		
		Elaboração e oferta de materiais de apoio	Materiais disponíveis para EqSF (volume/tipo)		
		Ações de prevenção e promoção de saúde	Ações de prevenção / promoção realizadas (volume/tipo)		
		Apoio em situações urgentes e imprevistas	Forma de apoio definida (proxy)		
		Atendimentos conjuntos e grupos compartilhados	Atendimentos e grupos conjuntos realizados (volume/tipo)		
		Interconsulta e discussão de planos terapêuticos (presencial / à distância)	Interconsultas realizadas (volume/tipo)		
		Discussão de temas clínicos e sanitários com as EqSF	Temas discutidos (volume/tipo)		
	APOIO À INTEGRAÇÃO INTERSETORIAL (Dimensões: Abrangência)	Ativação de parcerias com outros setores	Parcerias ativas (volume/tipo)	Ampliação de recursos disponíveis na APS Adequação da atenção às expectativas da pop.	
		Identificação de recursos comunitários	Recursos identificados (volume/tipo/frequência de atualização)		
	GESTÃO DA ATENÇÃO COMPARTILHADA (Dimensões: Continuidade; Acesso; Eficiência)	Revisão conjunta de listas de casos p/ apoio	Casos com conduta definida (volume)	Diminuição de tempos de espera Priorização de atendimentos por necessidade Profissionais APS com atribuições e formas de ligação definidas Melhoras na adesão dos usuários	
		Definição de fluxos de atenção e critérios de acesso entre EqSF/NASF	Fluxos e critérios definidos (volume)		
Monitoramento e avaliação da atenção compartilhada		Forma de avaliação/monitoramento definida (proxy)			
Gestão de casos compartilhados		Forma de gestão de casos definida (proxy)			

Figura 4. Modelo lógico simplificado da integração dos NASF na atenção primária, com elementos de contexto



DISCUSSÃO

Sobre a modelização

Um bom modelo lógico deveria ser de fácil visualização e compreensão pelos atores envolvidos com a intervenção; servir ao propósito de aumentar o entendimento sobre a intervenção avaliada; facilitar a comunicação sobre a intervenção; e guiar a construção de instrumentos de monitoramento e avaliação coerentes com os objetivos da intervenção, de modo a ajudar os envolvidos a tomar decisões mais informadas. Para analisar a qualidade dos modelos lógicos deste estudo e sua adequação a estes objetivos, utilizaremos seis critérios propostos por McLaughlin & Jordan (2010) (57):

1. O detalhamento foi suficiente para entender os elementos e suas relações
2. Todos os elementos chave foram incluídos
3. Os objetivos estão claros e podem ser medidos
4. Todos os fatores externos chave com suas influências foram descritos
5. Existem outros caminhos para explicar os resultados do programa
6. Foram observadas as preocupações e dúvidas dos interessados

1. O detalhamento é suficiente para entender os elementos e suas relações?

Considerou-se que sim. Houve alguns problemas na apresentação dos elementos na versão do modelo lógico submetida ao consenso, principalmente por síntese excessiva da redação, percebidos durante a análise da etapa de consenso. Esta percepção levou a maior detalhamento e especificação das atividades no modelo lógico final, principalmente dos componentes “organização e condução do NASF” e “regulação de acesso e gestão da atenção” (renomeado como “gestão da atenção compartilhada”). Alguns casos de pontuação baixa ou dúvidas dos *stakeholders* referentes às atividades destes componentes foram atribuídos a falta de clareza na apresentação. Acreditamos que estes problemas foram corrigidos no modelo lógico final, no entanto não foi realizada etapa adicional de consenso para verificação.

2. Todos os elementos chave foram incluídos?

Parcialmente, pois na etapa de consenso verificaram-se algumas omissões, apontadas pelos *stakeholders*, que foram incorporadas ao modelo lógico final. Por exemplo, foi criado o componente “fortalecimento da integração assistencial”, que inclui a atividade de apoio à integração do NASF com a atenção especializada. Também foram incluídas atividades no componente “retaguarda especializada” que já são realizadas rotineiramente por pelo menos alguns profissionais dos NASF, como as visitas domiciliares e o apoio em situações urgentes e imprevistas.

Em análise comparativa entre o modelo lógico final do presente estudo, as orientações normativas do MS para o NASF, e os componentes de outros modelos de integração estudados, constatou-se que os modelos aqui propostos são mais abrangentes em conteúdo do que o desenho original do NASF e agregam novos elementos coerentes com elementos considerados centrais nas experiências internacionais estudadas.

Os elementos chave de um modelo lógico não se restringem aos componentes operacionais de uma intervenção, devendo incluir o contexto, os resultados e os recursos da intervenção, por exemplo. Apesar de estes elementos não terem sido validados, foram incluídos no modelo lógico final, fornecendo um quadro referencial para o desenvolvimento futuro de modelo teórico de avaliação e matrizes avaliativas.

3. Os objetivos estão claros e podem ser medidos?

Parcialmente, pois os objetivos do NASF são muito amplos e para medi-los, mesmo no nível local, são necessários estudos complexos, como análises de implantação ou análises de desempenho. A abordagem mais viável para medir os objetivos parece ser a construção de critérios de avaliação a partir dos produtos ou resultados da integração do NASF na APS; para tal, estes elementos devem estar ligados aos objetivos do NASF por cadeias de lógica causal consistentes. O julgamento da adequação destes elementos como critérios de avaliação, que poderia ser realizado por análise da lógica causal do modelo lógico teórico da intervenção, refinaria o modelo lógico aqui apresentado, possibilitando a mensuração de objetivos através da definição de medidas *proxy* fortemente relacionadas a estes.

Estas etapas não foram realizados no âmbito desta pesquisa, mas encontram-se entre as recomendações para estudos posteriores. Sendo assim, apesar de haver um conjunto de elementos que podem servir de base para estas definições, ainda não se pode considerar que o modelo tenha objetivos claros e de fácil mensuração.

4. Todos os fatores externos chave com suas influências foram descritos?

Não, pois elementos de contexto organizacional e político foram incluídos na modelização, mas sua descrição detalhada e as relações de influência com a intervenção não foram desenvolvidas.

5. Existem outros caminhos para explicar os resultados do programa?

Sim. Este é um programa aberto e complexo: a relação causal entre atividades e resultados é indireta e concorrente com diversas outras intervenções com objetivos e resultados diversos (implantação da própria APS/ESF; programas verticais concorrentes; limitações do contexto organizacional causando desvios nas atividades esperadas para os profissionais; diversidade de composição profissional das equipes de NASF). Este cenário torna difícil isolar os resultados de cada atividade.

Consideramos que a escolha pela modelização da “integração dos NASF na APS” como intervenção, e não do NASF isoladamente, é um caminho para ponderar as influências de outros programas e fatores de contexto nos resultados. No entanto, as explicações alternativas e intervenções concorrentes foram apenas apontadas como elementos nos modelos, tendo sido pouco desenvolvidas no âmbito desta pesquisa.

6. Foram observadas as preocupações e dúvidas dos *stakeholders*?

Sim. Além do desenho do estudo ter incluído uma etapa de participação direta de *stakeholders* com uso de técnicas de consenso, houve processos de participação indireta, como a seleção dos *stakeholders*, feita em conjunto com outros gestores da SMS, e a utilização de documentos produzidos no município de estudo, com participação de profissionais dos NASF e gestores, como material de referência na construção dos modelos.

Adicionalmente, os achados parciais deste estudo influenciaram opiniões e decisões do pesquisador relacionadas à gestão dos NASF no município de estudo. Assim, pode-se dizer que para além da influência dos *stakeholders* na construção do modelo, houve influência da pesquisa na prática dos *stakeholders*. Este processo de influência mútua entre avaliação e gestão da intervenção, durante o período de realização deste estudo, pode ter contribuído para o alto grau de aceitação pelos *stakeholders* do modelo lógico submetido ao consenso.

Sobre a análise lógica

A análise da lógica da intervenção, prevista no planejamento da pesquisa, foi realizada de forma parcial, devido à abrangência e imprecisão de limites da intervenção estudada, às dificuldades e incompletudes da modelização do objeto e, conseqüentemente, dificuldade de sistematizar a revisão de literatura em termos de palavras-chave ou critérios de inclusão e exclusão de estudos. Há uma grande diversidade de modelos de integração de especialistas na APS, falta de consenso sobre sua taxonomia e forte relação dos modelos com características dos contextos locais de cada intervenção. Ao mesmo tempo, existe muita superposição entre os elementos de cada modelo ou estratégia de integração, com alguns destes elementos, como a gestão de casos e a integração informacional, sendo quase universais. Smith et al (2008), em revisão sistemática sobre efetividade de cuidados compartilhados para doenças crônicas, apontam a complexidade das intervenções estudadas e a baixa qualidade metodológica dos trabalhos revisados como fatores limitantes na utilização dos resultados dos estudos como evidências (94). Christensen et al (2008), em outra revisão sistemática, destacam a dificuldade de unificar a taxonomia dos modelos e de identificar quais componentes de cada intervenção se relacionam a resultados positivos (89). Bower et al (2006) alertam que muitas ações e componentes supostamente relacionados à efetividade dos cuidados colaborativos na verdade podem refletir características mais amplas dos diferentes sistemas nacionais de saúde (90).

Assim, a análise lógica da intervenção buscou, mais do que comparar o apoio matricial ou os NASF com outros modelos, verificar a coerência entre os componentes propostos nos modelos lógicos desta pesquisa e um conjunto de “componentes ativos” identificados em modelos internacionais com evidências de efetividade. Apesar destas dificuldades, a análise realizada foi útil em demonstrar a adequação entre o modelo lógico da integração dos NASF na APS e o conhecimento disponível na literatura científica sobre integração de especialistas na APS. Também serviu ao propósito de justificar a ampliação dos componentes da integração dos NASF na APS no modelo lógico final, principalmente as inclusões e modificações que destacamos a seguir.

1. A inclusão dos componentes **“organização e condução dos NASF”** e **“fortalecimento da integração assistencial”** no modelo lógico final encontra sustentação em estudos que apontam para associação positiva entre atividades das categorias **“apoio em nível organizacional”** (97)(105) e **“reforço à integração da APS com a atenção especializada”** (98)(105) e a efetividade das estratégias de integração estudadas.

2. A inclusão do componente **“gestão da atenção compartilhada”** no modelo lógico final encontra sustentação em estudos que apontam para associação positiva entre atividades das categorias **“diretrizes de atenção compartilhadas”** (95), **“definição de papéis profissionais”** (89)(97) e **“gestão de casos”** (89)(103)(105) e a efetividade das estratégias de integração estudadas.

3. A presença de um componente de **“retaguarda especializada”** no modelo lógico final, representando as dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico do apoio matricial, também tem respaldo nos estudos consultados, principalmente estudos sobre estratégias de especialistas avançados (*outreach programs*) (34)(102). Os grupos de atividades **“resolução conjunta de problemas clínicos”** (97) e **“atividades colaborativas diretas”** (105), em especial, parecem ter associação positiva com a efetividade das estratégias de integração estudadas e também com melhores desfechos de saúde na população alvo das intervenções estudadas.

4. A inclusão de estratégias de **“comunicação não restrita aos encaminhamentos”** entre EqSF e NASF encontra respaldo nos estudos consultados (93)(95), o que levou à inclusão, no modelo lógico, de atividades como **“contato em situações urgentes e imprevistas”** e **“interconsulta não presencial”**.

5. Algumas evidências apontam que atividades da categoria **“treinamento da equipe de atenção primária”** são limitadas como estratégias isoladas de integração de cuidados para obtenção de melhores resultados em saúde (89)(105).

Sobre o caráter formativo da avaliação

Um bom estudo de avaliabilidade deveria ser capaz de aumentar o conhecimento dos *stakeholders* sobre a intervenção, mudando se necessário, o foco da gestão e organização desta intervenção. Alguns problemas comuns em avaliações, como barreiras entre avaliadores e *stakeholders*, condução de avaliações prematuras ou busca de informações não mensuráveis ou de objetivos sem importância, podem

ser minimizados com o uso desta abordagem. Este tipo de estudo busca, ainda, reduzir ambiguidades entre *stakeholders* e promover a participação de gestores na avaliação, tornando as intervenções mais plausíveis e “avaliáveis” (60). Estes dois objetivos dos estudos de avaliabilidade foram previstos no cronograma do presente estudo, podendo ser representados pelos procedimentos de envolvimento de *stakeholders* na validação do modelo lógico e pela influência exercida pelos achados preliminares do presente estudo na gestão local da intervenção. A seguir, descrevemos brevemente estes processos.

Seleção e participação dos *stakeholders*

Para seleção dos stakeholders, foram realizadas duas reuniões com gestores sobre a pesquisa, durante sua realização. A finalidade destas reuniões foi selecionar *stakeholders* com maior potencial de influenciar o uso dos resultados da avaliação. A primeira reunião, informal, teve a participação de dois usuários primários em potencial (*primary intended users*) (2) da avaliação: um gestor de área técnica, que conduziu a implantação do apoio matricial em saúde mental no município (descrita no Quadro 1 da seção Metodologia); e um gestor de distrito sanitário, responsável por dois NASF que atuavam em contexto adverso (grande número de EqSF por NASF e território com muitas áreas de vulnerabilidade social). Foram apresentados os objetivos da pesquisa, os critérios de seleção de *stakeholders* e em seguida ambos foram solicitados a sugerir nomes para participação no consenso. Esta pré-seleção foi levada para uma reunião com os distritos sanitários para sugestões adicionais. Em ambos os casos, foi fornecido material informativo sobre a pesquisa, por escrito na primeira reunião e na forma de apresentação oral na segunda reunião.

Apesar deste procedimento, a taxa de devolução dos questionários preenchidos foi baixa (30%). Devido a constrangimentos do cronograma da pesquisa, foi dado pouco tempo para resposta e as etapas de validação foram reduzidas e simplificadas, com supressão de grupos presenciais. Não houve o envio da síntese da literatura científica para subsídio, o que poderia ter sido um estímulo adicional à participação. Considerando o desenho do estudo, a participação dos *stakeholders* foi menor do que esperada. Esta circunstância fala a favor da continuidade do processo de validação dos modelos e da necessidade de disseminação dos resultados encontrados, visando aumentar o potencial de utilização desta avaliação.

Influência mútua entre avaliação e gestão

A posição do pesquisador como um avaliador interno, explicitada na apresentação desta dissertação, foi aproveitada como fonte de informação. Na impossibilidade de negar a experiência passada do pesquisador e sua posição em relação ao objeto na construção da pesquisa, buscou-se explicitar esta posição desde as primeiras etapas da pesquisa e tornar essa experiência uma informação, buscando apreender o ponto de vista do pesquisador (55). Isso foi determinante na opção metodológica de não realizar entrevistas ou observação participante. Este duplo ponto de vista, como gestor e pesquisador, foi utilizado como elemento de ponderação nas reconstruções sucessivas dos modelos lógicos, principalmente no processamento das opiniões dos *stakeholders*. Pode-se dizer que houve uma triangulação entre a informação derivada de revisão de literatura e análise documental, as opiniões dos *stakeholders*, e a experiência prévia do pesquisador sobre a intervenção.

A posição de avaliador interno também favoreceu a aplicação de resultados preliminares da pesquisa durante sua execução. Nos dois anos de realização deste trabalho, os NASF de Florianópolis passaram por redirecionamentos gerenciais coerentes com estes resultados preliminares. A pesquisa influenciou e foi influenciada por instrumentos de monitoramento e diretrizes de integração dos NASF na APS desenvolvidos durante os dois anos de sua realização no município de estudo. Os processos de produção e utilização destes documentos, no âmbito da gestão, foram oportunidades de sistematização e experimentação de novos conhecimentos sobre NASF e integração assistencial. Estas constatações são apontadas entre os resultados da pesquisa por considerarmos que reforçam a coerência entre objetivos, escolha metodológica e resultados. Uma análise destas convergências e do percurso de implantação dos NASF em Florianópolis foge ao escopo do presente estudo, mas pode vir a ser objeto de estudos subsequentes.

CONCLUSÃO

Respostas às perguntas avaliativas

As perguntas avaliativas do presente estudo serão utilizadas como guia para analisar se os objetivos foram atingidos:

- Quais são os componentes da intervenção avaliada?

Os componentes da integração dos NASF na APS, entendidos como os conjuntos de atividades afins mobilizadas para obtenção dos objetivos da intervenção, são: organização e condução dos NASF; fortalecimento da integração assistencial; retaguarda especializada; apoio à integração intersetorial; e gestão da atenção compartilhada. Três destes cinco componentes - organização e condução dos NASF; fortalecimento da integração assistencial; e gestão da atenção compartilhada - não estavam previstos nos documentos normativos consultados sobre os NASF, sendo acréscimos do presente estudo ao modelo lógico da intervenção. A modelização desta intervenção incluiu todos os elementos normalmente presentes em modelos lógicos na literatura do campo da avaliação: problemas-alvo e objetivos da intervenção, recursos, componentes/atividades, produtos, resultados de curto, médio e longo prazo, fatores de contexto, e uma descrição breve da intervenção. Estes elementos encontram-se descritos na forma do quadro 10 e da figura 4, na seção de Resultados.

- Os pressupostos da intervenção estão de acordo com o conhecimento vigente?

A concepção original dos NASF, conforme apreendida pela análise documental deste estudo, apresenta algumas limitações de conteúdo quando comparada a outros modelos de integração de especialistas na APS e ao conhecimento oriundo de revisões sobre fortalecimento da atenção primária e integração assistencial. Em especial, é dada pouca ênfase ao apoio organizacional à integração assistencial e ao uso de estratégias de gestão da atenção, o que torna o sucesso da intervenção muito dependente do perfil dos profissionais ou de aspectos interpessoais. Estas insuficiências podem levar a problemas de implantação e dificuldades ou

impossibilidade de obtenção dos objetivos da intervenção, razão pela qual houve a incorporação de três novos componentes e respectivas atividades ao modelo lógico final aqui apresentado. A intervenção avaliada, reformulada de acordo com a modelização aqui apresentada, está de acordo com o conhecimento vigente sobre integração de especialistas na APS

- Que aspectos da intervenção deveriam ser priorizados para avaliação?

O presente estudo foi finalizado com a apresentação e validação do modelo lógico da intervenção avaliada. Apesar de não ter sido produzido um plano formal de avaliação, sugerimos algumas abordagens prioritárias para estudos avaliativos posteriores, com base em análise dos resultados aqui apresentados:

- Continuidade da análise lógica da intervenção com foco na teoria de impacto, para aumentar a validade interna do modelo lógico;
- Validação do modelo lógico em contextos diferentes do cenário deste estudo, para aumentar a validade externa do modelo lógico;
- Análise da validade dos resultados de curto prazo como elementos de mensuração das atividades do modelo lógico, para subsidiar atividades de monitoramento da intervenção;
- Análise das relações entre a intervenção e seu contexto na forma de análises de implantação.

- Como a intervenção pode contribuir para fortalecer a atenção primária?

A integração dos NASF na APS, de acordo com a teoria subjacente ao modelo lógico aqui apresentado, poderia ampliar a abrangência e a qualidade da atenção primária, melhorar sua integração com outros setores e levar a melhoria na continuidade da atenção e na coordenação do sistema. Para tal, no entanto, a intervenção deve ser reformulada, com inclusão de novos componentes além do suporte assistencial e técnico-pedagógico previstos na teoria do apoio matricial. Em especial, devem ser desenvolvidas e monitoradas estratégias de: apoio da gestão à integração entre EqSF e NASF; apoio da gestão à integração da APS com atenção especializada; e gestão da atenção compartilhada entre EqSF e NASF. Novas atividades devem ser incorporadas ao desenho do NASF, como: pactuação de diretrizes de atenção entre EqSF e NASF e monitoramento da atenção compartilhada;

melhorias na comunicação, incluindo mecanismos de contato não presencial e em urgências; desenvolvimento de estratégias de gestão dos casos compartilhados; e estratégias de educação permanente das equipes voltadas para aquisição de competências para trabalho colaborativo e interdisciplinar.

Limitações do estudo

As principais limitações identificadas no presente estudo foram: (i) baixa participação dos *stakeholders* na etapa de consenso; (ii) dificuldades de sistematização de evidências científicas para a análise lógica; (iii) finalização do estudo sem construção de um plano de avaliação; e (iv) possível limitação da validade externa do modelo lógico, devido à singularidade da intervenção no cenário estudado.

A participação dos *stakeholders* pode ter sido influenciada por um somatório de fatores relacionados à condução da pesquisa e ao contexto do estudo. A etapa de consenso foi realizada em momento em que a SMS de Florianópolis enfrentava dificuldades para reposição de pessoal nas equipes de atenção primária devido a contingências fiscais do município. Adicionalmente, esta etapa foi conduzida no mês de fevereiro, normalmente caracterizado por concentração de férias de servidores dos serviços de saúde do município. Houve pouco tempo para a devolução dos questionários preenchidos, cerca de duas semanas, o que pode justificar o maior número de respostas ao TCLE, caracterizando interesse na participação, do que aos questionários. A posição hierárquica do pesquisador em relação aos participantes na SMS pode ter inibido a participação de algumas pessoas, principalmente com opiniões divergentes, o que também pode ter contribuído para o alto grau de consenso das respostas devolvidas. Por fim, não houve a disponibilização para os *stakeholders* de síntese de evidências científicas sobre o tema de estudo, o que poderia ter sido um fator de estímulo adicional à participação.

A dificuldade em sistematizar evidências científicas sobre o tema da integração de especialistas na APS se deveu principalmente a características das próprias intervenções nesta área, em sua maioria complexas e compostas por múltiplos componentes e atividades. Na literatura consultada, não há consenso sobre a classificação dos modelos, sobre quais são os componentes relacionados a resultados em cada modelo, e sobre que efeitos podem ser atribuídos às intervenções e que

efeitos são decorrentes de características dos próprios sistemas de saúde. Este cenário dificultou a comparação das evidências e sua extrapolação para o contexto brasileiro e para análise lógica da integração dos NASF na APS. Consideramos que as maiores contribuições desta análise para o modelo lógico aqui apresentado foram a ampliação do conteúdo da intervenção e uma definição mais precisa das categorias de atividades presentes no modelo.

Entre os objetivos específicos do presente estudo, estava a contribuição para definição de dimensões, critérios e prioridades de avaliação da intervenção em estudo. No planejamento original do estudo, esta contribuição seria feita na forma de construção de um modelo teórico de avaliação, composto por matrizes de descrição, de informação ou monitoramento e de julgamento (125). Por restrições do cronograma da pesquisa, estas etapas foram suprimidas e o estudo foi finalizado com a apresentação do modelo lógico. No entanto, considera-se que a apresentação do modelo lógico na forma de matriz, como visto no Quadro 10 da seção de Resultados, aponta atributos da intervenção que podem ser utilizados como referência para o desenvolvimento de instrumentos de monitoramento e avaliação em estudos posteriores.

Na modelização da intervenção aqui avaliada, houve a inclusão de componentes e atividades não previstas no desenho original dos NASF. A ampliação do conteúdo da intervenção foi em parte influenciada pela experiência do município de estudo com integração dos NASF na APS. Esta experiência foi considerada a partir do ponto de vista do pesquisador como gestor da intervenção avaliada, e incluiu a participação direta e indireta de *stakeholders* e o uso de documentos do município de estudo na modelização. Por isso, o modelo lógico aqui apresentado tem forte influência da singularidade da organização dos NASF no município de estudo, o que pode limitar sua validade externa, levando à necessidade de adaptação e validação adicionais do modelo lógico para uso em diferentes contextos locais.

Sumário de recomendações

Pode-se concluir que o modelo lógico da integração dos NASF na APS aqui apresentado é detalhado e abrangente, amplia o conteúdo da intervenção avaliada e aponta caminhos para sua reorientação. O modelo lógico também mostra coerência com os interesses de *stakeholders* do cenário de estudo e com o conhecimento disponível na literatura científica sobre integração de novos especialistas na APS. O modelo lógico teórico, que contém a teoria de impacto da intervenção, ainda necessita maior desenvolvimento, incluindo análise lógica e validação. Os fatores de contexto foram apenas apontados, necessitando maior detalhamento e definição de suas relações de influência com a intervenção. O desenvolvimento do modelo lógico teórico e dos fatores de contexto é fundamental para a realização de futuros estudos avaliativos, como análises de implantação e de efeitos.

Em suma, o modelo lógico final deste estudo apresenta validade de conteúdo, principalmente o modelo lógico operacional, e limitações de validade externa, devido à singularidade do contexto local em que foi construído. Sua apresentação em forma de matriz possibilita o uso como referência para atividades de gestão e monitoramento dos NASF. As conclusões desta pesquisa, nos formatos de resumo e sumário executivo (126), incluindo o modelo lógico, serão disponibilizados publicamente para utilização na comunicação com *stakeholders* e para referência em processos de melhoria da intervenção. Com base em análise dos resultados aqui apresentados, apresentamos a seguir um sumário de recomendações de mudanças na intervenção e de continuidade de estudos avaliativos na área:

- Utilizar o modelo lógico aqui apresentado como referência para redefinição do conteúdo da intervenção no município de estudo, incluindo revisão de sua normatização. Nesse sentido, recomenda-se: (i) fortalecimento do apoio da gestão à integração entre EqSF, NASF e atenção especializada, incluindo monitoramento das ações do NASF e retorno sobre seus resultados para os profissionais, pactuação de diretrizes locais de atenção e revisão de papéis profissionais na atenção compartilhada entre EqSF e NASF; (ii) revisão das atividades de retaguarda especializada do NASF, com ênfase na realização de atividades colaborativas diretas e na resolução conjunta de problemas entre EqSF e NASF; (iii) ampliação de canais de comunicação entre EqSF e NASF,

em especial comunicação não presencial e à distância; (iv) desenvolvimento e implantação de estratégias de gestão local da atenção compartilhada, incluindo gestão de listas de espera e gestão de casos compartilhados entre EqSF e NASF.

- Utilizar o modelo lógico como referência para a implantação e/ou revisão de instrumentos de monitoramento dos NASF no local de estudo. Nesse sentido, recomenda-se a definição de parâmetros de organização e indicadores de acompanhamento a partir das atividades e resultados de curto prazo sugeridas no modelo lógico.
- Continuar o desenvolvimento e validação do modelo lógico, com análise da teoria de impacto (modelo lógico teórico) e detalhamento dos fatores de contexto, e testá-lo em diferentes contextos;
- Desenvolver e validar indicadores para monitoramento das atividades das diferentes profissões que compõem o NASF e avaliação das diferentes contribuições de cada uma para o funcionamento da intervenção;
- Utilizar o modelo lógico como referência para a construção de modelo teórico de avaliação, definição de matrizes de descrição, de informação ou monitoramento e de julgamento;
- Realizar análises de implantação da integração dos NASF na APS, em diferentes contextos.
- Ampliar a participação de *stakeholders* locais e de outros cenários institucionais, inclusive técnicos do Ministério da Saúde, no desenvolvimento e utilização do modelo lógico e em futuros estudos avaliativos, buscando diminuir contradições na condução dos NASF;
- Propôr uma agenda de estudos complementares para qualificação dos NASF, baseada nos seguintes temas: (i) estratégias efetivas de apoio à integração entre EqSF, NASF e atenção especializada; (ii) mecanismos para gestão local da atenção compartilhada entre EqSF e NASF; (iii) estratégias de educação permanente de equipes de APS sobre competências para trabalho interdisciplinar e intersetorial.

REFERÊNCIAS

1. Figueiró A, Frias P, Navarro L. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, de Frias PG, editors. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Recife: Medbook; 2010. p. 1–13.
2. Bryson J, Patton M. Analysing and engaging stakeholders. In: Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE, editors. Handbook of practical program evaluation. 3^o ed San Francisco, USA: Jossey-Bass; 2010. p. 30–54.
3. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. Health services research. 2003;38(3):831–65.
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly. 2005;83(3):457–502.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
6. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary health care on population health in low- and middle-income countries. J Ambulatory Care Manage. 2009;32(2):150–71.
7. Kruk M, Porignon D, Rockers P, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. Social Science & Medicine. 2010;70:904–11.
8. Organização Mundial da Saúde. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca / Relatório Mundial da Saúde 2008. Genebra, Suíça: OMS; 2008.
9. Organización Panamericana de la Salud. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington, DC: OPAS; 2008.
10. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, DC: OPAS; 2010.
11. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Berkshire: Open University Press; 2006.
12. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad. Saúde Pública. 2006;22(5):951–63.
13. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? Cad. Saúde Pública. 2008;24(Suppl. 1):S7–27.

14. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(Suppl.):S20–26.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
16. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein A. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública.* 2006;22(8):1649–59.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Sampaio L, Mendonça C, Lermen Jr N. Atenção primária à saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JM, editors. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade.* Porto Alegre: Artmed; 2012.
19. Ministério da Saúde. Portaria N. 2488 de 21 de outubro de 2011. [Internet]; 2011.
20. Mello G, Fontanella B, Demarzo M. Atenção básica e atenção primária - origens e diferenças conceituais. *Rev. APS.* 2009;12(2):204–13.
21. Giovanella L, Mendonça M, Almeida P, Escorel S, Senna M, Fausto M, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009;14(3):783–94.
22. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
23. Macinko J, Guanais F, Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(1):13–9.
24. Dourado I, Oliveira V, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa M, Medina M, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Medical Care.* 2011;49(6).
25. Castro R, Knauth D, Harzheim E, Hauser L, Duncan B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública.* 2012;28(9):1772–84.

26. Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal M do C. Baseline Studies of the Project for the Expansion and Consolidation of Family Health (PROESF): considerations about its follow up. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(3):725–31.
27. Figueiró AC, Hartz ZM de A, Thuler LCS, Dias ALF. Meta-evaluation of baseline studies of the Brazilian Family Health Strategy Expansion Project: a participatory and formative approach. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26(12):2270–8.
28. Felisberto E. Monitoring and evaluation in primary health care: new perspectives. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2004;4(3):317–21.
29. Pinto H, Sousa A, Florêncio A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS [Internet]. 2012;6(2(Supp)). Recuperado de: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624>
30. Fontenelle L. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012;7(22):[Internet].
31. Gusso G. Os rumos da atenção primária e da estratégia de saúde da família no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 6(19):97–101.
32. Gervas J, Pérez-Fernandez M. Una atención primaria fuerte en Brasil: informe sobre como fortalecer los aciertos y corregir las fragilidades de la Estrategia de Salud de Familia [Internet]. SBMFC; 2011. Recuperado de: www.sbmfc.org.br/media/file/Visita_Espanhois_2011/SBMFC_relatorio%20final.pdf
33. Giugliani C, Harzheim E, Duncan M, Duncan B. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. *J Ambul Care Manage*. 2011;34(4):326–38.
34. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*. 2010;10(1):65.
35. Almeida P, Giovanella L, Mendonça M, Escorel S. Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26(2):286–98.
36. Ministério da Saúde. Portaria N. 154 de 24 de janeiro de 2008. [Internet]; 2008.
37. Ministério da Saúde. Portaria N. 3124 de 28 de dezembro de 2012. [Internet]; 2012.
38. Saraiva S, Zepeda J. Princípios do apoio matricial. In: Gusso G, Lopes JM, editors. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
39. Ministério da Saúde. Portaria N. 535 de 3 de abril de 2013. [Internet]; 2013.

40. Hartz Z. Evaluation of health programs: theoretical-methodological prospects and institutional policies. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999;4(2):341–53.
41. Worthen B, Sanders J, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: EDUSP; 2004.
42. Contadriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault P. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZM, editor. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
43. Champagne F, Contadriopoulos A, Brousselle A, Hartz Z, Denis J. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contadriopoulos AP, Hartz Z, editors. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
44. Bosi M, Mercado-Martínez F. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: Campos RO, Furtado JP, editors. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Editora da Unicamp; 2011. p. 41–62.
45. Vieira-da-Silva L. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZM, Vieira-da-Silva LM, editors. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA; Editora Fiocruz; 2005.
46. Centers for Disease Control and Prevention. A framework for program evaluation in public health. *MMWR*. 1999;48(RR-11):1–40.
47. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicação para a avaliação. In: Bosi ML, Mercado-Martínez FJ, editors. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 65–86.
48. Santos E, Cruz M, Decotelli P, Chrispim P, Abreu D. Avaliadores in situ(ação): reflexões e desafios sobre a institucionalização da prática avaliativa no PN DST/Aids. In: Onocko-Campos RO, Furtado JP, editors. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Editora da Unicamp; 2011.
49. Chen H. Theory-driven evaluations. Newbury Park, USA: Sage Publications, Inc; 1990.
50. Rossi P. Foreword. In: Chen HT. Theory-driven evaluations. Newbury Park, USA: Sage Publications, Inc; 1990. p. 9.
51. Weiss C. Evaluation. New Jersey, USA: Prentice Hall; 1998.
52. Natal S, Samico I, Oliveira L, Assis A. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de recursos humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cad. Saúde Colet*. 2010;18(4):560–71.

53. Bezerra L, Cazarin G, Alves C. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, de Frias PG, editors. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Recife: Medbook; 2010. p. 65–78.
54. Mendes M, Cazarin G, Bezerra L, Dubeux L. Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, de Frias PG, editors. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Recife: Medbook; 2010. p. 57–64.
55. Medina M, Silva G, Aquino R, Hartz Z. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZM, Vieira-da-Silva LM, editors. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA; Editora Fiocruz; 2005. p. 41–64.
56. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contadriopoulos A. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contadriopoulos AP, Hartz Z, editors. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
57. McLaughlin J, Jordan G. Using logic models. In: Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE, editors. Handbook of practical program evaluation. 3^o ed San Francisco, USA: Jossey-Bass; 2010. p. 55–80.
58. Esher A, Santos E, Azeredo T, Luiza V, Osorio-de-Castro C, Oliveira M. Logic models from an evaluability assessment of pharmaceutical services for people living with HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4833–44.
59. Donaldson S. Program theory-driven evaluation science: strategies and applications. New York: Psychology Press; Taylor & Francis Group, LLC; 2007.
60. Trevisan M. Evaluability Assessment From 1986 to 2006. *American Journal of Evaluation*. 2007;28(3):290–303.
61. Wholey J. Exporatoty evaluation. In: Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE, editors. Handbook of practical program evaluation. 3^o ed San Francisco, USA: Jossey-Bass; 2010. p. 81–99.
62. Thurston W, Graham J, Hatfield J. Evaluability assessment. A catalyst for program change and improvement. *Eval Health Prof*. 2003;26(2):206–21.
63. Thurston W, Ramalliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Can J Prog Eval*. 2005;20:1–25.
64. Brousselle A, Champagne F. Program theory evaluation: logic analysis. *Eval Prog Plan*. 2011;34:69–78.
65. Champagne F, Brousselle A, Contadriopoulos A, Hartz Z. Análise lógica. In: Brousselle A, Champagne F, Contadriopoulos AP, Hartz Z, editors. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

66. Uchoa A, Gondim G, Barreto M, Rocha N, Rocha P. Utilizando técnicas de consenso: potencialidades e limites na avaliação de informações em saúde. In: Hartz ZM, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM, editors. Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
67. Souza L, Vieira-da-Silva L, Hartz Z. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da saúde no Brasil. In: Hartz ZM, Vieira-da-Silva LM, editors. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA; Editora Fiocruz; 2005.
68. Jones J, Hunter D. Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995;311(7001):376–80.
69. Murphy M, Black N, Lamping D, McKee C, Sanderson C, Askham J, et al. Consensus development methods and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment*. 1998;2(3).
70. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41(4):376–82.
71. Campos G. An anti-Taylorist approach for establishing a co-governance model for health care institutions in order to produce freedom and commitment. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998;14(4):863–70.
72. Campos GW de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393–403.
73. Campos G. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219–30.
74. Campos GW de S, Domitti A. Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(2):399–407.
75. Cunha G, Campos G. Matrix Support and Primary Health Care. *Saúde e Sociedade*. 2011;20(4):961–70.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
77. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
78. Oliveira G. O apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: Campos GW, Guerrero AV, editors. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 273–82.

79. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
80. Morgan G. *Imagens da organização*. São Paulo: Editora Atlas SA; 1996.
81. Campos G. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2007.
82. Hartz Z, Contandriopoulos A. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a “system without walls”. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:S331–S336.
83. Silva A, Aguiar M, Winck K, Rodrigues KGW, Sato M, Grisi S, et al. Family Health Support Centers: challenges and opportunities from the perspective of primary care professionals in the city of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(11):2076–84.
84. Sampaio J, Sousa C, Marcolino E, Magalhães F, Souza F, Rocha A, et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2012;16(3):317–24.
85. Onocko-Campos R, Campos G, Ferrer A, Corrêa C, Madureira P, Gama C, et al. Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(1):43–50.
86. Vannucchi A, Carneiro Junior N. Technical model and performance of the psychiatrist in the field of primary health care (PHC) in the current context of the Unified Health System (SUS), Brazil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012;22(3):963–82.
87. Reis D, Flisch T, Vieira M, Santos-Junior W. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012;21(4):663–74.
88. Figueiredo M, Campos RO. [Mental health in the primary care system of Campinas, SP: network or spider’s web?]. *Cien Saude Colet*. 2009;14(1):129–38.
89. Christensen H, Griffiths K, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: A systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Family Practice*. 2008;9(1):25.
90. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *BJP*. 2006;189(6):484–93.
91. Bower P. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*. 2005;330(7495):839–42.

92. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton A. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch. Intern. Med.* 2006;166(21):2314–21.
93. Greenhalgh PM. Shared care for diabetes. A systematic review. *Occas Pap R Coll Gen Pract.* 1994;(67):i–35.
94. Smith S, Allwright S, O’Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. In: The Cochrane Collaboration, Smith S, organizadores. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007. Recuperado de: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004910.pub2>
95. Fuller J, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R, et al. Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1. *BMC Health Services Research.* 2011;11(1):72.
96. Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H, et al. Integration of Mental Health/Substance Abuse and Primary Care [Internet]. 2008 [citado 2 de junho de 2013]. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38632/>
97. Fuller J, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R, et al. Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. *BMC Health Services Research.* 2011;11(1):66.
98. Agius M, Murphy C, Zaman R. Does shared care help in the treatment of depression? *Psychiatr Danub.* 2010;22(Suppl 1):S18–22.
99. Glied S, Herzog K, Frank R. Review: the net benefits of depression management in primary care. *Med Care Res Rev.* 2010;67(3):251–74.
100. McColl M, Shortt S, Godwin M, Smith K, Rowe K, O’Brien P, et al. Models for integrating rehabilitation and primary care: a scoping study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90(9):1523–31.
101. Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Yuan Z, Yu-Sheng P, Qung-Xiu L. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. *J Investig Med.* 2009;57(2):446–55.
102. Rygh E, Hjordt Dahl P. Continuous and integrated health care services in rural areas. A literature study. *Rural Remote Health.* 2007;7(3):766.
103. Williams JJ, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(2):91–116.
104. Vergouwen A, Bakker A, Katon W, Verheij T, Koerselman F. Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(12):1415–20.

105. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003;289(23):3145–51.
106. Bower P, Gask L. The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24(2):63–70.
107. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete M. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20(6):485–95.
108. Mendes E. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS; 2011.
109. Haggerty J, Burge F, Lévesque J, Gass D, Pineault R, Beaulieu M-D, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med*. 2007;5(4):336–44.
110. Almeida PF de, Fausto MCR, Giovanella L. Strengthening primary health care: a strategy to maximize coordination of care. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2011;29(2):84–95.
111. Haggerty J, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. [A framework for evaluating primary health care in Latin America]. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2009;26(5):377–84.
112. Haggerty JL. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219–21.
113. Saraiva S, Cremonese E. Implantação do apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis, SC. *Revista Brasileira Saúde da Família* [Internet]. setembro de 2008;9(19). Recuperado de: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/revista_saude_familia19.pdf
114. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Oficina de qualificação do NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
115. Santos-Filho S. Perspectives of the evaluation of Brazil's National Health Humanization Policy: conceptual and methodological aspects. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(4):999–1010.
116. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
117. Coryn C, Noakes L, Westine C, SchröterDC. A systematic review of theory-driven evaluation practice from 1990 to 2009. *American Journal of Evaluation*. 2011;32([Internet]):199.

118. Natal S, Santos E, Alves C, Felisberto E, Santos e Santos E, Sousa A. A implementação do projeto estratégico de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das secretarias de saúde: avaliação formativa e auto-avaliação. In: Hartz ZM, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM, editors. *Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 341–68.
119. Potvin L. On the nature of programs: health promotion programs as action. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(3):731–8.
120. Champagne F, Contadriopoulos A, Tanon A. Utilizar a avaliação. In: Brouselle A, Champagne F, Contadriopoulos AP, Hartz Z, editors. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
121. Giovanella L, Escorel S, Mendonça M, [Coord.]. Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Sumário executivo / síntese dos principais resultados: implementação da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
122. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. Protocolo de atenção em saúde mental / Cremonese E, Saraiava SA, organizadores. Tubarão: Ed. Copiart; 2011.
123. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório da II oficina de planejamento dos NASF de Florianópolis [Internet]. [Internet]; 2011. Recuperado de: atencaoprimariafloripa.blogspot.com
124. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Pacto municipal de saúde - NASF [Internet]. [Internet]; 2013. Recuperado de: <http://sites.google.com/site/planejamentosaudepmf/home>
125. Alves C, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, de Frias PG, editors. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Recife: Medbook; 2010. p. 89–107.
126. Dubeux L, Albuquerque K, Souza M, Bezerra L. Comunicação dos resultados: um desafio para o uso das lições aprendidas com a avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, de Frias PG, editors. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Recife: Medbook; 2010. p. 131–42.

ANEXOS

Anexo 1. Documentos utilizados para construção dos modelos lógicos

- Bahia. Serviço público estadual. Resolução CIB 66/2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Sumário executivo / síntese dos principais resultados: implementação da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [coordenação da pesquisa: Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Maria Helena Magalhães de Mendonça]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. 2. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 154 de de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009
- Campos GW; Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, 2007
- Cunha GT; Campos GW. Apoio matricial e atenção primária à saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011
- Florianópolis. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção em saúde mental [Org.: Cremonese E, Saraiva SA]. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.
- Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG N. 814, de 18 de maio de 2011.
- Núcleo Telessaúde SC. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica / NASF SC: AMAQ-NASF SC. Florianópolis: UFSC, 2012.
- Prefeitura de São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenação da atenção básica. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos NASF. São Paulo: 2009.
- Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretário. Instrução Normativa n. 001 de 2010. Florianópolis, 2010.
- Relatório da II Oficina Municipal dos NASF de Florianópolis. Dezembro de 2011 (mimeo). Disponível em: atencaoprimarifloripa.blogspot.com.br.
- Saraiva SA; Zepeda J. Princípios do apoio matricial. In: Gusso G & Lopes JM [Org.]. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012.
- Saraiva SAL; Cremonese E. Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis, SC. In: Brasil. Ministério da Saúde. SAS. DAB. III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Anexo 2. Instrumentos utilizados na rodada de consenso – elementos informativos

Síntese dos referenciais teóricos da pesquisa

Objeto / Intervenção avaliada

Integração dos NASF na atenção primária em Florianópolis.

Objetivo geral

Contribuir para o desenvolvimento de um modelo de avaliação da integração dos NASF na atenção primária

Objetivos específicos

1. Modelizar a intervenção avaliada;
2. Obter consenso sobre os modelos com grupos de interessados (*stakeholders*);
3. Realizar análise lógica dos modelos com base em literatura científica;
4. Desenvolver e validar modelo lógico e modelo de avaliação.

Desenho do estudo

- Pesquisa avaliativa (Champagne et al, 2011)
- Referencial epistemológico: Neopositivismo (Weiss, 1998) / Realismo crítico (Potvin et AL, 2006)
- Avaliação baseada na teoria (Chen, 1990; Brousselle et AL, 2011)
- Abordagem participativa, propósito formativo
- Desenho baseado nos estudos de avaliabilidade (Thurston & Potvin, 2003; Natal et AL, 2008))
- Avaliação interna (Thurston & Ramaliu, 2005)

Perguntas avaliativas

Quais são os componentes desta intervenção (integração dos NASF na Atenção Primária)?

Os pressupostos e mecanismos da intervenção estão de acordo com o conhecimento vigente?

Que aspectos da intervenção deveriam ser priorizados para avaliação?

Como a intervenção pode contribuir para fortalecer a atenção primária?

Grupos de consenso

Estratégias de obtenção de consenso têm sido utilizadas no campo da saúde para definição de critérios, padrões e indicadores pra avaliação da qualidade do cuidado. São técnicas que, ao tomar em conta a produção científica, a opinião dos especialistas e os interesses políticos dos interessados, permitem a consideração dos aspectos técnicos da intervenção sem negligenciar elementos de ordem ética e política (Souza et al, 2005). Estas técnicas podem servir, entre outros propósitos, como forma de validação de instrumentos de avaliação.

Para este fim, foi selecionado um grupo de profissionais da gestão e da atenção envolvidos na operação dos NASF em Florianópolis, com interesse potencial pelos resultados de futuras avaliações. Os profissionais foram selecionados para compor um grupo que seja de especialistas (experts) e interessados (stakeholders) ao mesmo tempo. Este grupo deverá responder perguntas em rodadas de consenso por email e participar de duas reuniões de cerca de 2h de duração com Técnica de Grupo Nominal. A participação é voluntária e mediante TCLE, e a participação em uma etapa não obriga à participação nas demais.

Avaliação baseada na teoria da intervenção

Teoria do programa ou da intervenção se refere ao conjunto de mecanismos que medeiam a relação entre a intervenção e seus efeitos. Trata-se de saber não apenas se uma determinada

intervenção funciona ou não, mas como ela funciona ou deveria funcionar. Avaliações que não levam em conta esta teoria da intervenção são avaliações do tipo “caixa-preta”, caracterizadas por um foco primário na relação global entre *inputs* e *outputs* de um programa, sem preocupação com os processos de transformação (Chen, 1990). Especificar a teoria do programa permite testá-la, de forma a revelar se o fracasso de um programa resulta de falha de implantação ou de falha da teoria. Também ajuda a clarear se um programa está sendo implantado em condições em que ele é apropriado (Chen, 1990).

A teoria de uma intervenção é constituída por premissas teóricas ou hipóteses que são carregadas de valor (o que “deve ser”), e que incorporam saberes científicos e práticos dos grupos implicados na intervenção. O avaliador precisa entender estas premissas ou hipóteses para conduzir avaliações que sejam relevantes para os implicados ou interessados em uma intervenção (Natal, 2010; Bezerra et al, 2010). A descrição de um programa torna explícitos os pressupostos que o norteiam, e quando esta é realizada de forma participativa pode envolver os atores interessados na reflexão e reconstrução de seus elementos, efeitos desejados e mecanismos subjacentes de funcionamento (Mendes et al, 2010).

Síntese sobre NASF e apoio matricial

Desenho geral dos NASF como intervenção ou programa

PROBLEMA: Atenção primária com baixa resolubilidade, abrangência limitada e pouca integração com redes de saúde, intersetorial e recursos dos territórios.

PROGRAMA/INTERVENÇÃO: Implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na atenção primária – equipes de profissionais com especialidades diversas das ESF - oferecendo suporte assistencial e pedagógico a estas.

POPULAÇÃO ALVO: Profissionais das ESF apoiadas (foco primário) + População da área de abrangência destas ESF (dupla clientela: equipe de saúde e população)

OBJETIVO GERAL: Fortalecer a APS/ESF em suas dimensões de: resolubilidade, abrangência, continuidade, integração em redes.

Apoio matricial

Os NASF devem operar junto às ESF segundo um modelo singular de trabalho colaborativo chamado Apoio Matricial (AM) (Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007; Brasil, 2010). O apoio matricial deve ser ofertado na forma de saberes da “especialidade” do apoiador para gestão de problemas das equipes apoiadas (Oliveira, 2011). O AM tem duas dimensões:

retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico.

O apoio matricial é uma proposta de reforma de organizações de saúde a partir de mudanças nos padrões de relação entre sujeitos e na organização da atenção em saúde. É também uma crítica à organização taylorista do trabalho em saúde: uma estrutura matricial aumentaria a adaptabilidade da organização para lidar com um ambiente instável e pouco previsível, incentivando a coordenação entre especialidades funcionais numa estrutura por projetos terapêuticos (Morgan 1996; Campos, 1999; Campos et al, 2007; Oliveira, 2008; Brasil, 2009b). A proposta deste trabalho é estudar o **apoio matricial restrito a seu aspecto metodológico**, como uma proposta para organização da atenção na interface entre serviços de atenção primária e especialistas, e com base em uma experiência singular, a implantação dos NASF em Florianópolis.

Anexo 3. Instrumentos utilizados na rodada de consenso – questionários

Questionário 1 – Componentes x objetivos do NASF

COMPONENTES Conjuntos de atividades afins agrupadas	PERTINÊNCIA O componente ajuda a atingir os objetivos do NASF?	RELEVÂNCIA Quanto este componente contribui para o alcance dos objetivos do NASF?			JUSTIFICATIVA Justifique brevemente e em suas próprias palavras a pontuação que deu a cada componente.
	SIM/NÃO	Nada - 0	Pouco - 1	Muito - 2	
ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DA INTEGRAÇÃO					
RETAGUARDA ASSISTENCIAL					
EDUCAÇÃO PERMANENTE					
REGULAÇÃO DE ACESSO E GESTÃO DA ATENÇÃO					
ARTICULAÇÃO DE PARCERIAS E REDES					

Elementos para referência

Objetivos do NASF

- Ampliar resolubilidade e qualidade da APS
- Ampliar abrangência de ações da APS
- Apoiar integração da APS nas redes de serviços de saúde e intersetoriais
- Apoiar processos de territorialização e regionalização

Atividades de cada componente do NASF

1. ORGANIZAÇÃO DA INTEGRAÇÃO NASF/ESF

Discussão de normas e diretrizes; Educação da equipe NASF; Planejamento conjunto ESF/NASF; Monitoramento de ações

2. RETAGUARDA ASSISTENCIAL

Atendimentos individuais; atendimentos coletivos e apoio a grupos da ESF; Ações educativas e preventivas

3. EDUCAÇÃO PERMANENTE

Atendimentos compartilhados; Discussão de casos e de planos terapêuticos; Discussão de temas com as ESF

4. REGULAÇÃO DO ACESSO E GESTÃO DA ATENÇÃO

Revisão conjunta de listas de espera; Discussão de encaminhamentos; Seguimento dos casos compartilhados

5. ARTICULAÇÃO DE PARCERIAS E REDES

Ativação de parcerias com outros setores; Facilitação da ligação entre serviços; Identificação de recursos comunitários

Questionário 2 – Atividades x componentes do NASF

2.1 - COMPONENTE 1: ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DA INTEGRAÇÃO

ATIVIDADE	PERTINÊNCIA	RELEVÂNCIA		
	Esta atividade faz parte do componente 1?	Quanto esta atividade é relevante para avaliar este componente?		
	SIM/NÃO	Nada - 0	Pouco - 1	Muito - 2
Discussão de diretrizes NASF				
Educação da equipe NASF				
Planejamento conjunto ESF/NASF				
Monitoramento de ações				

2.2 - COMPONENTE 2: RETAGUARDA ASSISTENCIAL

ATIVIDADE	PERTINÊNCIA	RELEVÂNCIA		
	Esta atividade faz parte do componente 2?	Quanto esta atividade é relevante para avaliar este componente?		
	SIM/NÃO	Nada - 0	Pouco - 1	Muito - 2
Atendimentos individuais				
Atendimentos coletivos				
Apoio a grupos da ESF				
Ações educativas e preventivas do NASF				

2.3 - COMPONENTE 3: EDUCAÇÃO PERMANENTE

ATIVIDADE	PERTINÊNCIA	RELEVÂNCIA		
	Esta atividade faz parte do componente 3?	Quanto esta atividade é relevante para avaliar este componente?		
	SIM/NÃO	Nada - 0	Pouco - 1	Muito - 2
Atendimentos compartilhados				
Discussão de casos e planos terapêuticos				
Discussão de temas com ESF				

2.4 - COMPONENTE 4: REGULAÇÃO DE ACESSO E GESTÃO DA ATENÇÃO

ATIVIDADE	PERTINÊNCIA	RELEVÂNCIA		
	Esta atividade faz parte do componente 4?	Quanto esta atividade é relevante para avaliar este componente?		
	SIM/NÃO	Nada - 0	Pouco - 1	Muito - 2
Revisão de listas de espera				
Discussão de encaminhamentos				
Seguimento de casos compartilhados				

2.5 - COMPONENTE 5: ARTICULAÇÃO DE PARCERIAS E REDES

ATIVIDADE	PERTINÊNCIA	RELEVÂNCIA		
	Esta atividade faz parte do componente 5?	Quanto esta atividade é relevante para avaliar este componente?		
	SIM/NÃO	Nada - 0	Pouco - 1	Muito - 2
Ativação de parceria c outros setores				
Ligação com outros serviços				
Identificação de recursos comunitários				

2.6. SUGESTÕES DE MUDANÇAS NO MODELO

SUGESTÃO	COMPONENTE/ATIVIDADE	JUSTIFICATIVA
Exclusão de componentes e/ou atividades		
Inclusão de componentes e/ou atividades		
Mudança ou reorganização de componentes e/ou atividades		

Anexo 4. Respostas dos participantes do consenso - justificativas

Justificativas para pontuação de componentes como “NADA RELEVANTE”

COMPONENTES	JUSTIFICATIVAS
1. ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DA INTEGRAÇÃO	-
2. RETAGUARDA ASSISTENCIAL	-
3. EDUCAÇÃO PERMANENTE	-
4. REGULAÇÃO DE ACESSO E GESTÃO DA ATENÇÃO	Se o componente Organização e Condução é bem feito, a Regulação de Acesso como entrave à coordenação do cuidado pela EqSF faz pouco sentido.
5. ARTICULAÇÃO DE PARCERIAS E REDES	-

Justificativas para pontuação de componentes como “POUCO RELEVANTE”

COMPONENTES	JUSTIFICATIVAS
1. ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DA INTEGRAÇÃO	-
2. RETAGUARDA ASSISTENCIAL	Atendimento individual do NASF pode levar a redução do vínculo com a ESF, raramente há co-responsabilização; Ações educativas e preventivas são importantes, mas pouco efetivas nos moldes atualmente praticados; necessário repensar esta estratégia e avaliar seu impacto na saúde da população.
3. EDUCAÇÃO PERMANENTE	Amplia capacidade e autonomia das ESF, mas depende muito de metodologia usada, temas abordados e experiência clínica.
4. REGULAÇÃO DE ACESSO E GESTÃO DA ATENÇÃO	A revisão de listas e encaminhamentos é difícil na prática e não é bem vista pelas ESF. Importante reavaliar os fluxos e deficiências do sistema.
5. ARTICULAÇÃO DE PARCERIAS E REDES	Contribui sobretudo nos casos complexos, mas com alcance limitado pela dificuldade de obter consensos e definir competências e responsabilidades. Está diretamente relacionado à integração intersetorial da APS.

Justificativas para pontuação de componentes como “MUITO RELEVANTE”

COMPONENTES	JUSTIFICATIVAS
1. ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DA INTEGRAÇÃO	<p>Fundamental para resolução dos problemas e para maior racionalidade na operacionalização das ações;</p> <p>Fundamental para as ações das equipes NASF não serem diferentes dos objetivos da ESF e para que cada equipe saiba seu papel;</p> <p>Muito importante para a qualidade das ações;</p> <p>Necessidade de clareza sobre diretrizes do NASF e de articulação entre ESF/NASF / Sem entendimento do que é o NASF e pactuações conjuntas o NASF é inviável / Sem integração real com a ESF os NASFs não cumprem seu papel de apoio;</p> <p>Oportunizar a discussão do próprio processo de trabalho permite ao profissional tornar-se corresponsável por suas ações e pelas ações conjuntas com os demais membros da equipe;</p>
2. RETAGUARDA ASSISTENCIAL	<p>Possibilita a efetivação da corresponsabilização pelos casos, que só é possível com retaguarda assistencial.</p> <p>Imprescindível para avaliar os desfechos de ampliação da abrangência de ações da ESF e de satisfação da equipe;</p> <p>Diretamente relacionado com ampliação da resolubilidade e qualidade da APS;</p> <p>Atendimentos individuais e coletivos ampliam potencialmente a abrangência de ações e a resolubilidade da APS;</p> <p>Contribui muito se utilizado com critérios;</p>
3. EDUCAÇÃO PERMANENTE	<p>Amplia a resolubilidade da APS, principalmente pela troca de saberes entre os profissionais;</p> <p>Amplia a abrangência, resolubilidade e qualidade das ações das ESF;</p> <p>Atendimento compartilhado gera autonomia e empodera o MFC;</p>
4. REGULAÇÃO DE ACESSO E GESTÃO DA ATENÇÃO	<p>Possibilita definição clara e compartilhada entre equipes / Compartilha responsabilidades e elenca prioridades;</p> <p>Pode possibilitar a qualificação dos encaminhamentos e a coordenação do cuidado compartilhado entre ESF e NASF;</p> <p>Possibilita atendimento mais rápido às demandas dos usuários;</p> <p>Maior satisfação dos usuários e das ESF;</p> <p>Possibilita reflexão sobre: os encaminhamentos realizados pela ESF, sua corresponsabilização, resolubilidade e qualidade da APS;</p> <p>A partir do momento que a APS é a porta de entrada para o sistema de saúde e possui uma equipe de apoio para a gestão das listas de espera, discussão dos encaminhamentos e seguimento do cuidado, o modelo consegue ampliar a resolubilidade dos casos, a qualidade da atenção e a abrangência de ações;</p> <p>Esta diretamente relacionado ao apoio à integração da APS nas redes de serviços de saúde;</p>
5. ARTICULAÇÃO DE PARCERIAS E REDES	<p>O NASF é dinamizador das ações intersetoriais / tem capacidade e potencial para contribuir na construção e manutenção de redes de apoio para as ESF e na articulação da APS com as redes de serviços;</p> <p>Importante para possibilitar a territorialização e a regionalização;</p> <p>Garante continuidade da atenção, aumento do vínculo da unidade de saúde com a comunidade e participação social;</p> <p>Contribui muito para ampliar resolubilidade e abrangência das ações;</p> <p>Depende de outras facilidades e habilidades pessoais;</p> <p>Amplia as possibilidades de intervenção e favorece maior utilização dos recursos existentes;</p>

Anexo 5. Respostas dos participantes do consenso - sugestões

Componente ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DA INTEGRAÇÃO

Mudanças no componente

- **Dissociação em dois componentes, um de ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DOS NASF e um de FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL**

Mudanças nas atividades

- Mudança de “Planejamento conjunto ESF/NASF” para “Planejamento e gestão conjuntos ESF/NASF”
- Mudança de “Discussão de diretrizes” para “Pactuação de diretrizes e normas”
- Mudança de “Educação da equipe NASF” para “Educação permanente ESF/NASF”
- Desdobramento de “Monitoramento de ações” em “Organização e programação de ações NASF” + “Monitoramento de ações NASF”
- Inclusão de “Apoio ao trabalho interdisciplinar na APS”
- Inclusão de “Apoio à integração ESF/NASF com atenção especializada”

Opiniões: organização e condução do trabalho contribuem para:

- Responsabilidade dos profissionais pelo próprio trabalho
- Co-responsabilidade entre profissionais na atenção
- Objetivos comuns entre equipes / Definição e pactuação de responsabilidades na assistência (coordenação/integração)
- Qualidade
- Eficiência

Componentes RETAGUARDA ASSISTENCIAL e EDUCAÇÃO PERMANENTE

Mudança nos componentes

- **Integração de dois componentes, RETAGUARDA ASSISTENCIAL e EDUCAÇÃO PERMANENTE, em componente único RETAGUARDA ESPECIALIZADA.**

Mudanças nas atividades

- Fusão de “Apoio a grupos da ESF” e “Atendimentos compartilhados” em “Atendimentos conjuntos e grupos compartilhados”
- Mudança de “Ações educativas e preventivas do NASF” para “Ações de prevenção e promoção da saúde”
- Mudança de “Discussão de temas com ESF” para “Discussão de temas clínicos e sanitários com ESF”
- Mudança de “Discussão de casos e planos terapêuticos” para “Interconsulta e discussão de planos terapêuticos (presencial / à distância)”
- Inclusão de “Visitas domiciliares”
- Inclusão de “Elaboração e/ou disponibilização de materiais de apoio”
- Inclusão de “Apoio em situações urgentes e imprevistas”

Opiniões: Retaguarda assistencial e educação permanente contribuem para:

- Co-responsabilidade entre profissionais na atenção
- Abrangência
- Resolubilidade
- Qualidade
- Satisfação da ESF / Ampliação de autonomia das ESF

Componente REGULAÇÃO DE ACESSO E GESTÃO DA ATENÇÃO

Mudança no componente

- **Mudança de nome para GESTÃO DA ATENÇÃO COMPARTILHADA**

Mudanças nas atividades

- Mudança de “Seguimento de casos compartilhados” para “Gerenciamento de casos compartilhados”
- Fusão de “Revisão de listas de espera” e “Discussão de encaminhamentos” em “Revisão conjunta de listas de casos para apoio”
- Inclusão de “Definição de fluxos de atenção e critérios de acesso entre ESF/NASF”
- Inclusão de “Monitoramento e avaliação da atenção compartilhada”

Opiniões: Gestão da atenção, com coordenação pela ESF, contribui para:

- Definição e pactuação de responsabilidades na assistência (coordenação/integração) / Co-responsabilidade entre profissionais na atenção / Coordenação / Integração assistencial
- Melhor definição de prioridades na atenção / Acesso oportuno
- Qualidade
- Resolubilidade
- Abrangência
- Satisfação do usuário
- Satisfação da ESF

Componente ARTICULAÇÃO DE PARCERIAS E REDES

Mudança no componente

- Mudança de nome para **APOIO À INTEGRAÇÃO INTERSETORIAL**

Mudanças nas atividades

- Exclusão da atividade “Ligação com outros serviços” – incorporada a atividades do novo componente FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO

Opiniões: Articulação de parcerias e redes contribui para:

- Resolubilidade (casos complexos)
- Integração intersetorial e comunitária / Orientação comunitária / Participação comunitária
- Regionalização
- Integração assistencial / Continuidade
- Resolubilidade
- Abrangência
- Eficiência

Comentários:

- Atividades com alcance limitado pela dificuldade de obter consensos e de definir competências e responsabilidades entre parceiros
- Depende de apoio da gestão e de participação das ESF
- Demanda habilidades pessoais específicas (novas competências)

Anexo 6. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**CONSTRUÇÃO DE MODELO DE AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**”, desenvolvida por **Jorge Zepeda**, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dras. **Monica Martins e Sonia Natal**.

O objetivo central do estudo é construir um modelo de avaliação para a integração dos NASF na Atenção Primária. O convite a sua participação se deve ao fato de trabalhar direta ou indiretamente com os NASF no município do estudo (Florianópolis, SC).

Caso aceite, você será convidado a participar de rodadas de obtenção de consenso virtuais (**questões por email**) e presenciais (**grupos**) sobre o modelo lógico e modelo de avaliação dos NASF. As rodadas são constituídas de questões fechadas e abertas sobre componentes do modelo lógico dos NASF (recursos, atividades, resultados, efeitos, contexto), suas inter-relações e formas de medida. As opiniões solicitadas aos participantes consistirão de julgamento sobre a adequação entre a proposta do pesquisador e a experiência, conhecimento prévio e expectativas do participante. Poderá ser necessário realizar mais de uma rodada por email e/ou mais de um grupo para que se obtenha consenso sobre a matéria.

Os grupos ocorrerão em Florianópolis, em sala confortável, climatizada e com privacidade, em local e horário a definir no mês de fevereiro de 2013, e contarão com cerca de quinze participantes com perfil semelhante ao seu, mais o pesquisador e facilitadores. Cada grupo durará cerca de 2 horas e consistirá em: (i) apresentação da pesquisa e da tarefa do grupo; (ii) distribuição de material preparado pelo pesquisador; (iii) emissão de **opinião** sobre o material; (v) leitura e esclarecimento das opiniões apresentadas; (vi) repetição das etapas anteriores, caso seja necessário. As técnicas de consenso que serão utilizadas buscam evitar confronto de ideias entre os participantes e estimular a participação de todos. Sua participação em etapa virtual (por e-mail) não implica necessariamente em compromisso com a participação em etapa presencial (grupo). Após cada rodada, você receberá por email o material consolidado da discussão realizada.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas durante a realização da pesquisa. Poderão ser divulgados dados sobre a composição dos grupos em termos de representação institucional (por exemplo, número de gestores ou de profissionais NASF), mas qualquer dado que possa identificá-lo pessoalmente será omitido. Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em reuniões, apresentações, relatórios, artigos científicos e na dissertação.

Os grupos poderão ser gravados, mediante autorização de todos os participantes, mas as imagens e o áudio não serão divulgados e serão utilizados apenas para análise de dados pelo pesquisador principal e sua orientadora. Caso os encontros sejam gravados, poderão participar dos grupos também os profissionais que farão a gravação, e será obtido consentimento à parte dos participantes na data, ou seja, a aceitação deste convite não implica necessariamente em autorização para gravação.

Os benefícios relacionados com a sua participação são: oportunidade de reflexão e acesso às concepções de outros profissionais sobre os NASF; acesso a literatura científica sobre o tema. Os riscos potenciais são: constrangimento pela expressão de opiniões; divulgação não-autorizada de suas opiniões por participantes dos grupos; prejuízos pessoais pelo tempo gasto com as atividades da pesquisa. A pesquisa não terá qualquer caráter de avaliação de suas atividades.

Sua participação é voluntária e você tem autonomia para retirar sua participação a qualquer momento, bem como solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação. Este TCLE consiste de duas vias de igual teor, com páginas numeradas, sendo que uma das vias ficará em seu poder. A resposta por email com seu nome será considerada aceitação do convite e dos termos deste TCLE.

Jorge Zepeda - Discente de Mestrado em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ

Contato com o pesquisador responsável:

Jorge Zepeda - Secretaria Municipal de Saúde – Av. Henrique da Silva Fontes, 6100, Trindade, Florianópolis/SC, tel (048) 91640717, (048) 32391545, email: emaildojorge@yahoo.com.br

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, CEP 21041-210, tel/fax (021) 25982863, email: cep@ensp.fiocruz.br

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Florianópolis, ____ de _____ de 2103.

(Preencher data, nome e documento de identidade e enviar para emaildojorge@yahoo.com.br para receber o material das rodadas de consenso)

Anexos 7 e 8. Aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz e na Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

PROJETO DE PESQUISA

Título: CONSTRUÇÃO DE MODELO DE AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Área Temática:

Pesquisador: JORGE ERNESTO SÉRGIO ZEPEDA

Versão: 2

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

CAAE: 03491712.8.0000.5240

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 61932

Data da Relatoria: 18/07/2012

Apresentação do Projeto:

Ok.

Objetivo da Pesquisa:

Ok.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ok.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ok.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ok.

Recomendações:

Ok.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Adequar o TCLE dos grupos locais para descrever especificamente como acontecerão esses encontros (pesquisador e grupos locais), visto que os grupos poderão ser gravados, mediante autorização de todos os participantes, mas as imagens e o áudio não serão divulgados. ATENDIDO
- Incluir no TCLE do grupo nacional, questões que, eventualmente, estarão presentes nos questionários e formulários a serem submetidos a eles. ATENDIDO.
- Concentrar os respectivos textos dos TCLE em uma única folha. SEM EFEITO

Por atender plenamente as pendências, o presente projeto está aprovado. Em tempo, a equipe está de parabéns pelo relevante estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 27 de Julho de 2012

Assinado por:
Ângela Fernandes Esher Moritz



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Integração Ensino Serviço

**COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DOS PROJETOS
DE PESQUISA EM SAÚDE**

Ofício Nº 01/2013

Florianópolis, 07 de janeiro de 2013

Para: Profª. Monica Martisn

De: Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde.

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: "Construção de um modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na atenção primária em Florianópolis, SC", enviado por V^{oss} S^{sa} a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para execução na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC.

Certos de sua atenção estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 48-32391593.

Atenciosamente,

Maria Francisca dos Santos Daussy

Membro da Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde