

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

JONATAN WILLIAN SOBRAL BARROS DA SILVA

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO REALISTA

RECIFE
2019

JONATAN WILLIAN SOBRAL BARROS DA SILVA

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO REALISTA

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Dr^a. Sydia Rosana de Araujo Oliveira

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- S586n Silva, Jonatan Willian Sobral Barros da.
Núcleo de apoio à saúde da família: uma avaliação realista / Jonatan Willian Sobral Barros da Silva. - Recife: [s.n.], 2019.
125 p. : ilus., graf., tab.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.
Orientador: Sydia Rosana de Araujo Oliveira.
1. Avaliação em saúde. 2. Avaliação baseada em teoria. 3. Mecanismos de avaliação da assistência à Saúde. 4. Atenção primária à saúde. I. Oliveira, Sydia Rosana de Araujo. II. Título.

CDU 614.39

JONATAN WILLIAN SOBRAL BARROS DA SILVA

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO REALISTA

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 22 de abril de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Ana Cláudia Figueiró
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

À todos aqueles e aquelas que lutam, acreditam e constroem um SUS melhor a cada dia e em especial à minha Mãe, Josefa Sobral (Caçula) que sempre lutou e mostrou o caminho e a importância dos estudos para a vida.

AGRADECIMENTOS

Ao grande Deus Olorum e às forças sagradas dos Orixás pela luz, poder e axé emanado nas minhas existências e todas as etapas de minha vida a ser vivenciada.

À força astral da minha família espiritual, enraizados na corrente espiritual da Umbanda, Jurema e Corrente Oriental, por me segurarem em todos os momentos, protegendo e me guiando nesta vida e em todas as outras.

À minha família carnal, meu pai Geová, minha irmã Kelly e minha sobrinha Jhennife pelo apoio, amor e força emanada. Em especial a minha mãe Caçula, por todo incentivo, amor e conselhos ofertados desde criança para o seguimento e importância dos estudos para a vida, Mãe essa vitória é nossa!

À prof. Sydia Oliveira pelo incentivo, confiança e orientação ofertada durante toda a construção deste trabalho, e por tornar a escrita e jornada tranqüila e prazerosa. Gratidão profe!

Ao LAM-Saúde, em especial à Eduarda Cesse, Bete Ribeiro, Jessyka Barbosa e Louisiana Quinino por todos os incentivos, direcionamentos e ajuda ofertada na construção deste e de outras produções científicas.

Ao IAM-FIOCRUZ-PE por me possibilitar realizar este mestrado, todos os professores e funcionários que construíram junto comigo este trabalho e formação acadêmica, em especial a Glauco pela ajuda e esclarecimentos nas questões burocráticas.

Aos profissionais, gestores da saúde e usuários do estudo, em especial a Semares Vieira pela ajuda e disponibilidade em ajudar na condução deste trabalho.

Aos amigos e colegas da turma 2017-2019 do Mestrado Acadêmico de Saúde Pública, em especial a Rebeca, Késia, Julyanne e Hassyla, amigas desde a residência, pelo compartilhamento das angústias, risadas e conquistas.

Ao Programa Estadual de IST, Aids e Hepatits Virais de Pernambuco, em especial Camila, Debora e Isabela pela compreensão das horas ausentes no trabalho, incentivo e energia emanada para conclusão desta dissertação.

Aos meus amigos encarnados, em especial Carlos, pelos incentivos, amor e energias positivas emanadas para meu sucesso profissional e construção de um enfermeiro sanitário e agora mestre, comprometido e militante na defesa do SUS.

A todos que de alguma forma estiveram ao meu lado, meu sincero agradecimento. Axé!

Não sou eu quem me navega
Quem me navega é o mar
É ele quem me carrega
Como se nem fosse levar
E quanto mais remo mais rezo
Pra nunca mais se acabar
Essa viagem que faz
O mar em torno do mar
(CARVALHO, VIOLA, 1996)

SILVA, Jonatan Willian Sobral Barros da. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação realista**. 2019. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

A Atenção Básica (AB), com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, durante seu processo de ampliação e cobertura assistencial, identificou novas necessidades de saúde e a importância da inserção de outros profissionais, com vistas a atuar de forma compartilhada e pedagógica. Dessa forma, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surge com o objetivo de aumento da resolutividade da AB, através do apoio matricial, junto às equipes de Saúde da Família (eSF) e território adscrito. O presente estudo objetiva avaliar o desenvolvimento de uma equipe do NASF (eNASF), na cidade do Recife-PE. Trata-se de um estudo avaliativo, com enfoque qualitativo. A partir da avaliação realista, avaliação baseada em teoria, foi realizada a identificação e análise dos contextos, mecanismos e resultados produzidos por uma eNASF, assim como a ligação entre estes elementos. A pesquisa iniciou com a formulação da teoria inicial da intervenção, a partir de pesquisa documental e oficinas com informantes do programa, em seguida foram realizados grupos focais com os profissionais da eNASF, de uma eSF apoiada por esta e de usuários do território, assim como entrevistas semi-estruturadas com os gestores do programa a nível distrital e municipal. Foram identificados 13 contextos, 7 mecanismos e 4 resultados que juntos interagem produzindo 6 Contexto-Mecanismo-Padrão de resultado (CMR). Observou-se que a eNASF avaliada dentro do seu processo de desenvolvimento com a eSF produz um perfil dual que compartilha o aspecto técnico-pedagógico em concomitância com o aspecto clínico-assistencial. Esta dualidade produz resultados que em conjunto significam uma maior resolutividade da AB, efeito este esperado pelo programa NASF na sua formulação. Entretanto observa-se, em determinados momentos, a produção de uma lógica ambulatorial em sua atuação junto a AB e aos usuários no território.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Avaliação baseada em teoria; Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Atenção primária à saúde.

SILVA, Jonatan Willian Sobral Barros da. **Family Health Support Center: a realistic evaluation.** Dissertation (Masters Academic in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

Basic Attention, with emphasis on the Family Health Strategy, during its process of expansion and assistance coverage, identified new health needs and the importance of insertion of other professionals, with a view to acting in a shared and pedagogical way. Thus, the Family Health Support Center (NASF) arises with the objective of increasing the resolution of Primary care through matrix support, together with the Family Health teams and ascribed territory. This study aims to evaluate the development of a NASF team in the city of Recife-PE. This is an evaluative study with a qualitative approach. From the realistic evaluation, theory-based assessment, the identification and analysis of the contexts, mechanisms and results produced by a NASF team was carried out, as well as the connection between these elements. The research began with the formulation of the initial theory of intervention, from documentary research and workshops with program informants, followed by focus groups with NASF team professionals, a Family Health Team (eSF) supported by this and users of the territory, as well as semi-structured interviews with program managers at the district and municipal levels. We identified 13 contexts, 7 mechanisms and 4 results that together interact producing 6 CMR. It was observed that the NASF team evaluated within its development process with the Family Health Team produces a dual profile that shares the technical-pedagogical aspect in concomitance with the clinical-assistance aspect. This duality produces results that together mean a higher resolution of AB, an effect expected by the NASF program in its formulation. However, at certain times, it is observed the production of an outpatient logic in its work with Primary Care and the users in the territory.

Keywords: Health Assessment; Assessment based on theory; Mechanisms for Health Care Evaluation; Primary health care;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modalidades de conformação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família	18
Figura 2 - Árvore Genealógica das Teorias de Avaliação	24
Figura 3 - Explicação generativa da avaliação realista	29
Figura 4 - Avaliação realista como teste de hipóteses	35
Figura 5 - Pré-teoria inicial da equipe NASF	42
Figura 6 - CMR hipóteses da Pré-teoria inicial da equipe NASF	44
Figura 7 - Teoria Inicial da equipe NASF	46
Figura 8 - CMR hipóteses da Teoria Inicial da equipe NASF	47
Figura 9 - Percurso metodológico da Avaliação Realista da equipe NASF	53
Figura 10 – Teoria da Equipe NASF.....	55
Figura 11 - CMR da Teoria da Equipe NASF.....	71
Figura 12 - CMR 1 - A qualificação dos encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde	72
Figura 13 - CMR 2 - Ampliação da Clínica na AB pelo apoio matricial e fortalecimento das ações	73
Figura 14 - CMR 3 - Ampliação da Clínica na AB pelo fortalecimento do autocuidado	75
Figura 15 - CMR 4 - Ampliação da Clínica na AB pelo fortalecimento das ações intersetoriais e serviços de saúde	76
Figura 16 - CMR 5 - Organização do processo de trabalho da AB e das necessidades do território	77
Figura 17 - CMR 6 - Aumento do perfil ambulatorial na AB	78

Quadro 1 - Carga horária e Escolaridade dos profissionais da e NASF	40
Quadro 2 - Cronograma de oficinas, entrevistas e grupos focais realizadas para coleta de dados no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019, Recife – PE	50
Quadro 3 - Categorias analíticas, suas definições e operacionalizações	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente

AB - Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

AS – Assistente Social

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

C - Contexto

CMR – Contexto-Mecanismo-Padrão de resultado

DS – Distrito Sanitário

DAB – Diretoria da Atenção Básica

eAB – Equipe de Atenção Básica

eSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

EPS - Educação Permanente em Saúde

eNASF – Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GI – Grau de Implantação

GM – Gabinete do Ministro

IAM – Instituto Aggeu Magalhães

LAM-Saúde - Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde

LMCI - Low and Middle Income Countries

MS – Ministério da Saúde

M - Mecanismo

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica

ONG – Organização Não-Governamental

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PIC – Prática Integrativa e Complementar

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RPA – Regiões Político Administrativas

R - Resultado

SUS - Sistema Único de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO – Terapeuta Ocupacional

TR – Técnico de Referência

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	17
2.2 AVALIAÇÃO BASEADA PELA TEORIA	22
2.3 AVALIAÇÃO REALISTA	25
2.3.1 Conceitos chaves da Avaliação Realista	27
2.3.1.1 <u>Mecanismo</u>	28
2.3.1.2 <u>Contexto</u>	29
2.3.1.3 <u>Resultado</u>	30
2.3.1.4 <u>Contexto-Mecanismo-Padrão de resultado: CMR</u>	31
2.3.2 O ciclo da Avaliação Realista	31
2.3.2.1 <u>Formulação da teoria inicial do programa</u>	31
2.3.2.2 <u>Produção de dados</u>	32
2.3.2.3 <u>Análise dos dados e validação</u>	34
2.3.2.4 <u>Refinamento da teoria inicial do programa</u>	34
3 JUSTIFICATIVA	36
4 OBJETIVO GERAL	37
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	38
5.2 ÁREA DO ESTUDO	38
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	39
5.4 SUJEITOS DA PESQUISA	39
5.5 PERÍODO DO ESTUDO	40
5.6 DESCRIÇÃO DO CASO	40
5.7 PRODUÇÃO DOS DADOS, ANÁLISE E PROCESSAMENTO	41
5.7.1 Primeira etapa: Desenvolvimento da teoria inicial da equipe NASF	41
5.7.2 Segunda etapa: Produção de Dados	47
5.7.3 Terceira e quarta etapa: Análise dos dados e Validação da teoria inicial	50
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	54
7 RESULTADOS	55

7.1 CONTEXTOS	56
7.2 MECANISMOS	64
7.3 RESULTADOS	68
7.4 CMR	71
8 DISCUSSÃO	80
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A – DOCUMENTOS UTILIZADOS PARA CONSTRUÇÃO DA PRÉ-TEORIA INICIAL DA EQUIPE NASF	105
APÊNDICE B – 1ª VERSÃO DA TEORIA INICIAL APÓS 1ª OFICINA COM INFORMANTES	106
APÊNDICE C - CONFIGURAÇÕES CMR – VERSÃO APÓS 1ª OFICINA COM INFORMANTES	107
APÊNDICE D - ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS	108
APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO	109
APÊNDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL	110
APÊNDICE G- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA	112
APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – OFICINAS	114
APÊNDICE I - GRADE DE ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS E ENTREVISTAS	116
ANEXO A – MODELO LÓGICO DO NASF (Correia et al., 2017)	120
ANEXO B – MODELO TEÓRICO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (Souza e Calvo, 2018)	121
ANEXO C - 1º CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE	122
Anexo D – 2º CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE	123

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), denominada Atenção Básica (AB) no Brasil, é estratégica na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Compreende a realização de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, riscos e doenças, ao diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde (PANIZZI, 2015). A APS é considerada o primeiro contato na rede assistencial do SUS e objetiva desenvolver um conjunto de ações complexas, que demandam dos seus profissionais uma intervenção ampliada sobre a saúde da população (NASCIMENTO, 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida para consolidar o processo de municipalização da organização da APS e para coordenar a integralidade da assistência à saúde com as Equipes de Saúde da Família (eSF) junto ao território adscrito (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009). Diante das demandas e necessidade de saúde presentes no território e dos limites e dificuldades encontrados no processo de implantação das eSF, foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliação do escopo de ofertas de cuidados aos usuários e maior resolubilidade da AB (BRASIL, 2014; SANTOS; UCHOA- FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

O NASF configura-se como uma política instituída pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008). Constituído por equipes de profissionais de distintas áreas do conhecimento, que atuam em articulação com as eSF e as equipes da AB para populações específicas – consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, entre outras (BRASIL, 2009).

Com a revisão da PNAB (Política Nacional da Atenção Básica) em setembro de 2017, através da portaria nº 2.436, o NASF passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), devendo este atuar de forma integrada para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das eSF e equipes de Atenção Básica (eAB).

Sua proposta de atuação é utilizar a metodologia de trabalho baseada no apoio matricial e na ampliação da clínica, de forma a possibilitar a corresponsabilização, a gestão integrada do cuidado e a integralidade na AB (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O NASF se apresenta relevante e desafiador, ao passo que as necessidades de saúde da população têm se mostrado mais complexas e relacionadas aos contextos e condições de vida das pessoas, ordenando uma atenção interdisciplinar e multiprofissional (PANIZZI, 2015). No

Brasil, aproximadamente 134 milhões de pessoas são assistidas pelas eSF, abrangendo 64,76 % da população e possui 5.236 equipes NASF implementadas, até novembro de 2018, destes, 3.087 são do tipo I, 964, do tipo II e 1.185 do tipo III (DAB/MS; 2019). A diferenciação dos tipos I, II e III é relacionada com a quantidade e tipo de profissionais, carga horária e número de eSF apoiadas (BRASIL, 2012).

Nascimento (2014) discorre sobre a existência da necessidade de criar e consolidar espaços de discussões sobre a organização do NASF junto à saúde da família, visto que a proposta do NASF e seu processo de implantação direcionam para uma diversidade de configurações, incompreensões e distorções da própria saúde da família.

Neste sentido, o NASF apresenta-se como uma intervenção/programa complexa, sendo compreendida a partir da interação de componentes múltiplos, com diferentes dimensões de complexidade, incluindo a dificuldade de sua implementação, e os seus níveis organizacionais (CAMPBELL, 2000).

As intervenções complexas apresentam características comuns, as quais são: ter uma série de componentes que podem atuar de forma independente ou dependente; possuir fatores e ingredientes ativos que não são fáceis de definir; podendo ser entregues no nível individual, organizacional ou populacional e direcionados aos usuários, direta ou indiretamente, por meio de profissionais de saúde ou sistemas de saúde (CRAIG et al., 2013; LEWIN et al., 2017). Não seguem padrões estabelecidos, tendo diferentes formas em diferentes contextos (HAWKE et al., 2004).

Intervenções complexas podem exigir avaliações não estruturadas e reflexivas. Desta forma, move os avaliadores, frequentemente, a desenvolver avaliações inovadoras, que compartilham características com os sistemas complexos, tais como: componentes de interação múltipla, planejamento adaptável e participativo, consequências inesperadas e a dependência das condições contextuais (FIGUEIRÓ, 2010).

O processo de desenvolvimento das intervenções é etapa do modelo explicativo para entender o ciclo de vida das intervenções (BOPP; SAUNDERS; LATTIMORE, 2013; SCHEIRER, 2005). A perspectiva de ciclo de vida compreende que novos programas de saúde prosseguem por meio da sobreposição de uma série de etapas: implementação, desenvolvimento, avaliação, manutenção/interrupção e, às vezes, disseminação para outros lugares ou beneficiários (LIVIT; WANDERSMAN, 2004; OLIVEIRA, 2014; PLUYE, POTVIN; DENIS, 2004). Na etapa do desenvolvimento, a ideia do programa é descrita em

detalhes sobre seus componentes e atividades, para ser testada no contexto pretendido da realidade (SCHEIRER, 2005).

Em intervenções complexas e abrangentes onde os limites entre o contexto e a intervenção não são claramente evidentes, como o NASF, estudos avaliativos que se proponham a compreender o desenvolvimento das intervenções podem se utilizar de avaliações diferenciadas, como as baseadas pela teoria. Essas são fundamentais para conhecer e acompanhar o processo de desenvolvimento do programa, a partir do contexto apresentado (PANIZZI, 2015).

A avaliação realista proposta por Pawson e Tilley (1997), considerada uma avaliação baseada pela teoria, parte de uma epistemologia realista crítica. A abordagem realista se orienta por modelos teórico-conceituais inspirados pela tríade Contexto-Mecanismo-Padrão de Resultado (CMR) e por meio desses modelos formulam lições cumulativas e transferíveis do processo de evolução dos programas.

Aponta-se a importância dos modelos avaliativos que se debruçam a investigar o processo de concretização de uma intervenção baseado em teoria, assim como a permeabilidade dos contextos e dos diferentes mecanismos que os decisores, técnicos e participantes irão tomar para o seu desenvolvimento. Compreende-se o NASF enquanto programa, como uma intervenção complexa, resultado da interação dos seus componentes a partir do contexto ao qual está inserido. Dessa forma, propõe-se como pergunta condutora deste estudo: Quais as interações entre os contextos, mecanismos e resultados em uma equipe do NASF na cidade do Recife-PE?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção serão abordados o histórico e organização do Programa NASF no Brasil. Também será explanada o arcabouço teórico das avaliações baseadas pelas teorias e por fim os pressupostos teóricos e operacionais da Avaliação Realista.

2.1 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

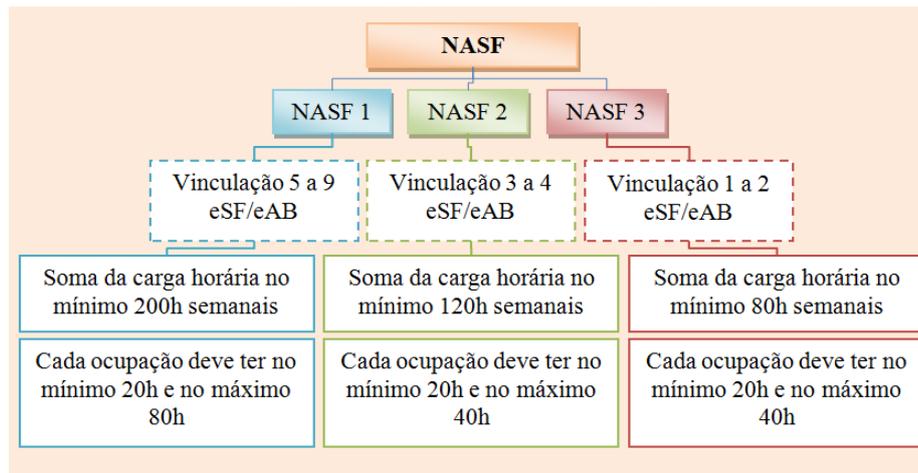
O NASF, criado em 2008, surge diante da necessidade da ESF em enfrentar as demandas de saúde presentes no território e das dificuldades no processo de trabalho complexo na rotina das eSF (SANTOS et al., 2017a). Seu objetivo é a ampliação do escopo e oferta de cuidados aos usuários e maior resolutividade da AB (BRASIL, 2014a).

Composta por indivíduos de diferentes profissões ou especialidades, são equipes multiprofissionais, que devem atuar de forma integrada com as eSF ou eAB, compartilhando práticas e saberes em saúde, objetivando o auxílio no manejo e resolutividade dos problemas de saúde na área de abrangência da ESF, assim como acoplando novas práticas para ampliação da oferta (NASCIMENTO et al., 2018).

Sua composição deve ser definida pela gestão local e controle social, e planejada a partir das necessidades locais e das equipes apoiadas: eSF, equipes da AB (eAB) e equipes para populações específicas – consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, entres outras (PANIZZI, 2015).

A partir da portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, foi redefinido as modalidades dos NASF descritas inicialmente com a portaria de sua criação (BRASIL, 2008). Além de poderem ser da modalidade 1 e 2, foi adicionado o NASF 3, para que os municípios com número menor de eSF pudessem ter o programa em sua rede de ESF. As características estão detalhadas na figura 1.

Figura 1 - Modalidades de conformação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família



Fonte: Adaptado de Brasil (2014).

O trabalho do NASF deve ser fundamentado na territorialização e responsabilidade sanitária, em consonância com os princípios da AB, na autonomia dos sujeitos (vínculo e corresponsabilização) (PRADO, 2015), assim como no compartilhamento da produção do cuidado, atuando em conjunto com as eSF/eAB apoiadas, integrando a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e os diversos equipamentos sociais e comunitários do território (SOUZA, CALVO, 2018).

Apointa-se que o NASF não se constitui como unidades físicas independentes, não são portas de entrada do SUS e não devem ter livre acesso para o atendimento individual ou coletivo. As equipes NASF devem utilizar o espaço das USF e do território adscrito, atuando a partir das demandas identificadas em conjunto com as equipes de referência, identificadas dentro do apoio matricial, potencializando a integração nas redes de serviços e intersetoriais da saúde (SOUSA et al., 2017).

No seu processo de trabalho compartilhado e colaborativo, o NASF atua em, no mínimo, duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A dimensão clínico-assistencial vai produzir ou incidir sobre a ação clínica direta com os usuários e a dimensão técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio matricial e educativo com e para as eSF/eAB (BRASIL, 2009).

A dimensão clínico-assistencial ocorre nos momentos em que os profissionais do NASF atuam diretamente junto à população, com atendimentos individuais, visitas em domicílio e atividades de educação em saúde com os usuários. O suporte e aspecto técnico-pedagógico converge aos preceitos da educação permanente em saúde (EPS), que propõe o questionamento acerca da realidade existente, em que a ação e a reflexão da realidade cotidiana do trabalhador e do serviço de saúde promovam uma transformação da realidade (PRADO, 2015).

A proposta técnico-pedagógica do NASF junto às equipes apoiadas visa desenvolver, a partir do cotidiano, processos pedagógicos ao mesmo tempo em que produz cuidado (PRADO, 2015). O trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção do cuidado em saúde, promovendo um processo pedagógico na estrutura organizacional do SUS (FRANCO, 2007).

O apoio matricial caracteriza-se como base de sua atuação, uma proposta de um arranjo organizacional para o trabalho em saúde que visa diminuir a fragmentação do cuidado na saúde (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Compreende-se a ideia de matricialidade em saúde como o estabelecimento de relações não somente verticais, mas também horizontais, remetendo-se à transversalidade do conhecimento, surge como a proposta de operacionalizar a relação entre a equipe apoiadora, equipe de referência e a população, de forma horizontal, e dialógica, integrando conhecimentos e ações (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O estudo de Barros et al. (2015) discorre sobre a perspectiva do matriciamento como eixo estruturante do trabalho no NASF e se debruça a estudar o olhar que os trabalhadores do NASF possuem em torno dessa temática. A maior parte da carga horária das equipes era destinada à participação em reuniões com as eSF referenciadas, enxergando o trabalho em equipe e o desenvolvimento das atividades em coletivo como prioritário.

Cela (2014) discorre que o NASF ao se basear pela lógica matricial, construindo relações de corresponsabilidade em contraponto com as tradicionais relações verticalizadas (inter, intra e entre equipes e usuários), possibilita a superação de velhos entraves nas relações de referência e contra referência no SUS, avançando na direção da integralidade do cuidado.

Dentro do processo de implantação do NASF, a clínica ampliada também é caracterizada como um importante instrumento para construção do novo paradigma proposto à saúde pública e da ESF. Fundada no diálogo entre os diversos saberes que compõem o cuidado integral no processo saúde-doença dos usuários, a atenção a saúde se dá, necessariamente, na articulação entre os profissionais que compõem os serviços, os dispositivos da rede, sem subestimar ou negligenciar o conhecimento da própria comunidade atendida (SUNDFELD, 2010).

A clínica ampliada é enxergada como o compromisso com o sujeito visto de modo singular, com as implicações concretas do cotidiano, suas relações afetivas, seu trabalho, aspectos culturais, entre outros. A clínica ampliada é o reconhecimento dos limites dos conhecimentos técnico em saúde e a necessidade de construções interdisciplinares e intersetoriais. Constitui-se como mais um recurso das diretrizes de funcionamento do NASF

que visa tornar a prática dos profissionais de saúde mais coerentes com o paradigma de cuidado proposto como fundamento do SUS (CELA, 2014).

Patrocínio (2015) discorre que durante o processo de implantação, o NASF pode ter dois modelos de atenção, sendo um voltado à integração apoio matricial e assistência individual, com atividades como consultas clínicas individuais, discussão de casos clínicos, ações clínicas compartilhadas, atividades de educação permanente, discussões sobre o processo de trabalho e visitas domiciliares conjuntas, que está mais próximo do que se preconiza em suas diretrizes no texto político.

O outro modelo se resume a uma concepção dicotômica de matriciamento e assistência individual, com supremacia deste último, resumindo suas atividades a atendimentos individuais, sala de espera, atividades em escolas e visitas domiciliares nem sempre conjuntas (PATROCINIO, 2015). Corroborando com este modelo, Souza et al. (2013) discorrem em seu estudo que há uma tendência de percepção do NASF como um ambulatório, repetindo o que já existe com os outros profissionais da eSF, refletindo dificuldade de compreensão do NASF como o Núcleo de Apoio, que deve, portanto, atuar junto às equipes, operando um trabalho em redes.

Souza e Medina (2018) analisam, em seu estudo, as literaturas produzidas em torno do programa NASF e discorrem sobre a mudança de objeto e enfoque analítico dos estudos. Enquanto no período inicial de implementação as reflexões foram voltadas às características de inserção das categorias profissionais na ESF, a partir de 2013 progrediu para a análise da inserção das práticas de saúde e as relações estabelecidas entre os agentes na atenção primária. Em seu estudo, os autores afirmam a existência de um processo de trabalho desarticulado entre as equipes apoiadas e as equipes NASF, somado a isso, o NASF enfrenta desafios de diversas ordens, tornando seu processo de trabalho fragmentado.

A efetividade do NASF é dependente da relação de parceria estabelecida entre seus integrantes e os profissionais das eSF/eAB e existem condições que tendem a dificultar ou facilitar as relações entre eles, como a formação e experiência profissional, a dinâmica de trabalho das eSF/eAB centradas em práticas curativas e produtividade, com maiores exigências pela gestão de ações assistenciais (ANJOS et al., 2013; LANCMAN et al., 2013).

Os diferentes modelos de conformação e atuação do NASF se configuram como um aspecto importante a ser considerado para definição dos possíveis resultados a serem alcançados. A diversidade de conformações é decorrente dos fatores contextuais referentes à própria complexidade da AB, à falta de compreensão da lógica de atuação do NASF pela eSF, gestores e os próprios trabalhadores do NASF, assim como pelos diferentes interesses em jogo

dos distintos modelos de atenção à saúde vigentes nos municípios (ACIOLE, OLIVEIRA, 2017).

Melo et al. (2018) afirmam em seu estudo que de 2013 até o ano de 2018, observou-se um maior crescimento de NASF em pequenos municípios, e a presença frequente de psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas.

O principal desafio do NASF, dentro do SUS, é priorizar a qualidade, o que exige uma mudança da cultura organizacional do SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Observa-se nas práticas das eSF um trabalho pautado em alcance de metas numéricas baseadas em atendimentos predeterminados (ACIOLE; OLIVEIRA, 2017). O NASF objetiva a superação desta lógica, por meio da problematização do processo saúde/doença junto às eSF e dos usuários, das estratégias de enfrentamento do adoecimento da população, bem como as atividades de prevenção e promoção da saúde, para o aumento da resolubilidade da AB (SILVA et al., 2012).

Em meio às tensões em torno do entendimento do papel do NASF, junto com as dificuldades provenientes das condições de trabalho, os trabalhadores do NASF experimentam, por muitas vezes, o espaço de “não lugar” nas USF, por não se sentirem pertencentes à dinâmica de trabalho e formas de atuação hegemônica no serviço, ser um agente de transformação a partir do apoio matricial e enfrenta resistência por parte da eSF (ACIOLE, OLIVEIRA, 2017; SOUSA et al., 2014).

A publicação recente (2017) da nova edição da PNAB gerou angústia e protestos de pesquisadores do programa NASF. Souza e Medina (2018) afirmam que ainda que não tenha havido mudanças estruturais importantes no NASF, a nova portaria chama a atenção ao fato de que ela amplia a responsabilidade para as eAB e retira o termo apoio de sua nomenclatura, o que gera dúvidas do lugar que o matriciamento passa a ter entre os gestores responsáveis por sua implementação.

Ainda sobre a nova PNAB, Melo et al. (2018) afirmam que esta evidencia retrocessos no âmbito da AB como a relativização da cobertura universal, não obrigatoriedade dos ACS na composição das eSF, fragmentação do processo de trabalho e a possibilidade de padrões distintos de AB. Tais modificações possuem estreita relação com o projeto neoliberal privatista em curso no Brasil, o que traz impactos nas equipes AB e na ESF, colocando em questão direitos, continuidade do cuidado e a qualidade dos serviços prestados no SUS (CECILIO, REIS, 2018; MOROSINI et al., 2018).

2.2 AVALIAÇÃO BASEADA PELA TEORIA

A avaliação de programas sociais inicialmente era baseada unicamente nos efeitos trazidos pelos programas (avaliação de resultados). Este tipo de avaliação se apoia no modelo da caixa-preta, onde a intervenção é impermeável à influência das características do contexto na qual está inserida (CHEN, 1990; DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Para superar esse processo e entendendo a permeabilidade dos contextos no processo de implantação, diversos autores (CHEN, 1990; PAWSON; TILLEY, 1997; ROGERS et al., 2000; WEISS, 1997) se debruçaram no processo de construção de novos modelos de avaliação.

Abordagens baseadas pelas teorias têm sido discutidas na literatura de avaliação há muitos anos (CHEN, 1990; FUNNELL; ROGERS, 2011; ROGERS, 2008; WEISS, 1997). Embora haja pouca concordância na terminologia ou nos conceitos, há consistência nas mensagens principais e concordância sobre o valor das abordagens baseadas pela teoria (CENTRE OF EXCELLENCE FOR EVALUATION, 2012).

A teoria é definida como um conjunto inter-relacionado de pressupostos, princípios e proposições para explicar ou guiar as ações sociais. Ela está relacionada não só com o propósito de descrever e explicar um dado fenômeno, um tipo de teoria descritiva, mas também de uma teoria prescritiva, pois explicita o que deve ser feito ou como melhorar a intervenção (CHEN, 1990).

A avaliação baseada pela teoria traz em seu processo de construção avaliativa a permeabilidade dos contextos políticos e organizacionais que condicionam a intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011; HARTZ, 1999). É entendida como um processo avaliativo guiado por uma teoria ou modelo construído para explicitar os mecanismos em que a intervenção produz os objetivos ou resultados observados.

Possuem dois componentes vitais: o conceitual e o empírico. Conceitualmente, as avaliações baseadas pela teoria devem explicar uma teoria ou modelo do programa. Empiricamente, buscam investigar como os programas produzem os resultados pretendidos ou observados (ROGERS et al., 2000).

Dois ideias-chave que distinguem as abordagens baseadas pela teoria das abordagens tradicionais são a influência do contexto nos resultados do programa e uma abordagem mecanicista, em vez da concepção de causalidade unidirecional para explicação dos resultados encontrados (CENTRE OF EXCELLENCE FOR EVALUATION, 2012).

As avaliações baseadas pela teoria se interessam na explicação dos fenômenos observados, fornecendo vantagens como o aumento do conhecimento das intervenções; indica

a diferença entre o fracasso de um programa e a insuficiência de sua base teórica; esclarece problemas conceituais das medidas; identifica efeitos imprevistos; e ajuda na obtenção de consenso entre os atores (CHEN, 1990; CHEN; ROSSI, 1992; DENIS; CHAMPAGNE, 1997; HARTZ, 1999).

Tais abordagens avaliativas passaram cada vez mais à corrente principal e prática da avaliação, sobre como as intervenções (programas, políticas, iniciativas ou projetos) são projetadas, descritas, medidas e avaliadas. Estas abordagens são promissoras por ajudar os avaliadores a lidar com a variedade de desafios frente a complexidade inerente de certos tipos de intervenções e superar as limitações dos projetos de avaliação experimental (CENTRE OF EXCELLENCE FOR EVALUATION, 2012).

Alkin (2004) organizou o campo teórico da avaliação através da metáfora de uma árvore, apresentando um retrato das teorias existentes para a avaliação com três ramos principais: Métodos, Uso e Valores.

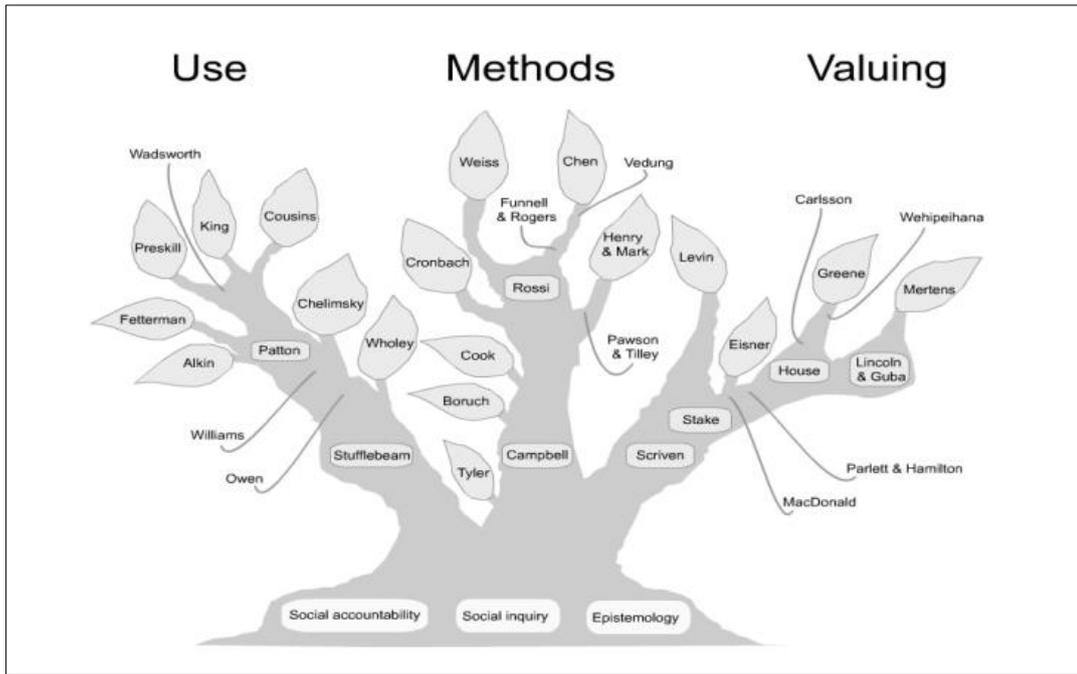
O ramo dos Métodos é povoado pelas teorias que se focam nas metodologias utilizadas e o seu rigor produz conhecimento com credibilidade para os avaliadores. Os teóricos do ramo do Uso perceberam que os avaliadores poderiam seguir rigidamente as regras metodológicas, fruto do pós-positivismo, mas que o resultado de seus estudos não faria menor diferença se não tivesse utilização, dessa forma são as teorias preocupadas com a utilização que os agentes fazem da avaliação (ALKIN, 2004; MERTENS, 2013).

As teorias do ramo dos Valores enfatizam a importância do contexto e das construções de realidade dos diversos interessados como caminho para criação do conhecimento, para que este tivesse credibilidade. Seus teóricos sustentam que o julgamento ou a valorização dos dados é o componente mais essencial do trabalho do avaliador (ALKIN, 2004; MERTENS, 2013).

Alkin (2004) propõe um processo de documentar a evolução das teorias no campo da avaliação, mas foi criticado por não incluir autores de fora da América do Norte e por não ter representações das perspectivas teóricas de profissionais e minorias étnicas ou indígenas (MERTENS, 2013).

Dessa forma, Alkin e Cardem (2012) buscaram aplicar o mesmo modelo conceitual em abordagens de avaliação presentes nos LMICs (Low and Middle Income Countries – países com renda baixa e média), reconhecendo algumas limitações em sua análise e no conhecimento que se tem sobre as abordagens nesses países pela escassez de publicações.

Figura 2 - Árvore Genealógica das Teorias de Avaliação



Fonte: Alkin (2012).

Nos últimos anos, observa-se a grande quantidade de autores no campo da avaliação que se utilizam da teoria como base para as abordagens avaliativas, assim como suas diferentes perspectivas e finalidades. As avaliações baseadas em teoria própria do ramo dos métodos tem ganhado destaque, sendo considerada a 5ª geração da avaliação (BROUSSELLE; BUREGEYA, 2018). Weiss (1997) discorre que a avaliação baseada pela teoria se localiza na necessidade de compreender os pressupostos teóricos do programa para se poder avaliar sua efetividade. A avaliação não só deve responder se o programa funciona ou não, mas trazer explicações dos fatores que o faz funcionar, o porquê do seu êxito e como pode funcionar melhor (SERAPIONE, 2016).

Chen (1990) define teoria como um conjunto de pressupostos, princípios e ou proposições que explicam tudo que deve ser feito para alcançar os objetivos desejados, quais os impactos que podem ser antecipados e como se produz isso. Corroborando com a definição de Chen, Rogers et al. (2000) que definem a teoria como um modelo ou teoria de como a intervenção causa os objetivos ou resultados observados e uma avaliação que seja, ao menos, parcialmente, guiada por este modelo.

A ampla designação do conceito de teoria contempla uma grande variedade de sinônimos usados para descrever tais avaliações, mas atenta para a exclusão das avaliações que explicam a teoria por trás de um programa, mas que não usam esta teoria para orientar a

avaliação (ROGERS et al., 2000). Desta forma define-se avaliação baseada em teoria como “as estratégias avaliativas que use e integre explicitamente as partes interessadas, as teorias das ciências sociais e alguma combinação destas na concepção, condução, interpretação e aplicação de uma avaliação” (CORYN, 2009).

Ainda sobre, Chen (1990) distingue as teorias causais ou descritivas que tem como objetivo explicar as relações entre a intervenção, a implementação e os resultados daquelas teorias normativas ou prescritivas que estão voltadas para definir a imagem-objeto, como devem ser as intervenções, o processo de implementação do programa e os resultados.

Dessa forma a avaliação baseada na teoria se desdobra em duas dimensões: i) a teoria da implementação, que se propõe a analisar a forma como são realizadas as atividades do programa, entendendo que se realizadas com qualidade e de acordo com o plano, os resultados esperados serão atingidos; ii) a teoria do programa, que se desdobra nos mecanismos que intervêm entre a realização das atividades do programa e o alcance dos resultados (SERAPIONE, 2016; WEISS, 1997). A teoria necessária para realizar uma avaliação envolve tanto a dimensão causal quanto a normativa (CHEN, 1990).

Nesse sentido apresenta-se a avaliação Realista, avaliação baseada pela teoria, que se baseia na teoria do realismo crítico, fato que a distingue de outras abordagens de avaliação, pois possui particulares suposições sobre a natureza da realidade e como a causalidade funciona, implicando direcionamentos no desenho, método e utilização da avaliação (PAWSON; TILLEY, 1997).

2.3 AVALIAÇÃO REALISTA

Abordagens de avaliação baseada pela teoria refletem profundamente as premissas filosóficas as quais estão baseadas. O realismo é uma escola filosófica, desenvolvido para estar entre o positivismo, que enfatiza que o conhecimento deve ser adquirido através de fatos observáveis e mensuráveis, e o construtivismo com sua afirmação que toda realidade é socialmente construída através dos sentidos humanos. O realismo se sustenta na existência de um mundo social real, mas que o conhecimento é acumulado e interpretado através de nossos sentidos e filtrados através de nossa linguagem, cultura e experiências passadas (PAWSON, 2006; GREENHALGH et al., 2015).

O realismo crítico é uma corrente filosófica, que emergiu na década de 1970, a partir dos escritos de Roy Bhaskar, em específico a obra *A Realist Theory of Science* (BHASKAR,

1975). Seu objetivo é construir uma descrição realista da ciência fornecendo uma alternativa ao positivismo, assim como aos teóricos do construtivismo.

O realismo vê o agente humano como inserido em uma realidade social ampla, ao qual encontra experiências, oportunidades e recursos, interpretando e respondendo ao mundo social dentro de âmbitos pessoais, sociais, históricos e culturais específicos. Desta forma, diferentes pessoas em diferentes contextos sociais, culturais e organizacionais respondem de maneira diferente às mesmas experiências, oportunidade e recursos (GREENHALGH et al., 2015).

Westhorp (2014) discorre sobre premissas chaves do realismo crítico que refletem nos direcionamentos e definições da avaliação realista:

“O realismo afirma que tanto o mundo material quanto o social são reais, pelo menos no sentido de que qualquer coisa que possa ter efeitos reais é em si reais (pag. 4)”. A avaliação realista tem uma descrição distinta da natureza dos programas e do seu funcionamento, do que está envolvido na explicação e na compreensão dos métodos de pesquisa que são necessários para entender o funcionamento dos programas e dos produtos apropriados da pesquisa de avaliação (CAMPBELL et al., 2000).

Enxerga os programas e políticas como “reais” e podem ter efeitos reais, positivos ou negativos, de maneira intencional ou não intencional. A afirmação também implica que as instituições e construções sociais, como cultura, classe, gênero, religião e etc., têm efeito sobre se e como os programas funcionam (WESTHORP, 2014).

“O realismo reconhece que toda investigação e observação são moldados e filtrados através do cérebro humano e que não há, portanto, uma verdade "final" ou conhecimento (pag. 4)”. A avaliação realista argumenta que é possível trabalhar para uma melhor compreensão de como e porque os programas funcionam, mesmo que nunca possamos encontrar a certeza definitiva ou fornecer fatos irrefutáveis (WESTHORP, 2014).

“O realismo argumenta que todos os sistemas sociais são sistemas abertos. (pag. 4)”. As intervenções são sistemas sociais abertos, onde suas fronteiras são porosas e flexíveis: pessoas, ideias, informações e recursos fluem para dentro e fora. Qualquer resultado que seja observado será sempre o resultado de interações dentro e através dos sistemas, não simplesmente um resultado do programa ou política (WESTHORP, 2014). As intervenções são sistemas abertos, pois não podem ser completamente isolados ou mantidos constantes. São permeáveis a diversos fatores como eventos imprevistos, mudança no cenário político, interações sociais dentro do programa e com outros programas, aprendizado dos profissionais envolvidos, cobertura da mídia, assim como inovações de gerenciamento de desempenho (PAWSON; TILLEY, 2004).

As intervenções são e estão sempre inseridas nos sistemas sociais existentes que sustentam e apresentam os problemas atuais a serem modificados pelas intervenções, é através do funcionamento das relações sociais que qualquer mudança nos comportamentos, eventos e condições sociais são efetuadas (PAWSON; TILLEY, 2004).

A avaliação realista compreende as intervenções também como teorias, que são incorporadas e ativas. São entendidas como teorias incorporadas, pois iniciam nas mentes dos formuladores e passam nas mãos dos implementadores. As teorias se originam a partir da compreensão que as mudanças de comportamentos inadequados, eventos discriminatórios ou desigualdades sociais são possíveis, e move-se para explicar como as mudanças podem ser feitas (MERTENS; WILSON, 2013).

Os efeitos de mudança desencadeados pelas intervenções são geralmente produzidos pelos indivíduos e requer seu envolvimento ativo, por isso dizer que as intervenções são ativas. O desencadeamento da mudança nas intervenções está localizado no raciocínio e recursos daqueles indivíduos que tocados por elas.

Contudo, o realismo traz uma visão sociológica diferente sobre mudança social: os indivíduos assumirem os recursos da intervenção pode ser o impulso de promoção da mudança, mas em que medida essa transformação se manterá depende das circunstâncias sociais do indivíduo, trazendo a permeabilidade que os contextos possuem para as mudanças desencadeadas (PAWSON; TILLEY, 2004).

Nada funciona em todos os lugares ou para todos, o contexto faz toda a diferença para os resultados de uma intervenção. Por consequente, os formuladores de políticas e profissionais precisam entender porque os programas funcionam e não funcionam em diferentes contextos, para estarem melhor equipados na tomada de decisões (WESTHORP, 2014).

O objetivo é fornecer possíveis explicações sobre os sucessos e fracassos da implementação de programas em contextos específicos e os mecanismos em operação que contribuem para produzir resultados observáveis e padronizados (CAMPBELL et al., 2000). Isto é, a avaliação realista não é, 'O que funciona na intervenção?' Ou, "Será que este programa funciona?", mas saber "O que funciona, para quem, em que circunstâncias, em que aspectos, e como? (CONSELHO DE PESQUISA MÉDICA, 2000).

2.3.1 Conceitos chaves da Avaliação Realista

A avaliação realista considera as intervenções como interações sociais sofisticadas entre uma realidade social complexa. Enfatiza quatro conceitos chaves vinculados as intervenções,

para sua explicação e compreensão: “mecanismo” (M), “contexto” (C), “resultado” (R) e a articulação dos três elementos “Contexto-Mecanismo-Padrão de resultado” (CMR) (PAWSON; TILLEY, 1997; 2004).

2.3.1.1 Mecanismo

A avaliação realista crítica a causalidade sequencial do positivismo, segundo o qual o resultado é obtido por meio de uma determinada intervenção. Na abordagem realista, o foco da avaliação se projeta para além da efetividade, mas para a compreensão dos elementos que precisamente possibilitam o funcionamento da intervenção (SERAPIONI, 2016).

Um dos principais dogmas do realismo é a ideia básica de que apenas a evidência observacional não pode estabelecer uniformidades causais entre as variáveis. Pelo contrário, é necessário explicar por que os relacionamentos ocorrem; estabelecer o que acontece no sistema que conecta suas várias entradas e saídas (DALKIN et al., 2015).

Pawson e Tilley (1997) afirmam que os mecanismos descrevem como as intervenções trazem os efeitos. Não são os programas que funcionam, mas os recursos que eles oferecem para capacitar seus sujeitos a fazê-los funcionar. O processo de como os sujeitos interpretam e agem sobre a estratégia da intervenção é conhecido como mecanismo.

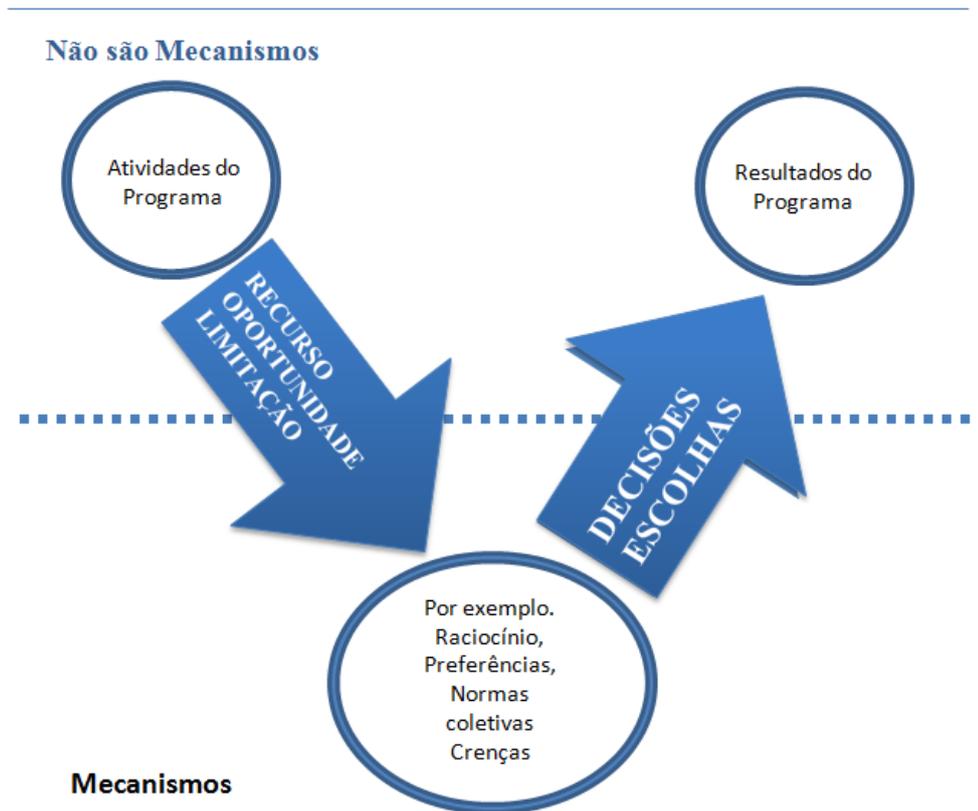
Os mecanismos existem como parte de todo um sistema. Ele é dependente dos outros fatores do sistema, se o contexto, as atividades, os atores não estiverem ou forem alterados, ocorrem mudanças no processo que impossibilita os mecanismos de agirem (WESTHORP, 2014). Os mecanismos não são geralmente visíveis, pois não são as ações e atividades dos programas, eles refletem sobre as maneiras e o porquê daquelas ações atingirem os resultados encontrados.

O realismo crítico reconhece que o funcionamento dos programas e intervenções é permeado pela forma como as pessoas interpretam as atividades e ações, e não as próprias atividades em si que geram as mudanças. As intervenções não emitem uma força causal constante, elas trabalham fornecendo recursos ou oportunidades para as pessoas raciocinarem, tomarem decisões e se comportarem de forma diferente (WONG et al., 2012). Usuários diferentes responderão de forma diferente, alguns serão beneficiados, alguns não e outros podem até ser prejudicados.

A Figura 3 contém a explicação generativa da avaliação realista, esclarecendo o conceito de mecanismo, no qual está situado no espaço entre os recursos, oportunidades ofertadas pelas

atividades do grupo e as decisões e escolhas que os indivíduos tomam a partir destes mecanismos, levando aos resultados encontrados.

Figura 3 – Explicação generativa da avaliação realista



Fonte: Wong, et al. (2012).

Na avaliação realista, idealmente, o avaliador cria hipóteses antecipadamente dos mecanismos que provavelmente irão operar, os contextos em que eles podem operar e os resultados da intervenção. Podem ser destinados e previstos durante o processo de criação da intervenção ou não, podendo gerar resultados positivos e alguns gerando resultados negativos. A avaliação realista direciona os avaliadores a trabalhar em um nível de abstração e considerar os principais mecanismos geradores dos principais padrões de resultados (WESTHORP, 2014).

2.3.1.2 Contexto

Os mecanismos pelos quais um programa opera, pode ser influenciado pelos diferentes contextos aos quais está inserido. O contexto pode influenciar a maneira pela qual, ou até que ponto, uma intervenção é implementada, quem ela atinge, seu alcance e seus resultados. Variações dentro da população alvo (gênero, nível econômico, escolaridade, e assim por diante)

podem influenciar quais mecanismos operam, que é base da pergunta “para quem” na avaliação realista (WESTHORP, 2014).

Enquanto contexto é amplamente conhecido como o ambiente físico e social, o termo é usado de forma diferente por diferentes autores. Øvretveit (2011) define contexto amplamente como todos os fatores que não fazem parte da intervenção. French et al. (2005) definem contexto como o ambiente organizacional, composto de influências físicas, sociais, políticas e econômicas sobre o raciocínio prático e as escolhas dos profissionais sobre como as questões clínicas são abordadas.

A avaliação realista supõe que características do contexto provavelmente afetam como e se um programa funciona e a coleta de dados sobre esses recursos do contexto é imprescindível (WESTHORP, 2014). O realismo sustenta que os mecanismos importam porque geram os resultados e esse contexto importa porque mudam os processos pelos quais uma intervenção produz um resultado (WONG et al., 2012).

O contexto não deve ser confundido com a localidade. Dependendo da natureza da intervenção, o que é contextualmente significativo pode não apenas se relacionar com o local, mas também as relações interpessoais e sociais, condições econômicas, biológicas, tecnologia e assim por diante (DE SOUZA, 2013).

O raciocínio dos beneficiados da intervenção é social e culturalmente condicionado. Pessoas de diferentes grupos culturais, gênero, classes ou situações econômicas podem responder de maneiras distintas para a mesma intervenção e seus recursos. Os valores e crenças, normas, papéis culturais, experiências anteriores e circunstâncias atuais moldam o raciocínio e as decisões dos atores envolvidos no programa, portanto podendo mudar os resultados das intervenções (WESTHORP, 2014).

2.3.1.3 Resultado

Os padrões de resultados compreendem as consequências pretendidas e não intencionais dos programas, resultantes da ativação de diferentes mecanismos em diferentes contextos (PAWSON; TILLEY, 2004). Os programas são sempre introduzidos em múltiplos contextos, onde os mecanismos ativados pelas intervenções variam de acordo com as condições enfaticamente diferentes (RIDDE et al., 2012).

O realismo não depende de uma única medida de resultado para realizar a avaliação e identificar uma falha sobre um programa, nem faz uma distinção dura e rápida entre as saídas (metas de implementação) e os resultados, isto é, as mudanças no comportamento visadas. Os

padrões de resultados podem assumir muitas formas e os programas devem ser avaliados com uma série de resultados e medidas de resultados (PAWSON; TILLEY, 2004).

2.3.1.4 Contexto-Mecanismo-Padrão de resultado: CMR

A avaliação realista se debruça em torno de testes teóricos. O contexto- mecanismo- configuração de padrão de resultado são modelos que indicam como programas ativam mecanismos entre os indivíduos e quais as condições, para trazer alterações em regularidades comportamentais ou de eventos. As proposições trazem juntos mecanismos e contextos relevantes para prever e explicar a variação do padrão de resultados. A avaliação realista, portanto, desenvolve e testa (PAWSON; TILLEY, 1997).

O sinal de uma boa avaliação é que é capaz de explicar a natureza complexa dos resultados dos programas. Idealmente, o avaliador cria hipóteses antecipadamente dos mecanismos que provavelmente irão operar, os contextos em que eles podem operar e os resultados, que serão observados, dessa forma construindo os CMR (MARKS et al., 2000; WESTHORP, 2014).

2.3.2 O ciclo da Avaliação Realista

A avaliação realista pode ser usada em pesquisas prospectivas (em avaliação formativa), simultaneamente (em avaliações somativas) ou retrospectivamente (na síntese de pesquisa) (WESTHORP, 2014).

A pesquisa realista é absolutamente convencional, ao utilizar o ciclo de testes de hipóteses e refinamento. Ela segue quatro etapas principais: a) Formulação da teoria inicial do programa; b) Produção de dados; c) Análise dos dados e validação; d) Refinamento da teoria inicial do programa (PAWSON; TILLEY, 1997; WESTHORP, 2014).

2.3.2.1 Formulação da teoria inicial do programa

A avaliação realista normalmente começa pela formalização da teoria da intervenção a ser testada (WESTHORP, 2014). Existem duas tarefas distintas no desenvolvimento de uma teoria realista. A primeira é entender o básico da teoria da intervenção, por exemplo, “se fizemos ‘x’, ‘y’ vai acontecer, por que...”, o elemento ‘por que’ dessa estrutura é crítico, pois sem ele pode haver uma teoria da ação (“Esperamos isso a ser feito, ou que isso foi feito”) e

não uma teoria de mudança, explicitando os possíveis efeitos da intervenção naquele determinado contexto (PAWSON; TILLEY, 2004).

A segunda tarefa é desenvolver as CMR hipóteses. A teoria é refinada por hipóteses respostas para as quatro questões realista básicas: Para quem esta teoria básica da intervenção funciona e não funciona e por quê? Em que contextos essa teoria da intervenção funcionará e não funciona e por quê? Quais são os principais mecanismos pelos quais esperamos para a teoria da intervenção trabalhar? E, se esta teoria da intervenção funciona, o que nós vemos de resultados? (WESTHORP, 2014).

Uma intervenção pode desencadear múltiplos mecanismos e o funcionamento destes mecanismos, o qual é influenciado pelo contexto que irá determinar o padrão de resultados a ser encontrado. A formulação de CMR hipóteses é o resultado final da teoria inicial do programa (“Neste contexto, esses mecanismos levam a resultados ‘x’, e nesse contexto, os mecanismos levam a ‘y’ resultados”) (WESTHORP, 2014).

Na construção da teoria podem existir várias fontes, incluindo documentos, formuladores do programa, profissionais, estudos de avaliação prévia e literatura das ciências sociais. Desta forma, todas as análises documentais, entrevistas e bibliografias podem ser envolvidas (PAWSON; TILLEY, 2004).

Entrevistas com os formuladores do programa podem ajudar a articular a teoria da intervenção formal em termos CMR. Entrevistas com profissionais são importantes para identificação dos sucessos e falhas dos componentes do programa, que podem levar a hipóteses mais refinadas sobre o funcionamento do programa. Esta fase é a plataforma de lançamento para avaliação realista e é a fase mais distintiva de outras avaliações (PAWSON; TILLEY, 2004).

Os resultados da geração de hipóteses podem ser apresentados como uma tabela listando vários padrões de CMR. No entanto, esta lista não pode ser apresentada como uma lista de contextos ou de mecanismos isolados, cada CMR deve ser articulada como uma frase (“Neste contexto, esses mecanismos geram esse resultado”) (WESTHORP, 2014).

2.3.2.2 Produção de Dados

Uma vez formuladas as CMR hipóteses, o próximo passo é coletar dados que permitirão o interrogatório destas. As CMR hipóteses abrangerão e indicarão os tipos de atores e atrizes que estão envolvidos na intervenção e os locais institucionais onde seja estratégico ser

pesquisado. A coleta de dados tem a tarefa de combinar informações com estes diferentes atores e atrizes e lugares para o teste das hipóteses formuladas (PAWSON; TILLEY, 2004).

A avaliação realista não tem preferência por métodos qualitativos ou quantitativos. Na verdade, ela enxerga mérito em múltiplos métodos, casando o quantitativo e o qualitativo, para que os programas possam ser investigados por diferentes olhares. O equilíbrio preciso dos métodos a serem usados é selecionado a partir da hipótese realista a ser testada e os dados disponíveis (PAWSON; TILLEY, 2004).

Compreender a causalidade é um elemento crítico de uma avaliação realista. Portanto, a coleta de dados precisa se debruçar sobre os mecanismos hipotéticos. Duas estratégias podem ser usadas para projetar a coleta de dados dos mecanismos: a primeira é entender por que o programa deve funcionar de forma diferente para os vários subgrupos ou contextos, identificados na teoria da intervenção; a outra estratégia é coletar informações sobre ou relacionadas ao raciocínio de quem é esperado para tomar uma decisão diferente como resultado da intervenção (por exemplo, beneficiários, prestadores de serviços) (PAWSON; TILLEY, 2004; WESTHORP, 2014).

Na abordagem realista as partes interessadas são consideradas fontes fundamentais para desvelar a teoria da intervenção e fornecer dados sobre como o programa funciona. Contudo, não é assumir que eles são conhecedores de todo o programa, ou que eles concordam em como, para quem e que circunstâncias um programa funcionará. As partes interessadas geralmente têm experiência em fases e processos específicos dentro de uma intervenção. A avaliação realista requer dados sobre processos e resultados, indivíduos, interrelações, instituições e infraestrutura. Para montar esse quebra-cabeça de dados é necessária uma divisão do trabalho de informação e informantes (PAWSON; TILLEY, 2004).

A entrevista realista reconhece o objetivo da avaliação teórica e é isso que molda a relação da pesquisa. As entrevistas objetivam que os sujeitos respondam os interesses do entrevistador, coletando os dados que são relevantes para avaliação e envolve, muitas vezes, o ensino da teoria específica do programa sob teste para que os sujeitos possam produzir respostas relevantes para a CMR em questão. O entrevistado, depois de ter aprendido a teoria sob teste, é capaz de ensinar ao avaliador sobre os componentes de um programa de forma mais abrangente (PAWSON; TILLEY, 2004).

2.3.2.3 Análise dos dados e validação

A terceira etapa da avaliação realista é submeter o pacote de hipóteses CMR a testes sistemáticos, usando o conjunto de dados montado. O objetivo da análise é verificar se o modelo construído explicará a complexidade dos resultados deixados pelo programa (PAWSON; TILLEY, 2004).

Não existe um único método analítico adequado. O design da análise dos dados é uma questão de sutileza das teorias propostas e disponibilidade dos dados. A principal expectativa do realismo é que existirá uma matriz padrão de resultados de sucessos e falhas dentro e entre as intervenções. A forma usual que a análise realista leva é intra-programa, comparações entres grupos e com as comparações baseadas em construtos teóricos do programa (WESTHORP, 2014)

2.3.2.4 Refinamento da teoria inicial do programa

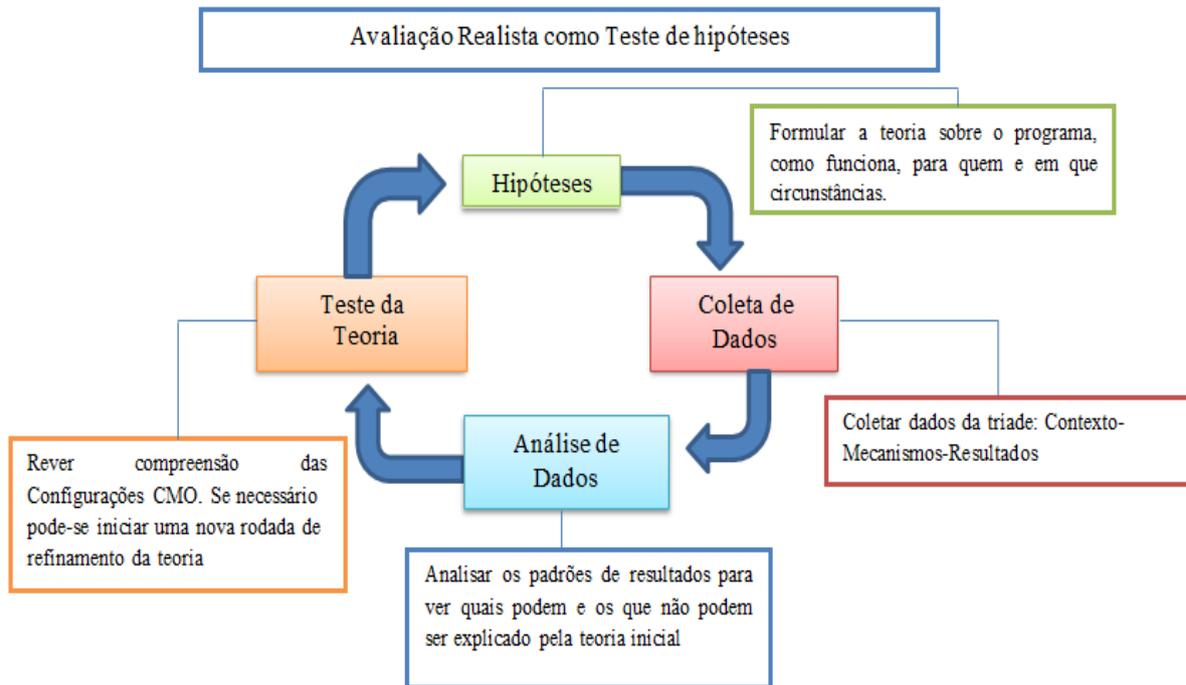
O estágio final é a avaliação da teoria inicial e construção da teoria do programa. Nesta etapa o avaliador precisa investigar se a teoria sobre a intervenção construída foi suportada ou refutada pela análise do processo. Assim como acontece na criação dos programas, podem ser produzidos resultados imprevistos e que são descobertos durante o processo de análise. Dessa forma podem exigir uma revisão da hipótese inicial do desenho (PAWSON; TILLEY, 1997; 2004).

Na fase final da avaliação realista, os resultados são usados para refinar a teoria da intervenção, podendo incluir uma melhor compreensão de quais mecanismos são ou como eles funcionam; identificação de novos mecanismos; melhor compreensão de como os fatores afetam os contextos e quais mecanismos operam; ou uma compreensão mais refinada dos padrões de resultados resultantes da interação de contexto e mecanismo (WESTHORP, 2014).

A fase quatro do processo é sempre um ciclo repetitivo, pois objetiva aproximar cada vez mais da explicação da complexa assinatura dos resultados deixados por uma intervenção, isto pode ser testado em mais de uma rodada de análise no mesmo programa dentro de uma mesma avaliação, ou escolhendo as mesmas teorias em outras abordagens avaliativas (PAWSON; TILLEY, 1997; 2004). Essa etapa objetiva ter a teoria do programa.

A figura 4 apresenta o esquema das etapas a serem seguidas durante a avaliação realista, guiada pelas hipóteses construídas durante a formulação da teoria do programa.

Figura 4 – Avaliação Realista como teste de hipóteses



Fonte: Pawson, Tilley (2004).

3 JUSTIFICATIVA

Dentro do campo de práticas de saúde, o programa NASF configura-se como uma intervenção complexa, com grande capilaridade e abrangência. Seu processo de desenvolvimento é permeado por diversos fatores contextuais e adoção de diferentes mecanismos para alcance dos seus objetivos. As equipes do NASF são fundamentais no processo de produção do cuidado contínuo das famílias, identificando e resolvendo as demandas e necessidades da população de maior relevância e frequência nos territórios adscritos da ESF, promovendo atividades de promoção e prevenção da saúde e atuando no matriciamento das eSF apoiadas pelo programa.

A presente pesquisa científica se justifica devido à necessidade de instalação de processos avaliativos que discutam o desenvolvimento de um programa de saúde, em específico o NASF. A pesquisa produziu uma avaliação mais profunda, trazendo os fatores explicativos dos resultados alcançados pelo NASF, a partir dos mecanismos utilizados pelo programa nos diferentes contextos.

O presente estudo possui um caráter inovador e original, por ser uma das primeiras pesquisas com a abordagem realista em programas de saúde no Brasil, visto serem escassas as publicações nas bases de dados brasileiras. A avaliação realista tem um relato distinto das outras avaliações sobre a natureza dos programas e de como eles trabalham, do que está envolvido na explicação e compreensão dos programas.

Dessa forma, a pesquisa contribui no processo de sistematização de avaliações em saúde baseadas na teoria e que sejam permeáveis aos contextos e mecanismos condicionadores do processo de implantação das intervenções, avançando no processo de operacionalização da abordagem metodológica da avaliação realista em programas de saúde no Brasil.

4 OBJETIVO GERAL

Avaliar o desenvolvimento de uma equipe NASF na cidade do Recife-PE

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Desvelar a teoria inicial da equipe NASF;
- b) Elaborar o modelo de configuração entre contexto, mecanismos e resultados de uma equipe do NASF em Recife-PE;
- c) Identificar as relações entre contexto, mecanismos e resultados de uma equipe do NASF em Recife-PE;
- d) Analisar o padrão de configuração estabelecido pela tríade contexto, mecanismo e resultado de uma equipe do NASF em Recife-PE.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção serão apresentadas e descritas as etapas metodológicas percorridas pela presente pesquisa: os sujeitos do estudo, a descrição da equipe NASF avaliada, as estratégias de coleta, produção e análise dos dados, assim como, as considerações éticas.

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa qualitativa, do processo de desenvolvimento de uma equipe do NASF a partir da tríade Contexto-Mecanismo-Resultados da avaliação realista (PAWSON; TILLEY, 1997), na cidade do Recife-PE.

Conforme destacado no referencial teórico, os estudos que avaliam o desenvolvimento das intervenções com base na avaliação realista objetivam fornecer possíveis explicações sobre os sucessos e fracassos da implementação de programas em contextos específicos e os mecanismos em operação que contribuem para produzir resultados observáveis e padronizados (CAMPBELL et al., 2000).

5.2 ÁREA DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Recife, capital do estado de Pernambuco. Esse município tem uma área territorial de 218,435 km, no qual limita-se com as cidades de Olinda, Paulista, Jaboatão dos Guararapes, São Lourenço da Mata e Camaragibe. Sua densidade populacional foi estimada em 1.625.583 habitantes por km² (IBGE, 2016).

O município está dividido em 94 bairros, que são agrupados em oito Regiões Político-Administrativas (RPA). Para a organização do setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS), totalizando oito DS.

Recife foi escolhido por ser o município capital do estado de Pernambuco, sendo o mais desenvolvido economicamente e de estrutura da atenção básica. De acordo com o Ministério da Saúde, em novembro de 2018, o município do Recife possuía 265 equipes de Saúde da Família implantadas, com uma cobertura de 55,96% da população. Vinculada a essas equipes, o município conta com 20 equipes NASF distribuídas em todo o território coberto pela ESF.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participou do estudo uma equipe NASF, da cidade do Recife, que foi selecionada por meio de sorteio simples. Também participaram do estudo uma das eSF em que a equipe NASF estava vinculada. Essa foi selecionada pelo critério de ter sua sede física no mesmo espaço, usuários do território de abrangência da ESF, assim como os gestores distrital e municipal do programa NASF em Recife-PE.

Antes da coleta de dados, houve o contato prévio com as partes interessadas para confirmação de interesse em participação da pesquisa.

5.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Para entender melhor as relações estabelecidas pela Tríade CMR, que influencia o desenvolvimento e implantação do NASF, é essencial considerar diferentes pontos de vista das partes interessadas e dos vários profissionais sobre o programa, e promover sua participação ativa no processo de avaliação. Pawson e Tilley (2004) afirmam que uma avaliação realista inclui diferentes tipos de participantes, a fim de alcançar os objetivos de pesquisa (PAWSON; TILLEY, 2004).

Como o estudo propõem que os interessados na avaliação tenham ação participativa, desde o período de concepção da pesquisa até a sua realização, considerando o compromisso entre o avaliador e os interessados na avaliação (stakeholders), a avaliação propiciou uma construção coletiva e consensuada entre avaliadores e stakeholders (OLIVEIRA, 2014).

Participaram da primeira etapa da pesquisa, que diz respeito a construção da teoria inicial do programa três integrantes, aos quais foram chamados de informantes: um gestor da Secretaria Estadual de Saúde ligado ao NASF de Pernambuco; um gestor de uma cidade circunvizinha de Recife que coordena o programa NASF; e um trabalhador do NASF de uma cidade circunvizinha de Recife que está no programa há mais de 1 ano.

Foram envolvidos no momento seguinte do estudo: (1) usuários cobertos pelas eSF e eNASF; (2) Trabalhadores da eNASF; (3) Trabalhadores da eSF; (4) Gestores do programa NASF a nível distrital e municipal.

Os critérios de inclusão dos usuários para a pesquisa foram: (1) residentes no território de cobertura da eSF e NASF do estudo há pelo menos 6 meses; (2) Maior de 18 anos; (3) tenham disponibilidade e interesse de participação no estudo.

Os trabalhadores e gestores foram recrutados para que todas as categorias de indivíduos que atuam diretamente ou indiretamente com o programa fossem incluídas. Os critérios de inclusão foram: (1) profissionais de saúde que trabalhem no território adscrito do NASF do estudo; (2) trabalhem no cargo há pelo menos 6 meses; (3) tenham disponibilidade e interesse de participação no estudo.

5.5 PERÍODO DO ESTUDO

O período de estudo foi de janeiro a setembro de 2018, período de revisão da literatura e construção da Pré-teoria inicial; e de outubro de 2018 a janeiro de 2019 foi realizada a etapa de campo coletando dados primários através das oficinas, entrevistas e dos grupos focais.

5.6 DESCRIÇÃO DO CASO

A eNASF avaliada está situada na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco. Sua modalidade é NASF tipo 1 e apoia 9 eSF. A sede física do NASF está localizada na USF ao qual a eSF do estudo está situada, assim como os usuários do território. Sua composição é de 7 profissionais: 2 Terapeutas Ocupacionais (TO), 1 Fisioterapeuta, 1 Psicólogo, 1 Fonoaudiólogo, 1 Nutricionista e 1 Assistente Social (AS).

Os profissionais possuem carga horárias semanais diferenciadas, aos quais são descritas no quadro 1, bem como a escolaridade de cada profissional. Observa-se que a maioria dos profissionais possuem no mínimo especialização e em sua maioria dialogam com a Saúde Coletiva e Saúde da Família.

Quadro 1 - Carga horária e Escolaridade dos profissionais da eNASF

Profissional	Carga- Horária	Escolaridade
Terapeuta Ocupacional	20 horas	Mestranda em Saúde Pública
Terapeuta Ocupacional	20 horas	Especialista em Psicologia Organizacional e do trabalho
Fisioterapeuta	20 horas	Especialista em Saúde da Família
Psicólogo	40 horas	Especialista em Psicologia Clínica
Fonoaudióloga	40 horas	Especialista em motricidade oral com habilitação em disfagia.
Nutricionista	40 horas	Especialista em Saúde Coletiva
Assistente Social	20 horas	Graduação

Fonte: O autor

A eNASF determinou que cada eSF apoiada teria um Técnico de Referência (TR) para estar mais próxima da eSF. Suas funções são condução dos grupos de trabalho e de discussão, bem como diálogo e vínculo com a eSF apoiada. A TR da eSF do estudo é uma das TO.

A eNASF realiza reuniões mensais de discussão de caso e matriciamento, organização e condução de grupos com os usuários (grupos de dor e práticas integrativas), consultas individuais, consultas e visitas compartilhadas com os profissionais da eSF e atendimentos para os próprios profissionais da eSF.

A gestão do programa NASF no município é gerida pela coordenação distrital e municipal. A gestão distrital do programa é ocupada por uma cirurgiã dentista, especialista e mestre em Saúde Coletiva, que está na rede de serviços de saúde do município há mais de 10 anos e na gerência do NASF há 4 anos. A gestão municipal do programa é ocupada por uma enfermeira, especialista e mestre em Saúde Coletiva, está na gestão da saúde do município há 3 anos e a frente do NASF há 1 ano e 6 meses.

As profissionais que estão na gestão do programa NASF no município se mostram capacitadas, com formação, experiências e competências para o gerenciamento do programa, assim como com capacidade para diálogo horizontal com os profissionais e o processo de trabalho tanto da própria eNASF quanto da relação com a eSF e território adscrito.

5.7 PRODUÇÃO DOS DADOS, ANÁLISE E PROCESSAMENTO

Seguindo as recomendações da literatura para avaliações realista, a presente pesquisa seguiu quatro etapas: (1) Desenvolvimento da teoria inicial da equipe NASF; (2) Produção de dados; (3) Análise dos dados e validação; (4) Refinamento da teoria da equipe NASF (PAWSON; TILLEY, 1997; 2004).

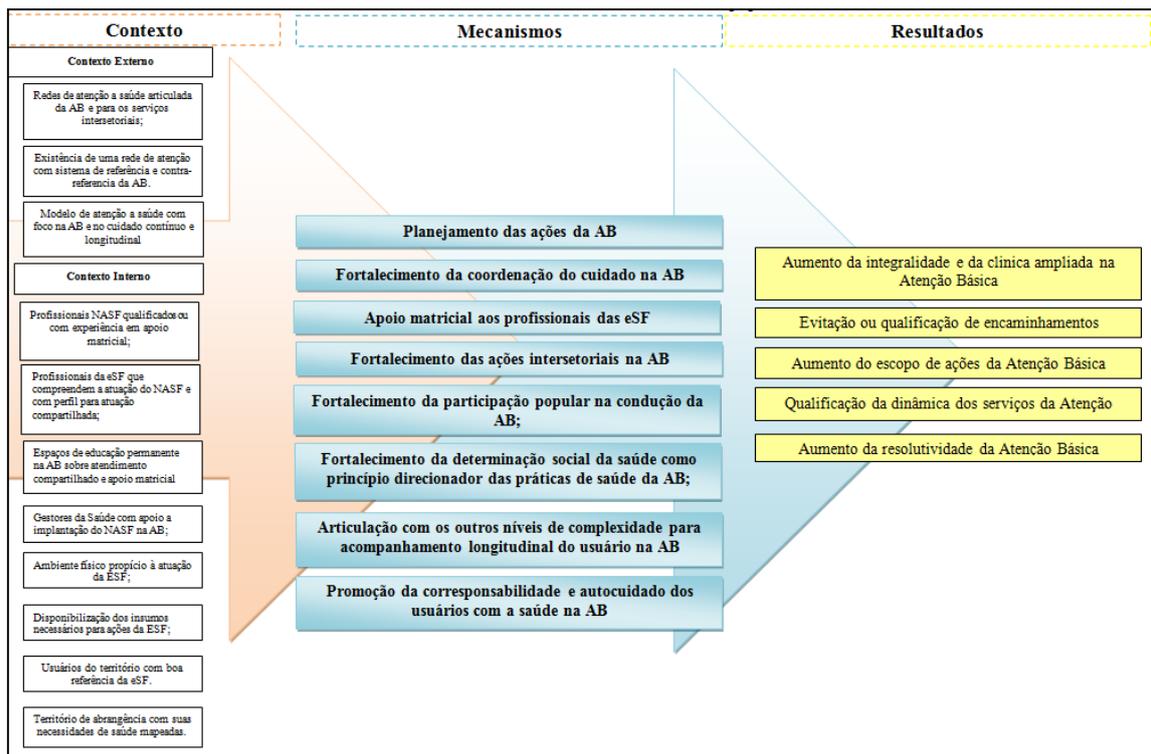
5.7.1 Primeira etapa: Desenvolvimento da teoria inicial da equipe NASF

A pesquisa se iniciou com a formalização da teoria inicial da equipe NASF, através de uma pesquisa documental, identificando os elementos contextuais e mecanismos subjacentes que explicam os resultados do programa, assim como por oficinas coletivas com sujeitos ligados ao programa NASF a nível municipal de cidades circunvizinhas e estadual.

Foram utilizados as portarias e decretos do NASF desde sua criação, documentos normativos que orientam a organização e estruturação do NASF (Apêndice A), a partir do ano

de 2008, assim como do Modelo Lógico do NASF construído e publicado por Correia et al., (2017) no estudo: A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Anexo A) e do modelo teórico publicado por Souza e Calvo (2017) no estudo Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Anexo B). Após a leitura dos documentos, foi construída uma Pré-teoria Inicial com os elementos da avaliação realista (Figura 5) e as CMR hipóteses formuladas (Figura 6).

Figura 5 - Pré-teoria Inicial da equipe NASF



Fonte: O autor

Foram identificados na Pré-teoria Inicial 11 elementos do contexto que podem interferir no processo de desenvolvimento da equipe NASF em seu território. Numa proposta didática e objetivando explicitar os fatores externos e internos do programa, os autores separaram os elementos do contexto em externo e interno.

Como contexto externo foi incluído todos os fatores que ultrapassam os limites da governabilidade e atuação dos atores/atrizes envolvidos (as) no programa NASF. Foram identificados 3 elementos do contexto externo: A existência das Redes de atenção à saúde articulada da AB e para os serviços intersetoriais; A existência de uma rede de atenção à saúde com referência e contra-referência da AB; e o modelo de atenção à Saúde com foco na AB e no cuidado longitudinal. Os 3 elementos do contexto externo dialogam e exprimem a necessidade

de atuação articulada da equipe NASF com a rede de serviços e equipes que compõem a AB e os setores para além da saúde.

Como contexto interno foi incluído todos os fatores que fazem parte da governabilidade e atuação dos atores/atrizes envolvidos (as) no programa NASF. Foram identificados 8 elementos do contexto interno: Profissionais NASF qualificados ou com experiência em apoio matricial; Profissionais da eSF que compreendem a atuação do NASF e com perfil para atuação compartilhada; Espaços de educação permanente na AB sobre atendimento compartilhado e apoio matricial; Gestores da Saúde com apoio a implantação do NASF na AB; Ambiente físico propício à atuação da ESF; Disponibilização dos insumos necessários para ações da ESF; Usuários do território com boa referência da eSF; Território de abrangência com suas necessidades de saúde mapeadas.

Os elementos do contexto interno exprimem fatores relacionados a formação e experiência dos profissionais em trabalhar em equipe, na perspectiva do apoio matricial, dos fatores estruturais dos serviços de saúde, a identificação das necessidades de saúde do território, assim como na identificação e referência que os usuários do território possuem com a ESF.

Foram identificados 8 mecanismos e incluídos na Pré-teoria Inicial: Planejamento das ações da AB; Fortalecimento da coordenação do cuidado na AB; Apoio matricial aos profissionais das eSF; Fortalecimento das ações intersetoriais na AB; Fortalecimento da participação popular na condução da AB; Fortalecimento da determinação social da saúde como princípio direcionador das práticas de saúde da AB; Articulação com os outros níveis de complexidade para acompanhamento longitudinal do usuário na AB; Promoção da corresponsabilidade e autocuidado dos usuários com a saúde na AB.

Os mecanismos da equipe NASF presentes na Pré-teoria exprimem o objetivo primordial dos trabalhadores da equipe em assumirem um papel de articulador da ESF internamente, o fortalecimento das ações intersetoriais e do cuidado contínuo e multiprofissional para com o território.

No que tange os resultados esperados pela equipe NASF foram identificados 5 resultados: Aumento da integralidade e da clínica ampliada na Atenção Básica; Evitação ou qualificação de encaminhamentos; Aumento do escopo de ações da Atenção Básica; Qualificação da dinâmica dos serviços da Atenção Básica; Aumento da resolutividade da Atenção Básica. Os resultados esperados da equipe NASF nesta Pré-teoria inicial exprimem uma qualificação e direcionamento nas atividades e objetivos da AB, produzindo uma política mais qualificada e produzindo uma integralidade do cuidado no território.

Seguindo as recomendações da avaliação realista (PAWSON; TILLEY, 1997; 2004) foram construídos CMR hipóteses, articulando os elementos identificados, exprimindo a relação entre os diversos contextos que permitem a ativação dos mecanismos e produzem os resultados do programa NASF no território e na ESF (Figura 6).

Figura 6 - CMR hipóteses da Pré-teoria inicial da equipe NASF

Contexto	Mecanismos	Resultados
Redes de atenção a saúde articulada da AB e os serviços intersetoriais;	Articulação com os outros níveis de complexidade para acompanhamento longitudinal do usuário na AB Fortalecimento das ações intersetoriais na AB	Evitação ou qualificação de encaminhamentos da AB
Existência de uma rede de atenção com sistema de referência e contra-referência da AB.	Apoio matricial aos profissionais das eSF	Aumento da integralidade e da clínica ampliada na Atenção Básica
Modelo de atenção a saúde com foco na AB e no cuidado contínuo e longitudinal	Planejamento das ações da AB Apoio matricial aos profissionais das eSF	Aumento da integralidade e da clínica ampliada na Atenção Básica
Profissionais NASF qualificados ou com experiência em apoio matricial;	Apoio matricial aos profissionais das eSF	Aumento do escopo de ações da Atenção Básica
Profissionais da eSF que compreendem a atuação do NASF e com perfil para atuação compartilhada;	Fortalecimento da determinação social da saúde como princípio direcionador das práticas de saúde da AB	Aumento da resolutividade da Atenção Básica
Gestores da Saúde com apoio a implantação do NASF na AB;	Articulação com os outros níveis de complexidade para acompanhamento longitudinal do usuário na AB	Qualificação da dinâmica dos serviços da Atenção Básica
Ambiente físico propício à atuação da ESF;	Planejamento das ações da AB Apoio matricial aos profissionais das eSF	Qualificação da dinâmica dos serviços da Atenção Básica
Disponibilização dos insumos necessários para ações da ESF;	Planejamento das ações da AB	Qualificação da dinâmica dos serviços da Atenção Básica
Usuários do território com boa referência da eSF	Promoção da corresponsabilidade e autocuidado dos usuários com a saúde na AB	Aumento da integralidade e da clínica ampliada na Atenção Básica
Território de abrangência com suas necessidades de saúde mapeadas.	Fortalecimento da determinação social da saúde como princípio direcionador das práticas de saúde da AB;	Aumento da integralidade e da clínica ampliada na Atenção Básica
Modelo de atenção a saúde com foco na AB e no cuidado contínuo e longitudinal	Fortalecimento da participação popular na condução da AB;	Qualificação da dinâmica dos serviços da Atenção Básica

Fonte: O autor

Uma vez construída a Pré-teoria inicial a partir da análise documental, esta foi avaliada, através de oficinas, por pessoas ligadas ao programa NASF a nível municipal e estadual que deram subsídios e alteraram os elementos presente na Pré-teoria para a construção da teoria inicial, tais integrantes foram chamados de informantes.

As oficinas são configuradas como ferramentas ético-políticas privilegiadas, pois propiciam a criação de espaços dialógicos de trocas simbólicas e a construção de outras possibilidades de sentidos acerca das temáticas discutidas (SPINK et al., 2014).

Em outras palavras, as oficinas são estratégias facilitadoras das trocas dialógicas e da construção de sentidos, cujos procedimentos metodológicos, parecem articular grupos focais (RESSEL et al., 2008), estratégias de dinâmica de grupo (SPINK, 2003) e rodas de conversa (MÉLLO et al., 2007). Seus efeitos não se limitam aos usos que os pesquisadores podem fazer do material construído, mas também alertam para potenciais transformações nas práticas discursivas geradas naquele contexto, numa fusão inseparável entre a coleta e produção de informações (SPINK et al., 2014).

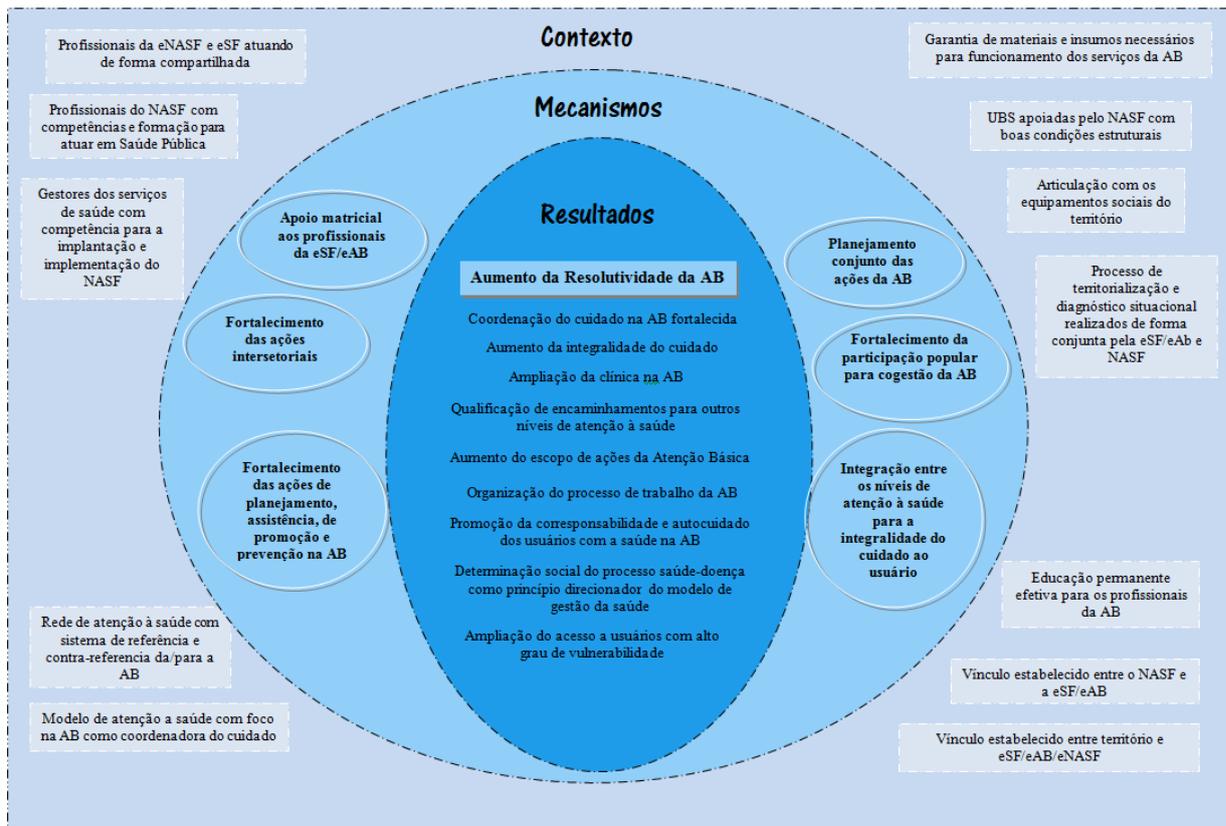
Os informantes participaram de duas oficinas para construção da teoria inicial do NASF. A primeira oficina foi realizada no dia 01/10/2018, às 14 horas, no IAM/Fiocruz-PE, nesta oficina o pesquisador apresentou aos informantes as perspectivas teórico-metodológica da avaliação realista, os elementos da tríade Contextos-Mecanismos-Resultados e a Pré-teoria inicial construída do NASF. A oficina foi gravada pelos pesquisadores da pesquisa.

A partir desta apresentação foi solicitado que os informantes se debruçassem em analisar e melhorar os elementos da Pré-teoria. Os informantes fizeram suas considerações e debateram sobre os elementos presente na Pré-teoria. Ao final, o pesquisador informou que iria consolidar todas as considerações dadas por eles e foi enviado por meio eletrônico o produto para avaliação dos informantes (Apêndices B e C).

A segunda oficina foi realizada no dia 09/11/2018, às 14 horas no IAM/Fiocruz-PE e teve como objetivo o refinamento da teoria construída na primeira oficina. O informante gestor do NASF de uma cidade circunvizinha não pôde está presente nesta segunda oficina, o mesmo enviou suas considerações via e-mail e os outros dois informantes construíram a partir das considerações deste.

Ao fim desta oficina foi consolidado a teoria inicial da equipe NASF e seus elementos do contexto, mecanismos e resultados (Figura 7; Figura 8). A partir dos elementos presente na teoria inicial, foram criados os roteiros dos grupos focais e entrevistas semi-estruturadas da etapa seguinte da pesquisa (Apêndice E e F).

Figura 7 -Teoria Inicial da equipe NASF



Fonte: O autor

Como observa-se na Figura 7, houve uma mudança na disposição do diagrama da teoria, dispondo os elementos do contexto, mecanismos e resultados de forma circular. Os participantes das oficinas tiveram consenso ao afirmar que a equipe NASF e seu processo de implantação e desenvolvimento não seguem uma ordem cronológica e cartesiana de unidirecionalidade, afirmando que o contexto e os mecanismos atuam de forma concomitante e multidirecional, produzindo os resultados descritos.

A divisão em contexto externo e interno, inicialmente apontado pelos pesquisadores, foi retirada. Os informantes entenderam que a separação dos fatores contextuais interno e externo não permitia ilustrar a transversalidade do contexto e de como ele atua e produz sua influência de forma concomitante tanto interna quanto externamente.

Foram descritos na teoria inicial da equipe NASF 12 contextos, 6 mecanismos e 10 resultados. O resultado “Aumento da resolutividade da AB” foi apontado pelos informantes como o principal objetivo que se espera de uma equipe NASF no território de abrangência da AB. Os demais resultados configuram-se como desdobramentos que tornam possível o aumento da resolutividade da AB.

A figura 8 ilustra as CMR hipóteses produzidas pelos informantes. Uma dificuldade sentida pelos informantes e exposta nas oficinas foi a produção das CMR hipóteses numa perspectiva linear e o desafio de elencar como os resultados são produzidos por mecanismos singulares e atuando de forma isolada. O desdobramento desta dificuldade foi a produção de CMR hipóteses com mais de um contexto, mais de um mecanismo ou de um conjunto de resultados para cada CMR hipótese desenvolvida.

Figura 8 - CMR hipóteses da Teoria Inicial da equipe NASF

Contexto	Mecanismo	Resultado
Profissionais da eNASF e eSF atuando de forma compartilhada	Apoio matricial aos profissionais da eSF/eAB	Aumento da integralidade do cuidado
Profissionais do NASF com competências e formação para atuar em Saúde Pública		Ampliação da clínica na AB
Educação permanente efetiva para os profissionais da AB		Determinação social do processo saúde-doença como princípio direcionador do modelo de gestão da saúde
Gestores dos serviços de saúde com competência para a implantação e implementação do NASF	Integração entre os níveis de atenção a saúde para a integralidade do cuidado ao usuário	Qualificação de encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde
Rede de atenção à saúde com sistema de referência e contra-referência da/para a AB	Fortalecimento das ações intersetoriais	
Modelo de atenção a saúde com foco na AB como coordenadora do cuidado	Planejamento conjunto das ações da AB	
Vínculo estabelecido entre território e eSF/eAB/eNASF	Fortalecimento da participação popular para cogestão da AB	Promoção da corresponsabilidade e autocuidado dos usuários com a saúde na AB
Vínculo estabelecido entre o NASF e a eSF/eAB		
Processo de territorialização e diagnóstico situacional realizados de forma conjunta pela eSF/eAb e NASF	Planejamento conjunto das ações da AB	Organização do processo de trabalho da AB
Articulação com os equipamentos sociais do território		Coordenação do cuidado na AB fortalecida
UBS apoiadas pelo NASF com boas condições estruturais	Fortalecimento das ações de planejamento, assistência, de promoção e prevenção na AB	Ampliação do acesso a usuários com alto grau de vulnerabilidade
Garantia de materiais e insumos necessários para funcionamento dos serviços da AB		Aumento do escopo de ações da Atenção Básica

Fonte: O autor

5.7.2 Segunda etapa: Produção de dados

O processo de produção de dados validou e melhorou as informações dos elementos do contexto, mecanismos e resultados descritos na teoria inicial. A medição destes elementos do NASF foi realizada com os usuários cobertos pela eSF apoiada pela equipe NASF do estudo, pelos trabalhadores da eSF, da equipe NASF e dos gestores distrital e municipal, através de grupos focais e entrevista semi-estruturadas.

Foram realizados três grupos focais: um grupo focal com os trabalhadores do NASF com o objetivo de identificar os diferentes elementos do contexto e mecanismos que subsidiam os resultados encontrados; um grupo focal com os trabalhadores da eSF e um grupo com

usuários da ESF ambos com o objetivo de identificar os resultados produzidos pelo NASF aos usuários e profissionais da eSF referenciada, bem como elementos do contexto.

Grupos focais podem ser entendidos como uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais (MORGAN, 1997). Para Kitzinger (2000) o grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico a partir de um grupo de participantes selecionados. Nesses grupos, pode ser possível identificar conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes, e possibilita uma análise em profundidade de dados obtidos nessa situação de interação grupal (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

A escolha na realização dos grupos focais como principal estratégia de coleta de dados se deu, considerando que as percepções, atitudes e opiniões e suas expressões são mais facilmente identificadas durante um processo de interação, como o grupo focal, em que os comentários de alguns sujeitos podem fazer emergir a opinião de outros, além disso, é possível perceber não somente “o quê” pensam os sujeitos, mas os motivos deles pensarem daquela forma (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Com o propósito de validar os elementos do contexto, mecanismos e resultados encontrados e produzidos a partir de uma equipe NASF, a técnica de grupo focal se mostrou eficaz e satisfatória, além disso, tais espaços coletivos de discussão e análise possibilitaram o desenvolvimento crítico dos sujeitos e um processo de auto-análise, principalmente os trabalhadores da equipe NASF avaliada.

O primeiro grupo focal foi realizado com os trabalhadores do NASF, o mesmo ocorreu no dia 03/01/2019 às 14 horas na sede física da equipe. Estiveram presentes 5 profissionais (Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista e Fonoaudiólogo), duas trabalhadoras (Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta) não estiveram presentes por estarem no período de férias.

O segundo grupo focal foi realizado com os trabalhadores da eSF referenciada pela equipe NASF e que abriga em sua estrutura física a sede da equipe NASF, o mesmo ocorreu no dia 21/01/2019 às 14 horas na própria unidade. Estiveram presentes 4 profissionais de saúde (Enfermeira, 2 ACS e 1 ASB), as outras duas ACS e a dentista não estiveram presentes por estarem no período de férias e o profissional médico por ser seu dia de folga.

O terceiro grupo focal foi realizado com os usuários atendidos pela ESF, o mesmo ocorreu no dia 24/01/2019 às 09:00 horas na própria unidade. Os usuários foram convidados

pelos trabalhadores do NASF e eSF a participarem, no momento de espera de sua consulta. Estiveram presentes 4 usuários.

O roteiro da discussão de cada grupo focal foi composto por um elenco de questões abertas com foco nos temas de interesse e em coerência com os objetivos da pesquisa, servindo como guia para o moderador coordenar a discussão (WESTPHAL, 1992).

Os grupos focais foram coordenados pelo próprio pesquisador, que atuou como moderador da discussão, buscando viabilizar que cada participante pudesse expressar suas opiniões e pareceres a respeito do tema proposto e focando os debates para as questões mais pertinentes. Afim de garantir a fidedignidade na coleta dos dados, as discussões foram áudio-gravadas, com o conhecimento e autorização dos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice G).

Os gestores distrital e municipal do NASF foram entrevistados através de um questionário semi-estruturado, com o objetivo de coletar informações que complementem os elementos do contexto e de mecanismos identificados com os trabalhadores da equipe NASF avaliada.

Rosa e Arnoldi (2006) discorrem que a entrevista é umas das técnicas que possui uma forma racional de conduta do pesquisador, previamente estabelecida, para dirigir com eficácia um conteúdo sistemático de conhecimentos, da maneira mais completa possível, com o mínimo de esforço de tempo.

A entrevista pode desempenhar um papel vital para um trabalho científico se combinada com outros métodos de coleta de dados, intuições e percepções provindas delas, melhorando a qualidade do levantamento de dados e de sua interpretação (BRITO JUNIOR; FERES JUNIOR, 2011).

A entrevista com a coordenação distrital do programa NASF ocorreu no dia 18/12/2018 às 15 horas na sede do distrito. A entrevista com a coordenação municipal do programa NASF ocorreu no dia 19/12/2018 às 10 horas na sede da prefeitura do Recife.

O quadro 2 abaixo sintetiza as informações da produção e coleta de dados realizados pela presente pesquisa:

Quadro 2 - Cronograma de oficinas, entrevistas e grupos focais realizadas para coleta de dados no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019, Recife – PE.

Data	Evento	Objetivo	Participantes
01/10/2018	1ª Oficina com os Informantes	Apresentação da pesquisa e das perspectivas teórico-metodológica da avaliação realista; Construção da Teoria Inicial do NASF a partir da Pré-teoria construída pela pesquisa documental.	Pesquisador e os três informantes.
09/11/2018	2ª Oficina com os Informantes	Refinamento da teoria inicial construída na 1ª Oficina com os informantes.	Pesquisador e os dois informantes.
18/12/2018	Entrevista com Coordenação Distrital do NASF	Coletar informações sobre o programa NASF do distrito, elementos do contexto, mecanismos e resultados encontrados.	Pesquisador e Coordenadora Distrital do NASF
19/12/2018	Entrevista com Coordenação Municipal do NASF	Coletar informações sobre o programa NASF do município, elementos do contexto, mecanismos e resultados encontrados.	Pesquisador e Coordenadora Municipal do NASF
03/01/2019	Grupo Focal com Trabalhadores da equipe NASF	Coletar informações sobre a equipe do NASF, elementos do contexto, mecanismos e resultados encontrados.	Pesquisador e 5 trabalhadores da equipe NASF
21/01/2019	Grupo Focal com Trabalhadores da eSF	Coletar informações sobre a equipe do NASF, elementos do contexto, mecanismos e resultados encontrados.	Pesquisador e 4 trabalhadores da eSF
24/01/2019	Grupo Focal com usuários cobertos pela eSF e equipe NASF	Coletar informações sobre a equipe do NASF, elementos do contexto e resultados encontrados.	Pesquisador e 4 usuários do território

Fonte: O autor

5.7.3 Terceira e quarta etapa: Análise e refinamento da teoria da equipe NASF

A terceira etapa da pesquisa consistiu na análise dos dados coletados para identificar e destacar as regularidades e relações entre elementos do contexto, mecanismos e resultados e desenvolvimento das cadeias CMR. A análise dos dados foi feita de forma interativa e não linear.

As categorias utilizadas para análise dos dados foram definidas com base na avaliação realista proposta por Pawson e Tilley (1997) que se orienta por modelos teórico-conceituais inspirados por CMR, o quadro 2 abaixo sistematiza as 4 categorias de análise que foram ser utilizadas.

Quadro 3 - Categorias analíticas, suas definições e operacionalizações

Categoria	Definição	Operacionalização
Contexto	Condições da realidade em que os programas são introduzidos para a operação dos mecanismos;	Condições sociais, ambientais, econômicas e biológicas do território, dos usuários e dos trabalhadores do NASF e eSF em que o programa NASF é implementado.
Mecanismo	Formas em que os componentes ou qualquer conjunto deles, trazem mudanças a partir do programa. A lógica de uma intervenção do programa, as maneiras pelas quais os recursos oferecidos permeiam a mudança;	Lógica de uma ou o conjunto de intervenção/ação do NASF com o objetivo de mudança comportamental e de eventos do território coberto pela USF e dos trabalhadores da eSF.
Resultado	Consequências pretendidas e não intencionais de programas, resultantes da ativação de diferentes mecanismos em diferentes contextos;	Consequências e efeitos encontrados pelo processo de implantação do NASF na equipe eSF referenciada e usuários do território.
Contexto-mecanismo-padrão de resultado (CMOC)	Modelos que indicam a relação dos diferentes contextos associados aos mecanismos do programa que trazem alterações em regularidades comportamentais ou de eventos, a partir do programa.	Cadeias da inter-relação dos contextos apresentados, dos mecanismos escolhidos pelos agentes implementadores e dos resultados encontrados pelo programa NASF na USF e no território de abrangência.

Fonte: Adaptado de Pawson e Tilley (1997).

A análise dos dados foi feita a partir da análise de conteúdo, que permitiu a identificação dos temas recorrentes. Bardin (2009) define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, onde utiliza-se procedimentos sistemáticos e objetivos para descrição do conteúdo das mensagens.

No entanto, a autora acrescenta que a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens, portanto a análise de conteúdo refere-se tanto nos conteúdos, quanto nas figuras de linguagem, entrelinhas e reticências não tão explícitas no texto.

Concordando com esta compreensão, Chizzotti (2005) explica que na análise de conteúdo, as informações são compreendidas no contexto cultural em que os atores sociais as

produzem, buscando verificar como este contexto influencia na forma e no conteúdo dessas informações.

Uma grade de análise semi-estruturada, desenvolvida com a teoria inicial e os conceitos fundamentais da avaliação realista permitiu a codificação dos dados encontrados (Apêndice J). Esse processo facilitou a identificação dos elementos do contexto e mecanismos que influenciam os efeitos do NASF, bem como seus resultados.

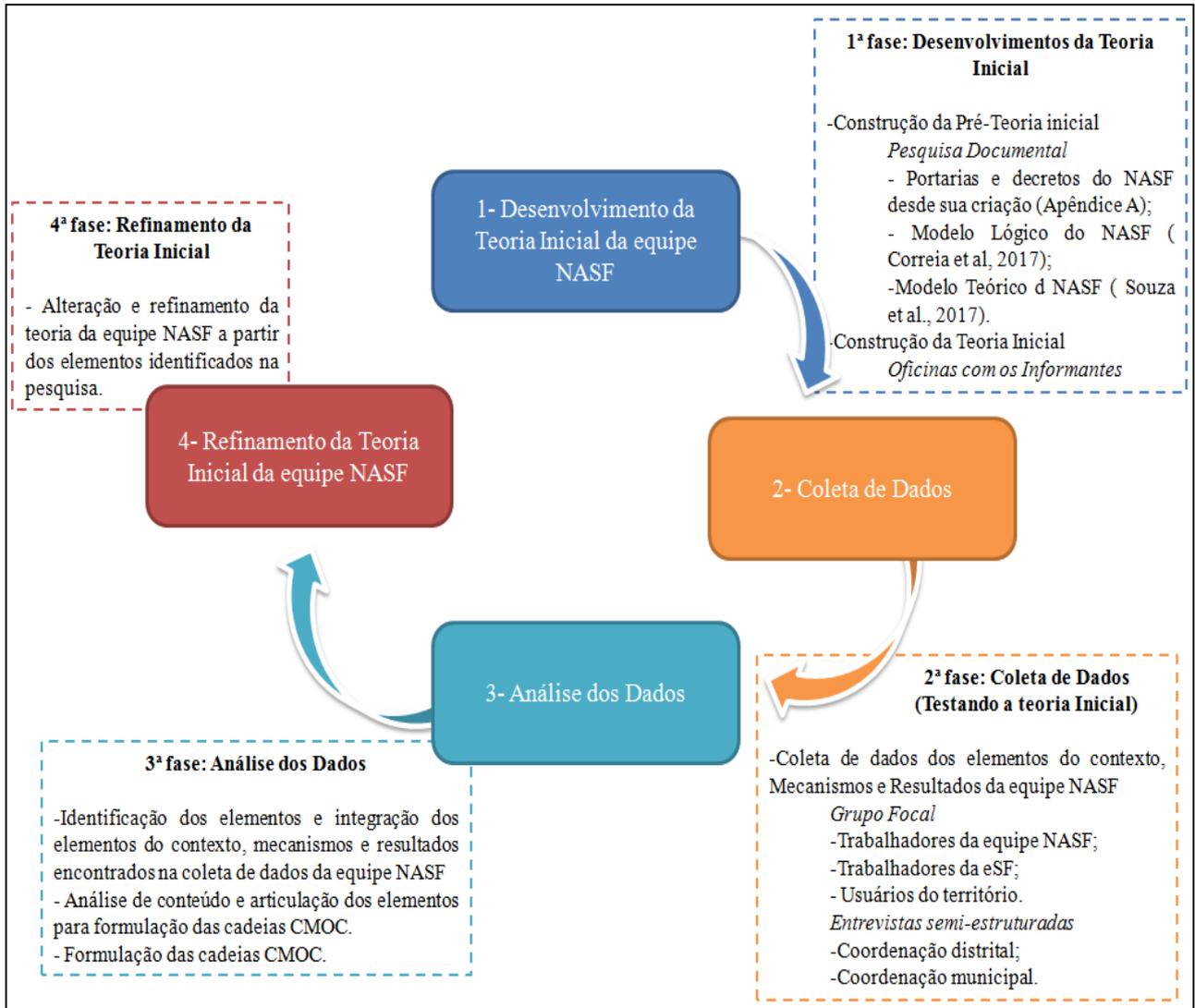
Os grupos focais foram gravados e transcritos pelos pesquisadores envolvidos na pesquisa, a interpretação dos dados se deu através da análise das transcrições verbais, dos debates e falas dos indivíduos participantes dos grupos focais e entrevistas, bem como, das anotações registradas.

A variedade de participação de diferentes partes interessadas envolvidas com o NASF destacou as variadas perspectivas e explicações sobre os elementos contextuais e mecanismos que influenciam e condicionam os resultados obtidos com a implantação do NASF.

A quarta e última etapa, consistiu no refinamento da teoria inicial do programa NASF, acoplando as modificações encontradas por essa pesquisa, introduzindo elementos do contexto, mecanismos, resultados e CMR que não estavam contempladas antes e retirando elementos que não foram encontrados durante a pesquisa.

A figura 9 ilustra todo o percurso metodológico que a presente avaliação realista percorreu para a produção da teoria da equipe NASF.

Figura 9 – Percurso metodológico da Avaliação Realista da equipe NASF



Fonte: O autor

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Na realização deste estudo, foram atendidas todas as considerações éticas e cumprimento dos requisitos da resolução 466/12 e suas complementares. A pesquisa estando dentro da pesquisa maior Avaliação de intervenções de Atenção Primária à Saúde no Estado de Pernambuco, foi aprovada no comitê de ética do IAM/PE, através do CAAE 73416217.3.0000.5190, parecer 2.622.899. Os dados e materiais coletados foram utilizados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

A secretaria de Saúde do Recife foi informada e autorizou formalmente através de uma Carta de Anuência Institucional (Anexo D e C), os pesquisadores receberam a primeira carta em setembro de 2018 (Anexo D), no entanto a partir da mudança no método de escolha da equipe NASF a ser avaliada, houve mudança no distrito ao qual a eNASF está lotada, dessa forma foi solicitado uma nova carta de anuência, obtida em janeiro de 2019 (Anexo C).

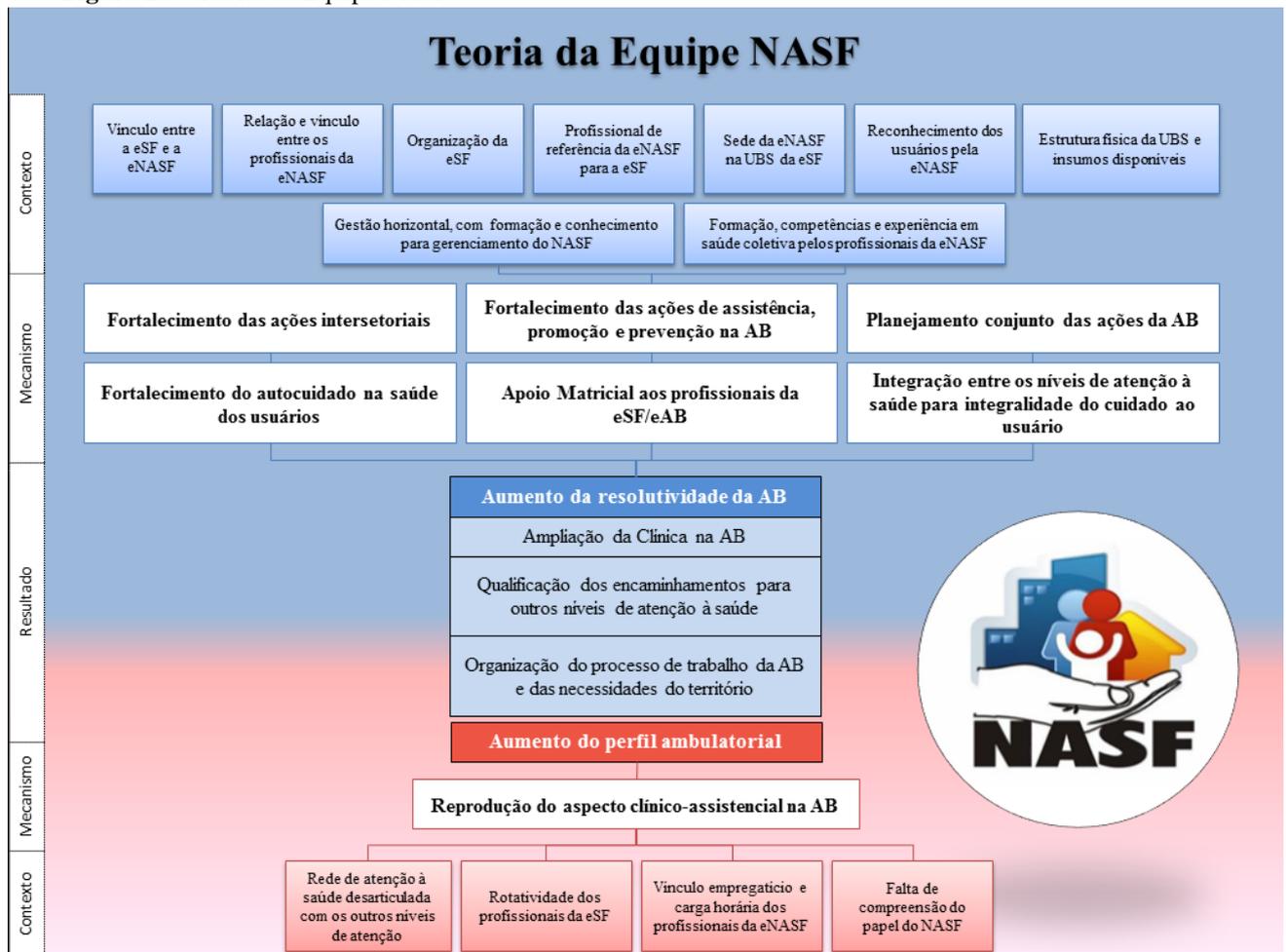
As oficinas com os informantes da teoria inicial, assim como os grupos focais dos participantes e as entrevistas semi-estruturadas com os gestores foram realizadas mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F, G, e H), sendo garantidos o anonimato e sigilo das informações relativas a cada indivíduo.

7 RESULTADOS

Foram identificados 13 contextos que influenciam o processo de desenvolvimento da equipe NASF avaliada, 7 mecanismos e 4 resultados. A figura 10 ilustra a teoria da equipe NASF.

Os resultados encontrados na cor azul representam os efeitos positivos e esperados pelo programa desde sua criação, representados pelo objetivo principal do NASF, o aumento da resolutividade da AB. No entanto, a pesquisa nos mostra que a equipe produz, em concomitância aos resultados esperados, o efeito negativo de aumento do perfil ambulatorial da AB, reproduzindo a lógica de ambulatório em alguns momentos ativados através de contextos específicos apresentado na teoria da equipe NASF.

Figura 10 – Teoria da Equipe NASF



Fonte: O autor

6.1 CONTEXTOS

Apresenta-se o Contexto 1: Formação, competências e experiência em saúde coletiva pelos profissionais da eNASF. A formação e o desenvolvimento de competências na saúde coletiva e atenção básica por parte dos profissionais da eNASF foi identificado como um dos fatores contextuais primordiais para o bom desenvolvimento do programa NASF. A construção do perfil ideal do trabalhador da ESF e do próprio NASF é perpassada pela formação e desenvolvimento de competências, assim como na experiência em trabalhos de apoio, em equipe e conhecimento do próprio território de abrangência.

Quando eu tenho um profissional que tem essa formação em atenção básica, ele consegue entender todos os recursos que eu tenho para a AB. Então tem alguns profissionais que a gente sabe que estão na AB, mas especificamente eles não trabalham dentro do que deveria ser e o que é preconizado como AB [Coordenação Distrital].

Aí eu acho que passa muito pelo processo de formação e identificação desse profissional numa atividade em saúde pública, em saúde coletiva [Trabalhador eSF].

O segundo contexto encontrado foi o vínculo entre a eSF e a eNASF. A construção de vínculo e confiança entre os profissionais da eSF e da eNASF foram colocados como fatores positivos para o desenvolvimento do programa. O fortalecimento do vínculo e confiança possibilita a produção de resultados positivos da eNASF junto a eSF, através do trabalho interdisciplinar compartilhado e matriciamento das demandas do território e da própria eSF.

As equipes foram ganhando confiança a partir de que fomos mostrando que o trabalho da gente funciona, que tem resolutividade para elas poderem estarem criando confiança e vínculo com a gente mesmo [Trabalhador eNASF].

As reuniões mensais de discussão de casos e matriciamento, bem como o diálogo constante entre a eNASF e eSF, fruto da presença física na USF diária e da TR promove o fortalecimento do vínculo e desenvolvimento da estratégia.

E assim, como a gente já tem uma relação de muito tempo com as meninas, as vezes também no intervalo de um mês aparece uma demanda, então a gente se comunica por telefone, tenta antecipar esse agendamento, porque as vezes tem alguns casos que são mais críticos que não dá para virar o mês [Trabalhador eSF].

O vínculo e diálogo entre os profissionais eNASF e a eSF é permeado pelas relações interpessoais e a forma como este dialogo é feito potencializa ou dificulta o funcionamento do programa.

Eu acho que é as relações pessoais, a gente ainda não é habituado a falar de emoções, falar de sentimentos, falar de como aquele outro tá chegando e como isso dificulta ou facilita o meu trabalho [Coordenação Municipal NASF].

Enquanto terceiro contexto encontrou-se a gestão horizontal, com formação e conhecimento para gerenciamento do NASF. A gestão do programa NASF tanto a nível distrital como a nível municipal foram ilustrados como fatores contextuais que potencializam os resultados positivos, ocupando um papel fundamental na condução, desenvolvimento e melhoria da equipe.

Profissionais técnicos com perfil de gestores, formação específica para a Saúde Coletiva, com conhecimento e competências do território foram apontados como essenciais para o bom funcionamento do programa no âmbito da gestão.

Acho que uma chefia boa nos ajuda a trabalhar. Uma chefia que entenda o processo do que é NASF, como funciona e compreenda. Uma pessoa que tenha domínio, tanto de seus profissionais, mas do território [Trabalhador eNASF].

A gestão do programa distrital e municipal possui uma postura técnica, horizontal e dialógica com os profissionais da rede de serviços que impulsiona a produção da eNASF para clínica ampliada com (re)direcionamento do seu processo de trabalho, junto a eSF e ao território.

A gente tem também a coordenação, que também é uma pessoa que tem uma visão bem ampliada. Por exemplo, a gente teve um trabalho aqui com o pessoal da AACD. A gente nunca teve isso. Isso foi uma intermediação que a coordenação fez [Trabalhador eSF].

O quarto contexto encontrado foi a existência de um profissional de referência da eNASF para a eSF. A eNASF do estudo dentro do seu processo de implementação elencou um profissional da eNASF de referência para cada eSF apoiada, como Técnico de Referência (TR). Este profissional é responsável pelo diálogo constante com a eSF, condução da reunião mensal de matriciamento e pelo gerenciamento do processo de trabalho com a eSF.

A gente se divide em técnico de referência, cada profissional tem, uma ou duas eSF dependendo da carga horária, que a pessoa tem, eu sou 20 horas e tenho 1 eSF de referência, Não significa que só o TR vai participar da reunião com a eSF, geralmente outros profissionais podem estar juntos, junto com os residentes, geralmente é mais puxado pelo TR, que já tem uma relação mais próxima com essa equipe [Trabalhador eNASF].

Esta forma de organização incidu positivamente no desenvolvimento da eNASF dentro da eSF apoiada, melhorando o diálogo e fortalecimento do vínculo.

Tinha uma pessoa da equipe que se encontrava com a gente como referência. Eu quero falar com um psicólogo, mas eu não vou direto para o psicólogo. Eu falo com a pessoa da referência, e a pessoa da referência discute o caso na reunião, porque não dá para trazer todo mundo [Trabalhador eNASF].

O quinto contexto encontrado foi em torno da estrutura física da USF e insumos disponíveis. A infraestrutura da USF foi colocada como um fator que incide positivamente no desenvolvimento da eNASF. A equipe possui sala própria, com computadores, mesas redondas, ambiente climatizado e espaço aberto na USF para realização de atividades em grupo. A disponibilização de espaços e insumos incide no incentivo a criação de atividade lúdicas e criativas e levam a ESF e seu território a ir além dos limites das práticas puramente assistencial.

Infraestrutura também é algo que dificulta. Mas eu vejo que, infraestrutura enquanto ponto de apoio, a gente tem em algumas equipes que ainda não tem o ponto de apoio estrutural. Pensando na eNASF avaliada, é uma equipe que tem ponto de apoio, tem uma sala exclusiva pro NASF, tem o computador... [Coordenação Municipal].

Ele (USF) tá bem conservado, bem organizado, bem limpinho [Usuária do território].

Foi relatado que este contexto não necessariamente é fator determinante para o desenvolvimento do programa, existem outras eNASF que não possuem toda a infra-estrutura necessária, mas que realiza um bom trabalho, colocando o contexto 1 de formação e experiência na saúde pública como sendo o fator primordial para seu pleno desenvolvimento. No entanto, este estudo e seus achados na eNASF avaliada, descrevem o presente contexto como primordial para ativação dos mecanismos geradores dos resultados positivos do programa.

Infraestrutura é algo que dificulta, mas eu acho que não é o principal. Eu vejo equipes com ponto de apoio superestruturado, com computador, com tudo certinho e que não desenvolve um bom trabalho. Porque é isso tem essa noção de entender qual o papel do NASF, de ter a formação feita para AB [Coordenação Municipal].

A relação e vínculo entre os profissionais da eNASF, foi encontrado como o sexto contexto. A relação profissional, diálogo e trabalho em equipe entre os profissionais da equipe NASF se mostrou como um fator contextual a ser destacado.

Eu acho que a gente procurar se dar bem, enquanto equipe, enquanto pessoas. Porque se a gente não tiver, mais ou menos, a mesma linha, o mesmo entendimento do que é NASF, do trabalhar, a gente não ia conseguir fazer muita coisa não [Trabalhador eNASF].

O que fortalece a gente realmente é o trabalho em equipe, a gente sabe que pode contar um com o outro, isso ajuda muito para dar resolutividade para o que se está precisando. [Trabalhador eNASF].

A compreensão do trabalho em equipe e o entendimento que a eNASF é feito por indivíduos que precisam trabalhar em conjunto, na mesma direção e com um diálogo constante são características que impulsionam o pleno desenvolvimento da eNASF.

A questão do trabalho de equipe, como eu tenho o entendimento do NASF Núcleo e não do NASF indivíduos, que é uma coisa que é um mecanismo interessante de trabalho, que é importantíssimo para que ele funcione de uma maneira apropriada [Coordenação Distrital].

A Sede da eNASF na USF da eSF se configurou como sétimo contexto. O fator contextual da eNASF estar lotada dentro da USF onde a eSF se encontra foi descrito e identificado como importante para o fortalecimento do vínculo, diálogo e desenvolvimento das atividades no território adscrito pela eSF.

O fato de eles serem sede aqui, isso também ajuda muito, porque a gente consegue se encontrar com eles com mais facilidade, eles se sentem mais à vontade com a equipe, porque a gente se encontra mais vezes... Então, eu acho que isso ajuda pelo fato deles estarem mais perto da equipe [Trabalhador eSF].

O encontro constante nos corredores da sede física da USF melhora a comunicação e o diálogo dos profissionais das duas equipes. Este contexto discorre sobre a importância do pertencimento, confiança e vínculo que é retroalimentado todos os dias.

Quando elas eram no distrito quando elas passaram a ter um ponto de apoio aqui no primeiro andar, mudou. Porque, a gente consegue vê-las com mais frequência, mesmo que elas não venham para a nossa unidade, mas elas estão aí, então a gente fala, a gente lembra, a gente resgata alguma coisa, a gente repassa um recado [Trabalhador eSF].

O reconhecimento da eNASF pelos usuários foi levantado e identificado como o oitavo contexto e um fator importante: por mais que os usuários não compreendam o sentido de equipe NASF e sua função dentro da ESF, estes reconhecem as atividades realizadas pelos profissionais da eNASF.

Eu acho assim, se você chegar por exemplo na recepção e perguntar, mesmo tendo pessoas que já foram atendidas por nós: Oh alguém aqui conhece o NASF? Todo mundo vai ficar cri cri cri, ninguém vai responder. Olhe aqui quem foi pra nutricionista do posto? Para TO, Para Fisio, fono, psicólogo... Ah eu conheço, conheço [Trabalhador do eNASF].

No entanto observou-se a falta de reconhecimento que o território possui no papel do NASF dentro da ESF, enxergando profissionais e suas profissões de forma isolada e fragmentada do cuidado. O que acontece de forma concomitante com a própria eSF e sua supremacia, por muitas vezes, do aspecto clínico - ambulatorial em detrimento das atividades de prevenção e promoção da saúde.

Porque por mais que tenha esses equipamentos já há muito tempo, desde 2010 no território, as pessoas ainda não conhecem muito. E as vezes sabem assim, que tem psicólogo, mas não sabem que tá vinculado ao NASF, não sabem que existe o NASF [Trabalhador do eNASF].

É que tem o médico, a psicóloga, a nutricionista, que a gente não precisa sair daqui para ser atendida em outro canto... É um benefício para a gente [Usuário do território].

Enquanto no contexto encontrou-se a organização das eSF. O processo de trabalho e funcionamento da eNASF depende da organização da eSF, sua agenda de trabalho e o tipo de vínculo construído com o território por parte dos profissionais da eSF.

Eu falo muito a gente se organiza muito no NASF, mas esquece do noivo, que é um casamento com a Saúde da Família, ele é o noivo. A noiva se arruma e esquece do noivo, então a gente está lá, monitorando indicador, tendo reunião de categorias, distrital, isso, e aí quando vai para SF, eles estão em outra lógica... é muito do que a gestão oferece, eles não tem tanta autonomia que o NASF tem [Coordenação Municipal NASF].

A organização da enfermeira da eSF, sua autonomia na coordenação da equipe e do entendimento do papel do programa NASF junto a ESF foi identificado como características que favorecem a atuação da eNASF.

Ela é muito organizada. A consciência das equipes, principalmente das enfermeiras, do papel da gente, dos principais papéis, as vezes elas ainda confunde algumas coisas, mas sabem quando acionar, o que mais ou menos buscar da gente, porque aí fica mais fácil também [Trabalhador eNASF].

E ela tem o domínio do território dela, impressionante. As vezes ela tem mais autonomia e conhecimento do território dela do que do próprio ACS [Trabalhador eNASF].

A rede de atenção à saúde desarticulada com os outros níveis de atenção foi apontado como o décimo contexto. A falta de rede de atenção à saúde articulada com outros níveis de atenção foi ilustrada como um fator que dificulta a atuação do NASF, definindo o perfil de atuação do NASF e seus resultados junto ao território. Este contexto se desdobra no mecanismo de reprodução clínico-assistencial da AB e produz o aumento do ambulatório da ESF.

Isso que eles estão falando é problema de rede, é uma coisa que afeta muito a gente né? que a gente não deve fazer ambulatório. Entre ser NASF, não fazer atendimento, e ser uma pessoa que um bebê que se não for acompanhado ele não vai evoluir, de não precisar de reabilitação contínua, se a gente deixar mais pra frente vai ser pior [Trabalhador eNASF].

A fila de encaminhamentos para a média/alta complexidade, associado ao grande período de espera pelos usuários faz com que os trabalhadores do NASF assumam uma postura clínico-assistencial em comparação ao aspecto matricial do programa. Mas, observa-se que os próprios trabalhadores possuem esse entendimento e procuram realinhar o caminho e estruturar o processo de trabalho com supremacia dos resultados esperados.

Então eu sempre tento balancear mesmo, porque tem momentos que não dar, principalmente na parte da questão cognitiva, que praticamente não tem, mas como vai fazer para com as pessoas que tem demência? Eu vou fingir que elas não existem? Elas existem, elas precisam desse atendimento, então a gente tenta sempre assim, não dar também para realidade de NASF com 9 eSF, é muito complicado você fazer ambulatório [Trabalhador eNASF].

A inexistência da rede e seu grande tempo de espera, impede a produção da integralidade do cuidado ao usuário, dificultando a eNASF e seu papel de articulador da AB para os outros serviços.

É o tempo que passa com esse sistema (marcação de consultas), é que está deixando as pessoas mais doentes ainda... Eu passei um ano aqui no sistema esperando um exame, e era com urgência [Usuário do território].

A rotatividade dos profissionais da eSF, sobretudo de nível superior foi colocado como um fator contextual (Contexto 11) que dificulta a construção do vínculo entre a eSF e eNASF e desta forma atrapalha a construção e desenvolvimento da equipe na ESF.

Existem algumas equipes que tem uma rotatividade, rotatividade profissional, então assim é difícil você vincular uma equipe NASF, quando o médico passa um ano e vai embora? Não tem médico que queira trabalhar, os enfermeiros mudam, por incrível que pareça até enfermagem muda muito, são equipes que são mais mutáveis mesmo, então mais difíceis [Coordenação Distrital].

Conforme já descrito no contexto 4, o desenvolvimento da eNASF está muito atrelado a organização da eSF e da construção do vínculo entre os profissionais, a ruptura constante desta construção pela alta rotatividade dos profissionais incide em seu processo de trabalho e vínculo com o próprio território.

A rotatividade dos profissionais é um dos fatores que dificultam nossa atuação. Isso a rotatividade dos profissionais do nível superior principalmente médico e enfermeiro, muita rotatividade lá, então as pessoas chegam, passam pouco tempo e saem. E aí o próximo que chega, para poder construir vínculo, vínculo com a própria eSF, com os ACS [Trabalhador eNASF].

O vínculo empregatício e carga horária dos profissionais da eNASF foi encontrado como o décimo segundo contexto. O tipo de vínculo de contratação dos profissionais da eNASF foi colocado como fatores que dificultam a permanência dos profissionais no programa. O impacto gira em torno das relações trabalhistas, carga horária de trabalho, instabilidade do profissional, assim como do valor recebido no salário.

A gente tinha uma composição de equipe, e de repente, veio o concurso, ai tira contrato, a gente tem um mixto dentro da composição NASF, eu tenho profissionais concursados, profissionais contratados de N entidades Filantrópicas (Tenho IMIP, Santa Casa, Maria Lucinda, Evangélico). Cada entidade dessa tem um regime de trabalho diferente para o profissional, salário diferente, e isso impacta [Coordenação Distrital].

Dentre os contratados, tenho 4 tipos de contratos diferentes, e aí também a depender se eu sou nutricionista do IMIP eu recebo de acordo com a nutricionista do hospital, se eu sou nutricionista do Evangélico, eu vou receber de acordo com o hospital. Então tem diferença salarial gritante, inclusive de contratado ganhar mais que concursado [Coordenação Municipal].

A carga horária dos profissionais também foi colocada como um fator contextual que dificulta o desenvolvimento da equipe. O fato dos profissionais eNASF terem jornadas semanais diferentes, assim como o compartilhamento da eNASF com as outras eSF foi identificado como aspectos dificultadores do desenvolvimento do programa.

Aí, quando a gente precisa daquele com aquela carga horária, e ele tem que se dividir, aí a gente demora muito para se encontrar. Então, a gente se perde nesse meio do caminho. Então, a carga horária deles é limitada, porque eu acho que tinha de ser tudo igual, dificulta [Trabalhador eSF].

Só queria que fosse um NASF em cada equipe [Trabalhador eSF].

A falta de compreensão, pelos profissionais da eSF, do papel de apoio matricial e fortalecimento das ações da ESF do NASF foram ilustrados como o décimo terceiro fator contextual, ao qual dificulta o processo de desenvolvimento da eNASF.

Porque as nossas eSF elas ainda se prendem muito a questão clínica mesmo e a gente sempre tenta buscar a parte educativa também, que é nossa base [Trabalhador eNASF].

Constatou-se a necessidade contínua, dos profissionais eNASF, de sempre estar relembando o papel de matriciamento e educativo do programa, buscando o redirecionamento do processo de trabalho e do seu papel de fortalecimento da própria eSF e não de fiscalização dos trabalhadores.

No começo, era mais, eles achavam que a gente ia tá aqui para fiscalizar, então eles tinham essa visão, um pezinho atrás. Hoje não, hoje já é outro processo, que a gente esta aqui como parceiro mesmo, para esta junto com eles, e que passa as mesmas dificuldades que eles passam [Trabalhador eNASF].

Observou-se o entendimento do papel de apoio da equipe eNASF, pelos profissionais da eSF, mas que a busca pelo aspecto clínico - assistencial da eNASF durante o processo de trabalho, se deve pela alta demanda por atendimentos do território, associado a falta de rede de atenção à saúde em seus outros níveis, assim como a qualidade do atendimento.

Mas, como a gente tem a média complexidade muito apertada, na realidade o NASF hoje faz pra a gente o que a média complexidade faria, só que com muito mais qualidade... Então, por isso que tem muitas vezes que a gente não bota na regulação, porque elas fazem essa primeira avaliação, e muitas vezes resolvem aqui, sem precisar e pra rede de média complexidade. É uma sobrecarga que não seria a funcionalidade delas, o atendimento sequenciado, mas pela qualidade de atendimento que elas fazem, elas acabam fazendo isso [Trabalhador eSF].

O caráter relativamente recente da intervenção e a falta de formação dos profissionais da ESF para uma clínica e atividade profissional compartilhada e em equipe foram descritos como fatores que impulsionam a falta de compreensão do papel de apoio matricial do NASF dentro da ESF.

Eu acho de verdade que assim o NASF é uma coisa muito nova, o início de implantação foi essa construção do entendimento de como é trabalhar, que as vezes é difícil por exemplo, principalmente para o profissional medico eu chegar e querer fazer consulta compartilhada com outro profissional, essa é uma dificuldade que outros profissionais também apresentaram ou eles as vezes deixar de demandar a equipe porque: olhe porque esse cidadão vai entrar aqui e fazer uma consulta comigo né? Como é que vai ser isso? [Coordenação Distrital].

6.2 MECANISMOS

Foram encontrados 07 mecanismos, o mecanismo 01 encontrado foi: Apoio Matricial aos profissionais da eSF. O apoio matricial aos profissionais da eSF foi identificado como um dos principais mecanismos disparadores dos resultados encontrados e produzidos pela eNASF. A dimensão técnico-pedagógica do programa NASF prever a atuação da eNASF a partir do matriciamento e educação permanente dos profissionais da eSF.

A realização de reuniões mensais para discussão dos casos oriundos do território, assim como as consultas compartilhadas e espaços educativos ofertados pela eNASF avaliada foram identificados como atividades que tinham como lógica de mecanismo de mudança o apoio matricial.

A gente acertou com o NASF uma reunião mensal, e nessa reunião são discutidos os casos que o ACS traz, a demanda dele. O profissional que atende agenda, e aí nesse dia a gente discute. Aí a gente discute o caso, vê quais são os profissionais do NASF que podem atuar naquele caso, e aí as meninas abrem uma agenda, e a gente faz esse primeiro momento compartilhado [Trabalhador eSF].

A ampliação da clínica que é um dos resultados produzidos pela eNASF também foi permeado, além dos outros mecanismos, pelo Apoio matricial e educativo ofertado pela eNASF nas suas ações, produzindo um cuidado mais qualificado e com segurança da eSF.

E eu acho que, em relação ao profissional, eu me sinto muito mais segura, porque a gente começou com coisas pequenas, mas que modificam. Por exemplo, a puericultura... Eu também tenho as meninas da TO, a fisio, a nutrição, que me ajudam na puericultura. Quando eu tenho qualquer coisa fora da “pueri”, eu muitas vezes não mando para pediatria, e às vezes nem envio para a clínica. Eu aciono as meninas, e as meninas fazem a consulta compartilhada, e essa consulta compartilhada amplia também [Trabalhador eSF].

Enquanto segundo mecanismo encontrado tem-se o fortalecimento das ações de assistência, promoção e prevenção na AB. O programa NASF dentro do aspecto clínico-assistencial prevê o fortalecimento das ações de assistência, promoção e prevenção da AB e,

em específico a própria eSF. Tal mecanismo não se caracteriza com a atividade em si, ou com as ações diretas e sem compartilhamento com a eSF, mas a lógica de mudança é o fortalecimento das ações que já são realizadas pela eSF.

Ações como visitas e consultas compartilhadas, rodas de conversas e grupos, promovem a mudança e trazem resultados como a ampliação da clínica, a partir do fortalecimento e ampliação das ações que a eSF realiza.

Agora, eles fortalecem muito a gente para os grupos. O que a gente nota é que eles fortalecem muito o grupo quando a gente quer fazer um grupo diferente. Aí, realmente, as meninas têm uma fala diferente, elas têm uma novidade [Trabalhador eSF].

O fortalecimento destas ações potencializa e amplia a clínica da AB, assim como incentiva os profissionais da eSF e do território a participarem da ESF ativamente.

Eles trazem coisas diferentes, né? Quando eles falam com as mães... Porque é um profissional que tem expertise naquilo, então é um profissional que está trazendo para você... Eu faço questão de assistir [Trabalhador eSF].

A integração entre os níveis de atenção à saúde para integralidade do cuidado ao usuário se configura como o terceiro mecanismo encontrado. O mecanismo de integração entre os níveis de atenção à saúde para integralidade do cuidado ao usuário foi encontrado ao observarmos que durante as reuniões mensais de matriciamento da eNASF junto com a eSF, os profissionais discutem, direcionam e articulam os usuários para os serviços de saúde que extrapolam a ESF e a AB.

Esta rede de serviços dialoga com a própria transversalidade do processo de saúde-doença-cuidado, os usuários necessitam de outros serviços de saúde e de outras áreas fora da saúde, o que dialoga com o mecanismo 5.

Eu acho que a gente também conseguiu fazer com que o usuário circule na rede de forma mais efetiva, porque o NASF também articula muito esse usuário, então um AS que esta com usuário em situação de vulnerabilidade geralmente articula com o CRAS e aí direciona o usuário certo, para falar com tal pessoa no CRAS, a psicóloga que articula com fulaninho certo no CAPS, então ao invés do usuário ficar peregrinando sem saber onde, para onde ir, eu acho que o NASF consegue conduzir esse usuário de uma forma melhor, e aí é através das redes [Coordenação Municipal].

Ao analisar a rede de atenção à saúde, observou-se que ela não é estruturada (Contexto 8) o que dificulta a ativação deste mecanismo. Foi identificado o caráter informal da rede de serviços e seus contatos, desta forma a ativação deste mecanismo é condicionado pela iniciativa de cada eNASF e seus profissionais dentro do território.

É uma rede informal, uma rede invisível, não é uma rede tão institucionalizada como deveria ser, que aí se eu sou do NASF e não tenho contato com ninguém

fica também complicado, deu conseguir articular esse usuário ne? Mas é algo que os profissionais falam muito, isso dessa rede que eles mesmo fazem por conta própria e acaba também que dando vasão a muitos casos [Coordenação Municipal].

O fortalecimento do autocuidado na saúde dos usuários é apontado como o quarto mecanismo de operacionalização da equipe. A proposta do programa do NASF de fortalecimento da ESF e do seu princípio direcionador da integralidade do cuidado perpassa o fortalecimento da corresponsabilidade do cuidado que os usuários possuem com seu corpo e mente. Fortalecer esse autocuidado é um dos mecanismos utilizados pela eNASF avaliada.

Ao conduzir um grupo de dor, oriundo do surto da chikungunha e da cronicidade da dor proveniente dele, a eNASF ampliou a clínica da AB. A oferta de Auriculoterapia e incentivo ao autocuidado em casa, assim como de exercícios físicos e mudança alimentar, significam uma maior autonomia e corresponsabilidade do usuário com seu processo saúde-doença.

É um grupo. Aí depois elas mandaram eu fazer em casa, ensinaram para eu fazer os exercícios em casa mesmo. A hora que eu tenho um tempinho, eu sempre estou fazendo [Usuário do Território].

Enquanto quinto mecanismo tem-se o fortalecimento das ações intersetoriais. A AB compreende o território e todos seus componentes como equipamentos sociais importantes para o fortalecimento e ampliação da atuação da ESF e de seus usuários. A eNASF possui um papel importante na articulação e fortalecimento das parcerias entre a saúde e os diversos serviços públicos e privados que extrapolam os limites da saúde.

A eNASF avaliada realiza ações e articulações constantes entre a ESF e Organizações da Sociedade Civil (ONG), assim como dos serviços públicos que atuam dentro do território adscrito, tais ações são geradas e provocam a mudança no processo de trabalho da própria eSF como do cuidado com o usuário, que amplia o leque de opções e ampliação da clínica.

Teve o grupo aqui que a gente trabalhou com os adolescentes, saúde sexual e reprodutiva também, que a gente teve um resultado muito bom com eles, aqui na ONG aqui próxima [Trabalhador eNASF].

Foram relatadas diversas articulações com creches, universidades, ONGs, Academia da Saúde, entre outros. No entanto, verificou-se a necessidade de reforço do potencial de ampliação da clínica que estas ações possuem no território e da limitação da eSF da visão destas ações, enxergando, muitas vezes, estes equipamentos e atores/atrizes como adversários na disputa pela atenção ao usuário do território.

Aqui também a comunidade tem um perfil que tem muitas ONGs, a gente tem uma concorrência quase que desleal, porque a parte de criança e de jovem, eles aqui tem LBV, tem Pró-Criança, tem a Casa Frei Francisco, tem a Menina Mulher, então, tem outras alternativas que são atividades educativas que

atrelam a um emprego, a um primeiro emprego, atrelam a uma cesta básica, atrelam a um retorno que a gente não tem como manter. Aí, é uma concorrência desleal [Trabalhador eNASF].

Este mecanismo é responsável pela mudança na ampliação da visão de território e de potencial da própria eSF, ao articular novos atores/atrizes e colocar a ESF como ponto de encontro de diferentes serviços.

Então o NASF faz esse papel de articulador, consegue estar beneficiando tanto o usuário em atividades coletivas, atividades compartilhadas, quanto a equipe trazendo outros atores para dentro do território, articulando outros locais, entre o território, para que o NASF, e o SF consiga se ver seu potencial, e acho que articulação tem muito que essa potencialidade do SF ver que não está sozinho, não estou ali sozinho para dar conta de 4 mil pessoas [Trabalhador eNASF].

O planejamento conjunto das ações da AB é apontado como o sexto mecanismo do programa. O planejamento conjunto das ações da AB se configura como um mecanismo importante para fortalecimento e direcionamento das ações da própria eSF e eNASF. As reuniões mensais de discussão de casos, são compartilhadas com a formulação dos PTS (Projeto Terapêutico Singular) e do planejamento das ações da USF no território.

As ações geralmente estão em consonância com o calendário anual do Ministério da Saúde (MS), bem como do perfil e necessidade epidemiológica do território.

A equipe também trabalha muito com a programação nacional assim, saúde do homem, da mulher, planejando atividades e ações no território, ou aqui mesmo com essa população específica [Trabalhador eNASF].

De forma não planejada pelos idealizadores da intervenção, a reprodução do aspecto clínico-assistencial na AB foi encontrado como o sétimo mecanismo. A associação da falta de articulação da rede de atenção à saúde, a fila de espera das consultas e a falta de entendimento do papel do NASF pela eSF em alguns momentos, resulta na ativação deste mecanismo, que é impulsionado pela procura dos usuários por atendimentos individuais

Os profissionais da eNASF assumem, em alguns momentos, esta postura clínico-assistencial e produz um processo de trabalho ambulatorial ao entender que o usuário não irá ter nenhum tipo de cuidado ao sair da ESF ou que irá passar meses para ser atendido na atenção secundária ou hospitalar.

Eu acho assim, a gente já tem as dificuldades que já foram relatadas e assim se a gente fizer isso que ela falou fica a sensação que está sendo omissivo, negligente, tá entendendo? Pelo menos se eu posso fazer esse atendimento, aqueles socorro inicial, aí eu me sentiria culpado se não fizesse [Trabalhador eNASF].

Foi constatado a busca dos profissionais da eNASF pelo balanceamento das duas dimensões do NASF e esforço por um perfil de Apoio Matricial e Educativo em supremacia ao perfil clínico – assistencial, no entanto seu pleno desenvolvimento é dependente dos contextos acima mencionados e ultrapassam a governabilidade dos profissionais e gestão NASF.

Então eu sempre tento balancear mesmo, porque tem momentos que não dar, principalmente na parte da questão cognitiva, que praticamente não tem, mas como vai fazer para com as pessoas que tem demência? Eu vou fingir que elas não existem? Elas existem, elas precisam desse atendimento, então a gente tenta sempre assim [Trabalhador eNASF].

Apesar da atuação ser clínico – assistencial em atendimentos individuais, os profissionais afirmam que não se caracteriza como um ambulatório, pelos usuários não serem atendidos semanalmente. No entanto, observa-se que este mecanismo produz um resultado não esperado pelo programa, ao fortalecer a perspectiva ambulatorial e fragmentada do cuidado na AB.

Pela nossa experiência, não é um ambulatório, a gente não ver semanalmente, aquela mesma pessoa, 2/3 vezes na mesma semana, mês [Trabalhador eNASF].

A falta de entendimento do NASF enquanto apoio da eSF pelos usuários, foi ilustrada ao constatar que hegemonicamente os usuários relataram as atividades de atendimentos individuais feitos e da clínica realizada, em comparação as longas filas de espera dos outros níveis de saúde. Esta limitação é reconhecida pelos profissionais da eNASF que buscam em seu processo de trabalho diário o esclarecimento e ampliação deste entendimento.

Para mim, eles fizeram consulta de nutrição e foi muito bem. A menina me atendeu umas duas vezes já. Toda vez que eu venho, ela sempre fica dizendo o que é a gente pode comer, o que é que a gente pode fazer [Usuário do Território].

Eles aceitam, agora se eles compreendem o processo de NASF, eu acho que não. Eles pensam que a gente é do posto e que vai fazer o acompanhamento lá. Mas, quando chega com esse discurso aí eu digo como é, eles aceitam, mas a gente não sabe se eles aceitam porque não tem alternativa, se eles compreendem, ou se não concordam, mas tão ali porque é o que tem [Trabalhador eNASF].

6.3 RESULTADOS

Foram encontrados 04 resultados produzido pela eNASF avaliada. O primeiro resultado encontrado foi a ampliação da clínica na AB. Dentre os efeitos produzidos pela eNASF avaliada, observou-se a produção da clínica ampliada dentro do escopo de ações da ESF. O NASF

enquanto equipe multiprofissional amplia o cuidado e o acolhimento aos usuários do território e potencializa as ações realizada pela eSF apoiada, produzindo um cuidado que extrapola a assistência à saúde, através de atividades de prevenção e promoção da saúde.

O apoio matricial realizado junto aos profissionais da eSF produz uma qualificação e melhor atendimento junto aos usuários, assim como a articulação com os diversos serviços da saúde e outros setores presentes no território.

A gente começou a ver o grupo da dor, onde eu também comecei a fazer auriculoterapia neles, daí a gente conseguiu fazer a parceria com a Academia da Cidade, para fazer o processo de alongamento e relaxamento muscular, aí a gente começou ampliou as atividades com isso [Profissional eNASF].

E eu acho que, em relação ao profissional, eu me sinto muito mais segura, porque a gente começou com coisas pequenas, mas que modificam. Por exemplo, a puericultura... Eu também tenho as meninas da TO, a fisio, a nutrição, que me ajudam na puericultura e me fazem repensar o meu potencial [Profissional eSF].

A qualificação dos encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde foi encontrado como o segundo resultado produzido. Observa-se que com a atuação dos profissionais da eNASF, a eSF qualificou as demandas enviadas para os serviços de Atenção especializada, realizando um cuidado mais qualificado dentro da AB. Resultou em uma diminuição da fila de espera nos atendimentos para atenção especializada e avanços na garantia do cuidado aos usuários do território.

Facilitou o acesso. Bastante, diminui a fila de espera também. Porque muitas vezes estavam esperando pelo ambulatório e que a gente consegue resolver. Porque muitas vezes a própria unidade fala; Ah não precisa, não vou mais marcar porque já resolveu [Profissional eNASF].

Inclusive no que diz respeito a minha área, a demanda é muito grande de saúde mental e a gente só dependia do ambulatório, que tem lista de espera imensa e de um CAP, alias tem 2, mas assim praticamente 1 não conta. Isso aí eu acho que facilitou tbm, porque tem muita coisa que a gente conseguiu otimizar sem precisar da rede [Profissional eNASF].

No entanto atenta-se que esta qualificação e diminuição da fila de espera para a atenção especializada foi produzida a partir de dois vieses: de um lado o aspecto técnico -pedagógico que qualifica o cuidado prestado através do matriciamento e atividades compartilhadas, de um outro, a reprodução exclusiva do aspecto clínico - assistencial que reverbera numa lógica ambulatorial da AB, desdobrando-se no resultado 4.

Eu acho que ficou melhor, porque antes do NASF, logo bem no início, eu levava os encaminhamentos e as marcações dos especialistas lá para o Gouveia de Barros. Então, se eles precisassem de um ortopedista, de um oculista, de um especialista, então eu levava lá e marcava. Então, isso às vezes levava uma semana, quinze dias... E aqui não. No caso, se precisar de um psicólogo, precisar de uma terapia ocupacional, então a gente já fala na reunião, já deixa marcado, e a gente já vai com a pessoa na casa.

Então assim, eu acho que a assistência ficou um pouco mais restrita à pessoa, que teve mais comodidade nisso aí [Profissional eSF].

A organização do processo de trabalho da AB e das necessidades do território caracteriza o terceiro resultado. A eNASF produz através das reuniões mensais de matriciamento junto a eSF uma melhora na organização do processo de trabalho da AB, ao discutir e planejar as atividades e ações a partir das demandas que o território e seus usuários apresentam.

A existência de uma equipe externa a eSF, que compartilham o mesmo espaço físico e o mesmo território de atuação, mas que em alguns momentos, possuem papéis distintos, produz um redirecionamento da eSF, a partir do olhar externo e matricial do NASF.

Dentro da organização do processo de trabalho da AB, produzido pela eNASF, está inserido as necessidades e demandas apresentadas pelo território, tanto pelos usuários, assim como dos equipamentos sociais que coexistem com a ESF e a USF no território.

A reunião daqui da eSF é na primeira segunda feira do mês, então nós fazemos a discussão com a equipe, dos casos e da própria unidade, devido ao entendimento muito bom que a enfermeira daqui tem do NASF, as vezes a gente fala: Oh mas fulaninho poderia fazer isso, isso, isso, acaba discutindo um pouco esse caso. Então a gente fecha esse processo, trago para reunião daqui da equipe NASF, que acontece toda semana, na quinta feira a tarde, a gente faz nossa reunião eu passo os casos, e ai geralmente eu vou e vou acompanhando, ai durante o mês todinho eu vou pegando as demandas [Profissional eNASF].

De forma contrastante aos outros resultados, foi identificado o aumento do perfil ambulatorial da AB (Resultado 4), produzido e reforçado pela eNASF avaliada. O programa NASF no seu processo de implementação possui duas características principais que devem ser ativadas de forma concomitante: seu caráter educativo e matricial para a AB, e o aspecto clínico-assistencial.

Observou-se que a partir de contextos específicos durante o desenvolvimento da eNASF, o perfil clínico-assistencial se sobressai e produz atividades e ações pautadas unicamente na produção de cuidado e assistência individual e isolada, o que produz um aumento do perfil ambulatorial na ESF.

Tem um problema muito sério com a média complexidade e com a qualidade dessa média complexidade. A gente acaba com uma equipe também tornando o NASF como se fosse a nossa média complexidade. Então, apesar de eles conseguirem fazer ainda, mas de forma bem menor, a parte educativa, a parte de grupo, a gente nota que nós mesmos pedimos mais eles para fazer uma visita, para fazer um atendimento individual [Profissional eSF].

É importante ressaltar que este resultado não se configura como hegemônico aos efeitos encontrados e produzido pela eNASF nesta avaliação realista, observa-se uma eNASF que predominantemente produz os resultados 1, 2 e 3, que juntos produzem o aumento da resolutividade da AB, mas que diminuem seu potencial de resolutividade e matriciamento junto a eSF, pela produção e reforço do atendimento ambulatorial.

6.4 CMR

Foram construídas 6 CMR, nas quais articulam e demonstram como os diferentes 13 contextos influenciam e permitem a ativação dos 7 mecanismos e produzem os 4 resultados encontrados (Figura 11).

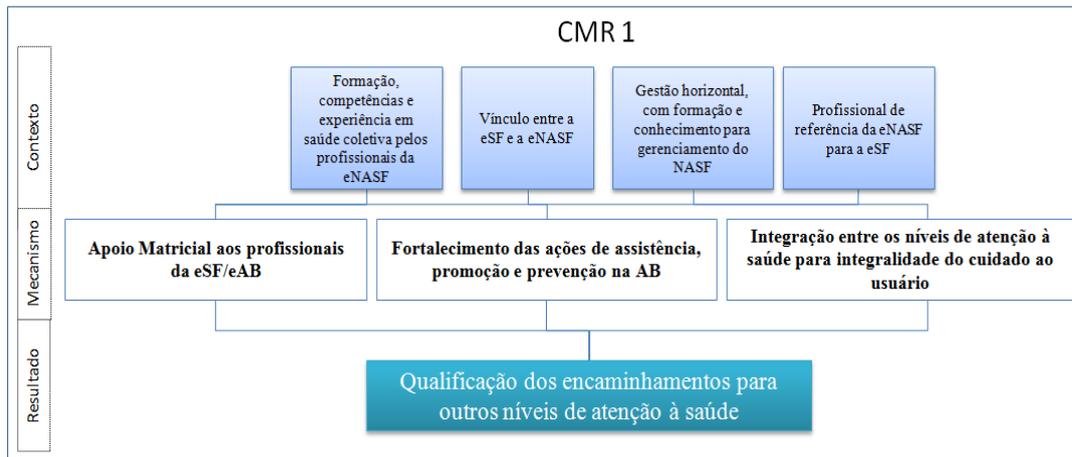
Figura 11 - CMR da Teoria da Equipe NASF

	Contexto	Mecanismo	Resultado
CMR 1	Formação, competências e experiência em saúde coletiva pelos profissionais da eNASF	Fortalecimento das ações de assistência, promoção e prevenção na AB	Qualificação dos encaminhamentos
	Gestão horizontal, com formação e conhecimento para gerenciamento do NASF		
	Vínculo entre a eSF e a eNASF	Apoio Matricial aos profissionais da eSF/eAB	
	Profissional de referência da eNASF para a eSF	Integração entre os níveis de atenção à saúde para integralidade do cuidado ao usuário	
CMR 2	Formação, competências e experiência em saúde coletiva pelos profissionais da eNASF	Apoio Matricial aos profissionais da eSF/eAB	Ampliação da Clínica da AB
	Gestão horizontal, com formação e conhecimento para gerenciamento do NASF		
	Estrutura Física das UBS		
	Profissional de referência da eNASF para a eSF	Fortalecimento das ações de assistência, promoção e prevenção na AB	
	Sede da eNASF na UBS da eSF		
	Relação e vínculo entre os profissionais da eNASF		
CMR 3	Vínculo entre a eSF e a eNASF	Fortalecimento do autocuidado na saúde dos usuários	Ampliação da Clínica da AB
	Formação, competências e experiência em saúde coletiva pelos profissionais da eNASF		
	Reconhecimento dos usuários pela eNASF		
CMR 4	Formação, competências e experiência em saúde coletiva pelos profissionais da eNASF	Fortalecimento das ações intersetoriais	Ampliação da Clínica da AB
	Profissional de referência da eNASF para a eSF		
	Sede da eNASF na UBS da eSF		
	Relação e vínculo entre os profissionais da eNASF	Integração entre os níveis de atenção à saúde para integralidade do cuidado ao usuário	
	Vínculo entre a eSF e a eNASF		
CMR 5	Vínculo entre a eSF e a eNASF	Fortalecimento das ações de assistência, promoção e prevenção na AB	Organização do processo de trabalho e das necessidades do território na AB
	Estrutura física da UBS e insumos disponíveis		
	Organização das eSF	Planejamento conjunto das ações da AB	
	Sede da eNASF na UBS da eSF		
	Profissional de referência da eNASF para a eSF		
CMR 6	Falta de compreensão do papel do NASF	Reprodução do aspecto clínico-assistencial	Aumento do perfil ambulatorial da AB
	Vínculo empregatício e carga horária dos profissionais da eNASF		
	Rede de atenção à saúde desarticulada com os outros níveis		
	Rotatividade dos profissionais da eSF		

Fonte: O autor

O principal objetivo do programa NASF se caracteriza pelo aumento da resolutividade da AB. Ao longo desta pesquisa foram identificados 3 resultados esperados que juntos incidem no aumento da resolutividade da AB, pela atuação da eNASF avaliada no âmbito da ESF. A seguir serão apresentados os CMR 1, 2, 3, 4 e 5 que juntos promovem o aumento da resolutividade da AB.

Figura 12 - CMR 1 A qualificação dos encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde



Fonte: O autor

Ao avaliarmos intervenções complexas tais como o programa NASF e seu desenvolvimento dentro da ESF, encontramos que os mecanismos atuam de forma compartilhada e sua atuação mútua torna possível a produção dos resultados encontrados.

A CMR 1 (Figura 12) ilustra que a qualificação dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção à saúde (R1), resultado produzido e encontrado pela atuação da eNASF na eSF apoiada é produzida a partir da atuação dos três mecanismos: o apoio matricial aos profissionais da eSF (M1), associado ao fortalecimento das ações de assistência, promoção e prevenção (M2) e a integração entre os níveis de atenção à saúde para integralidade do cuidado ao usuário (M3).

Isso facilitou o acesso. Bastante, diminui a fila de espera também (R1). Porque muitas vezes estavam esperando pelo ambulatório e que a gente consegue resolver. Porque muitas vezes a própria unidade fala; Ah não precisa, não vou mais marcar porque já resolveu (M2) [Trabalhador eNASF].

A enfermeira sempre fala que a gente é a referência para ela, que ela manda para fora, quando realmente é para ir (R1), vai pela regulação, para poder ir para o ambulatório em ultimo caso, muitas vezes elas conseguem resolver com a gente mesmo através da discussão nas reuniões também (M1) [Trabalhador eNASF].

E trouxe qualidade, porque é um atendimento diferente. A gente encaminhava e muitas vezes a gente não tinha retorno, não sabia o sequenciamento daquele paciente (R1). Aí a gente tinha um paciente com dor, e a gente sabe o que é que ele tá fazendo, o que ele precisa fazer, e quando é que ele vai voltar. Ele se sente mais confortável,

porque ele sabe que tem um outro profissional além da gente, de referência, e eles já procuram (M3) [Trabalhador eSF].

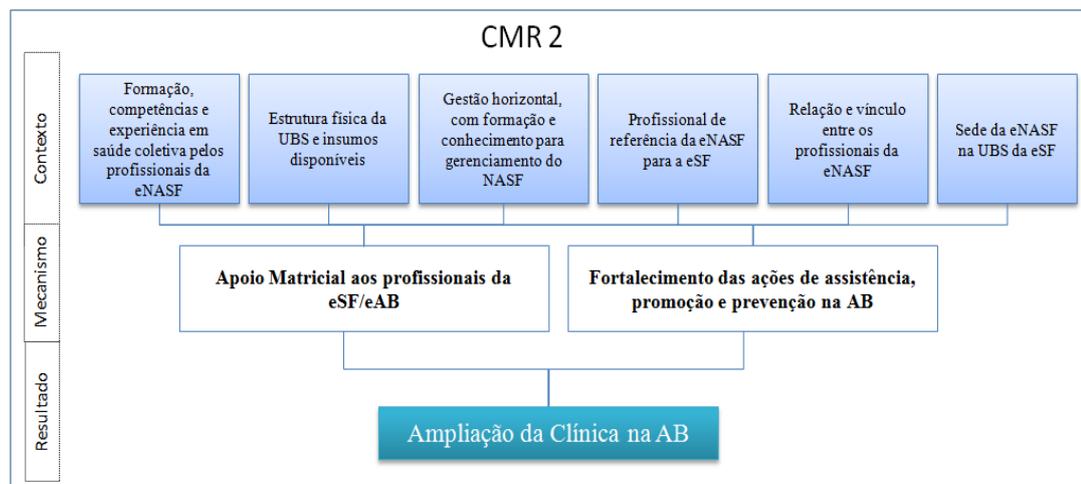
Os contextos presentes na CMR1 são Formação, competências e experiência em saúde coletiva pelos profissionais da eNASF (C1); Vínculo entre a eSF e a eNASF (C2); Gestão horizontal, com formação e conhecimento para gerenciamento do NASF (C3); e Profissional de referência da eNASF para a eSF (C4). Ao analisar as falas dos grupos focais em consonância com as entrevistas com as coordenações municipal e distrital os pesquisadores identificarem estes 4 como elementos contextuais necessários para a ativação dos mecanismos de mudança.

O M1, M2 e M3 só poderão ser ativados em concomitância se os profissionais da eNASF tiveram em seu processo de formação a construção de competências e experiências para o trabalho em equipe e com as singularidades que a AB possui (C1), associado a uma gestão do programa horizontal e com conhecimento para seu desenvolvimento pleno (C4).

O processo de trabalho do NASF e seu papel de apoio para a eSF deve-se antes de mais nada passar pela construção do vínculo, confiança entre as equipes (C2) e que foi potencializado pela determinação de um técnico de referência da eNASF para a eSF (C4).

A ampliação da clínica (R2) caracteriza-se pelo aumento do escopo de ações que a ESF realiza, a melhora na qualidade do atendimento e das atividades individuais e coletivas que são ofertadas no território adscrito e para a própria eSF. Ao analisarmos tal resultado, identificamos que o mesmo é produzido a partir de mecanismos diferentes, associados a contextos específicos (Figura 13).

Figura 13 - CMR 2 - Ampliação da Clínica na AB pelo apoio matricial e fortalecimento das ações



Fonte: O autor

Nesta CMR 2, observa-se que o R2 é ativado a partir do compartilhamento de dois mecanismos M1 e M2, e estes só são ativados dentro da realidade da eNASF a partir dos contextos C1, C5, C3, C4, C6 e C7.

E esse grupo a gente fortaleceu ele nos últimos 2 anos, por causa da história da dor – a história da Chykungya, pegou muita gente aqui com sequela, e aí a gente ficou com a rede sobrecarregada, e muitas vezes as pessoas não veem resposta na fisioterapia, demora para marcar, e aí uma pessoa do NASF, ela tinha a formação de Auriculoterapia, ela fez o curso, e aí ela resolveu colocar em prática (R2). Então, os agentes de saúde iam identificando, o ambulatório ia identificando, e aí foi chamando as pessoas para o grupo (M2) [Trabalhador eSF].

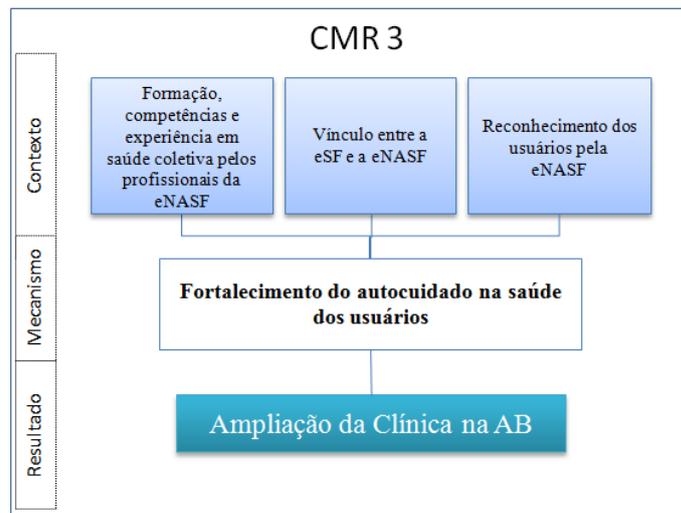
E eu acho que, em relação ao profissional, eu me sinto muito mais segura, porque a gente começou com coisas pequenas, mas que modificam. Por exemplo, a puericultura... Eu também tenho as meninas da TO, a fisio, a nutrição, que me ajudam na puericultura. Quando eu tenho qualquer coisa fora da “pueri”, eu muitas vezes não mando para pediatria, e às vezes nem envio para a clínica. Eu aciono as meninas, e as meninas fazem a consulta compartilhada (M1), e essa consulta compartilhada amplia também (R2) [Trabalhador eSF].

A ampliação da clínica nesta CMR, produzida através da ativação dos mecanismos M1 e M2, são possíveis através da formação e experiências que a eNASF possui dentro da AB (C1), associado a gestão horizontal do programa que atua de forma constante nas discussões e reuniões de eNASF, bem como das reuniões com a própria eSF (C3).

Conforme afirmado acima, a presença de um profissional TR na eSF é primordial para o direcionamento e discussão dos casos e ampliação deste (C4), este vínculo é fortalecido pela presença da eNASF diária na UBS ao qual a eSF encontra-se lotada (C7) e a oferta de insumos e espaço físico propício para as atividades, não só do NASF, mas também da própria eSF (C5).

Ao analisar os dados, identificou-se que a relação interpessoal e vínculo positivo entre os profissionais da eNASF é um contexto importante para a produção do R2, pelo apoio matricial e fortalecimento das ações da eSF. A eNASF precisa se enxergar enquanto equipe e atuar de forma compartilhada e diálogo constante entre os seus componentes, para a partir daí dialogar com a eSF (C6).

Figura 14 - CMR 3 - Ampliação da Clínica na AB pelo fortalecimento do autocuidado



Fonte: O autor

O R2, apresentado na CMR3, é produzido a partir da ativação do Fortalecimento do autocuidado na saúde dos usuários (M3). O programa NASF dentro do seu campo de atuação realiza atividades que potencializa a corresponsabilidade dos usuários com sua saúde e cuidado (Figura 14).

Ao conduzir um grupo de dor e realizar atividades de promoção da saúde, a eNASF avaliada amplia a clínica da AB, através do incentivo ao autocuidado e de mudanças nas práticas alimentares e exercícios físicos.

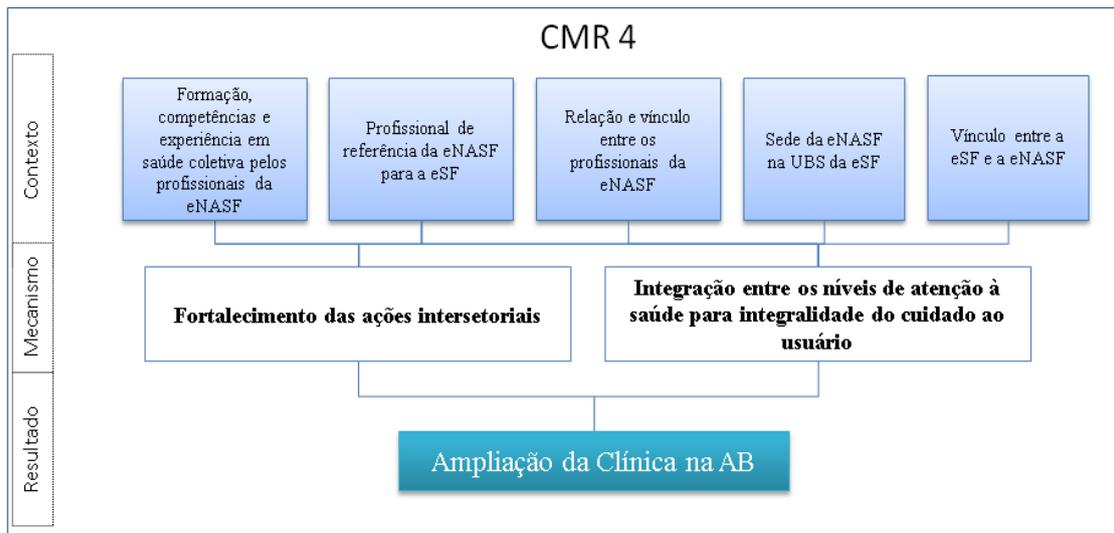
É um grupo. Aí depois elas mandaram eu fazer em casa, ensinaram para eu fazer os exercícios em casa mesmo (M3). A hora que eu tenho um tempinho, eu sempre estou fazendo (R2) [Usuário do Território].

Toda vez que eu venho, ela sempre fica dizendo o que é a gente pode comer, o que é que a gente pode fazer, o que não pode, e ajuda bastante (M3). Pelo menos, na minha, ela ajudou muito, a nutricionista. Aliás, foram duas que me atenderam. Não, tinha três no dia que elas fizeram a consulta, tinha três na sala e me atenderam muito bem. Aí passaram a dieta tudo direitinho, e eu estou conseguindo seguir o que dá, né? O que a gente pode fazer, a gente vai fazendo (R2) [Usuário do Território].

A formação e o desenvolvimento de competências dos profissionais da eNASF se mostra indispensável para a ativação do M3, visto que o entendimento do próprio território e das potencialidades da ESF só serão produzidos, se os profissionais tiverem em seu percurso de formação as experiências, instrumentos e expertises da AB(C1). Ao compartilhar o mesmo espaço, território e objetivos com a eSF, a eNASF precisa construir um vínculo e diálogo aberto com a eSF para o planejamento das ações e melhor diálogo com os usuários (C2).

O território e os usuários precisam enxergar a eNASF como pertencente a ESF e a própria eSF, dando aos profissionais eNASF confiança para o trabalho e realização das atividades educativas e clínico - assistenciais (C8). Os usuários podem até não compreenderem como um todo o papel que o programa e a eNASF possui dentro da USF, mas reconhecem que estes profissionais são partes da equipe e demonstram confiança em suas práticas.

Figura 15 - CMR 4 - Ampliação da Clínica na AB pelo fortalecimento das ações intersetoriais e serviços de saúde



Fonte: O autor

O CMR 4 ainda traz como resultado a Ampliação da Clínica na AB, encerrando as CMR que explicam como o R2 é produzido pela eNASF avaliada. Nesta CMR observamos os mecanismos M3 e o Fortalecimento das ações intersetoriais (M5), ambos mecanismos que discorrem sobre as ações extramuros da própria ESF.

Ainda que a rede de atenção a saúde esteja desarticulada e que os profissionais eNASF precisam criar sua própria rede de contatos para direcionar os usuários e casos que surjam do território (C10), a eNASF avaliada realiza várias articulações com diversos setores públicos e privados, assim como procura diálogo com a rede de atenção a saúde do SUS.

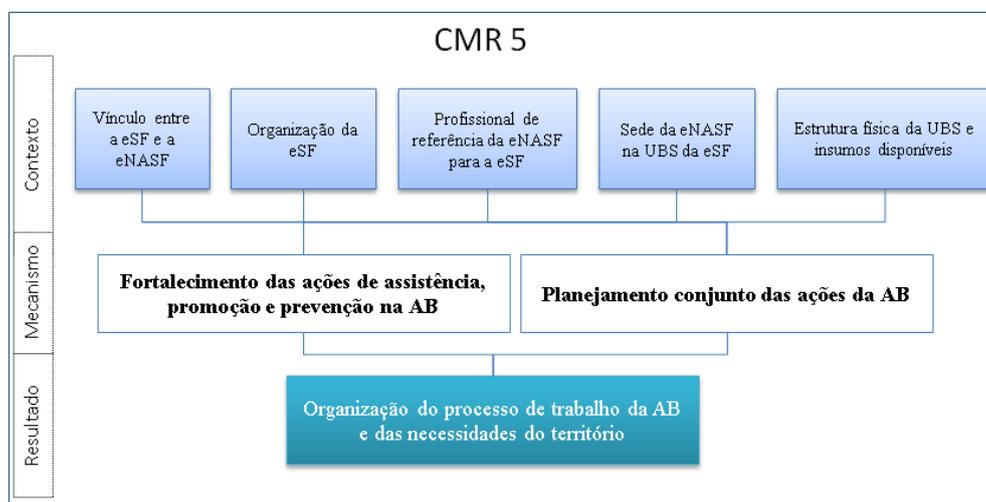
A gente tem um grupo de hipertensos e diabéticos, isso acontece dia de terça-feira com eles (R2), a gente sai daqui, vai para a associação com eles e também um professor de Educação Física, que não faz parte do NASF, mas aí ele é da prefeitura, e é ligado conosco através dos meninos do NASF (M3) [Trabalhador eSF].

Comecei a receber muito paciente devido a Chicungunha e aí começou eu e Julia, que é a Fisio, começou a atender com mais frequência, so que aí acabava sendo ambulatório, aí a gente começou a ver o grupo da dor, onde eu também comecei a fazer auriculoterapia neles, daí a gente conseguiu fazer a parceria com a Academia da Cidade (M3), para fazer o processo de alongamento e relaxamento muscular (R2) [Trabalhador eNASF].

Teve o grupo aqui que a gente trabalhou com os adolescentes, saúde sexual e reprodutiva também, que a gente teve um resultado muito bom com a comunidade (R2), aqui na ONG aqui próxima (M4) [Trabalhador eNASF].

Os contextos presentes nesta CMR dialogam com o que foi descrito nas outras CMR apresentadas. Para ativação dos M3 e M4, os profissionais da eNASF precisam ter formação e competências para as articulações intersetoriais e outros níveis de atenção (C1), é necessário ter se estabelecido um vínculo com os profissionais da eSF (C2), e este é permeado pela presença da TR na eSF (C4) e a presença constante da eNASF na USF (C7), bem como de uma boa relação interpessoal entre os membros da eNASF (C6).

Figura 16 - CMR 5 - Organização do processo de trabalho da AB e das necessidades do território



Fonte: Elaboração Própria.

O CMR 5 ilustra como a organização do processo de trabalho da AB e das necessidades do território (R3) é produzido pela eNASF avaliada, o processo é feito através da ativação dos mecanismos M2 e do planejamento conjunto das ações da AB (M6). A eNASF planeja e fortalece as ações que irão ser realizadas junto a eSF a partir das demandas colocadas nas reuniões mensais.

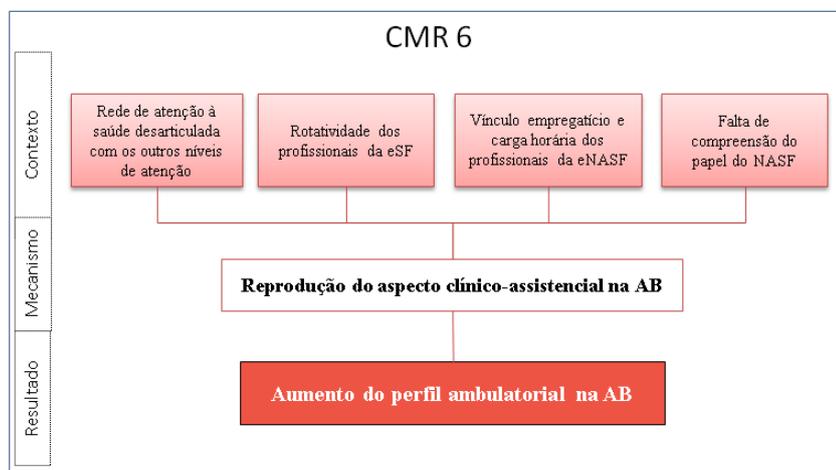
Os casos vêm na gente na reunião de equipe (M2 e M6), as vezes a equipe identifica para um profissional, mas na reunião a gente identifica que outras profissionais podem participar (R3) [Trabalhador eNASF].

A reunião daqui da eSF é na primeira segunda feira do mês, então eu faço a discussão com a equipe, geralmente está a enfermeira, os ACS, técnico de enfermagem, dentista, o médico não participa, raramente. Ai você tem as discussão de caso e devido ao entendimento muito bom que a enfermeira daqui tem do NASF, as vezes a gente fala: Oh mas fulaninho poderia fazer isso, isso, acaba discutindo um pouco esse caso.(M6) Então a gente fecha esse processo, trago para reunião daqui da equipe NASF, que acontece toda semana, na quinta-feira a tarde, a gente faz nossa reunião

eu passo os casos, e ai geralmente eu vou e vou acompanhando, ai no mês todinho eu vou pegando e uma semana antes eu já pego a devolutiva com eles, ah oh eu vi fulano, vou ter que marcar uma devolutiva, já dei alta, não precisa mais, e eu sempre levo de novo na reunião (M2), dando a devolutiva e pego um caso novo que tiver (R3) [Trabalhador eNASF].

O R3 produzido pela eNASF atrelado a ativação dos M2 e M6 é permeado pelos contextos C2, C9, C4, C7 e C5 que discorrem sobre o vínculo e confiança estabelecido entre a eNASF e a eSF, bem como da organização da eSF e a infra-estrutura e insumos disponibilizados pela ESF.

Figura 17: CMR 6 - Aumento do perfil ambulatorial na AB



Fonte: Elaboração Própria

De forma concomitante e contrastante dos outros CMR, foi identificado o aumento do perfil ambulatorial da AB (R4), ao qual foi colocado como o resultado 4 e que é permeado pela reprodução do aspecto clínico-assistencial na AB (M7).

A presente avaliação durante seu percurso metodológico encontrou elementos favoráveis a produção dos resultados esperados, resultados estes que a própria normativa do programa NASF indica. No entanto dentro do processo de avaliação, verificou-se a presença de fatores contextuais que impulsionam a eNASF a ativar o M7, relacionado com a supremacia da dimensão clínico - assistencial em dados momentos do trabalho, em comparação ao seu teor educativo e matricial.

Apesar da eNASF produzir os resultados R1, R2 e R3 que reverberam no aumento da resolutividade da AB, ela de forma concomitante e antagônica reproduz e reforça um perfil ambulatorial e marcado muitas vezes por consultas individuais.

A falta de rede de atenção à saúde articulada (C9), junto a falta de compreensão por parte da eSF e dos usuários do papel do programa NASF, ativa o M7, que produz o resultado inesperado: o aumento do perfil ambulatorial na AB.

Então, a gente vê que eles fizeram um trabalho coletivo, mas que, mesmo assim, com a rede da gente. Tem um problema muito sério com a média complexidade e com a qualidade dessa média complexidade (C9). A gente acaba com uma equipe também tornando o NASF como se fosse a nossa média complexidade (R4). Então, apesar de eles conseguirem fazer ainda, mas de forma bem menor, a parte educativa, a parte de grupo, a gente nota que nós mesmos pedimos mais eles para fazer uma visita, para fazer um atendimento individual (M7), porque é muito tempo de saúde na comunidade, e aí o povo cansa das atividades educativas, mesmo por mais inovação que a gente faça (C13) [Trabalhador eSF].

A grande rotatividade dos profissionais da eSF (C10), significa quebra de vínculo entre as equipes, associado aos diferentes e muitas vezes precários vínculos empregatícios e diferentes carga horárias dos profissionais da eNASF (C12) que impulsiona a ativação do M7.

Tem uma crítica que eu sempre faço, que é a carga horária das meninas (C12). Essa carga horária é de matar, porque cada uma tem uma carga horária diferente... Uma tem vinte, uma tem trinta, a outra tem quarenta... A gente não consegue colocar todo mundo quando a gente quer. Elas já tentaram montar uma reunião num horário pra pegar todo mundo, o que acaba tendo atividades com uma de cada (M7) [Trabalhador eSF].

A rotatividade dos profissionais é um dos fatores que dificultam nossa atuação (C10). Isso a rotatividade dos profissionais do nível superior principalmente médico e enfermeiro, muita rotatividade lá, então as pessoas chegam, passam pouco tempo e saem. E aí o próximo que chega, para poder construir vínculo, vínculo com a própria eSF, com os ACS, e muitas vezes apresentar o nosso papel no território que não é ambulatório [Trabalhador eNASF]

Apesar de não ser a CMR hegemônica da eNASF avaliada, acreditamos que a identificação desta CMR se faz importante para compreender os contextos que dificultam o desenvolvimento do programa, a ativação do M7 e a produção do R4. Este produto impulsiona e trás elementos de redirecionamento do próprio NASF e seus fatores contextuais e mecanismos ativados.

7 DISCUSSÃO

Avaliar o desenvolvimento de uma equipe NASF na cidade do Recife-PE, através da avaliação realista foi o resultado almejado por este estudo. Através da identificação dos elementos do contexto, mecanismos, resultados e suas relações, com a construção das CMR da equipe NASF avaliada, foi possível apresentar o potencial que a abordagem realista possui na avaliação de intervenções complexas como o programa NASF e seu desenvolvimento junto a ESF.

Verificou-se 6 CMR que relacionam os 13 contextos, 7 mecanismos e 4 resultados produzidos pela eNASF na ESF, tanto com a eSF quanto aos usuários do território. Ao analisar a Teoria da equipe NASF, observa-se uma equipe que produz hegemonicamente o aumento da resolutividade da AB, mas que de forma concomitante reforça um perfil clínico-assistencial que produz, muitas vezes, um cuidado ambulatorial e fragmentado.

A Qualificação dos encaminhamentos (CMR 1) aponta sobre a relação do NASF com os outros níveis de atenção à saúde e sua qualificação, que se dá através da ativação do apoio matricial aos profissionais da eSF, junto ao fortalecimento das ações e integração entre os níveis de atenção à saúde.

Andrade et al. (2012) discorrem que é fundamental a compreensão das ações do NASF, para que este atue na qualificação e redução dos encaminhamentos para a atenção especializada. Entretanto, é importante ressaltar e refletir de como esta qualificação é produzida, o NASF e seu processo de implantação devem propor o redirecionamento e formação das práticas de saúde da AB, utilizando ferramentas tecnológicas de trabalho como o apoio matricial, fortalecimento e planejamento das ações e integração entre os níveis (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Aponta-se que a falta de serviços especializados pode induzir o NASF ao funcionamento equivocado gerando propostas de atendimentos ambulatoriais (CUNHA; CAMPOS, 2011), produzindo um NASF com caráter substitutivo aos serviços especializados insuficientes da rede de atenção, o que dialoga em níveis mais amenos, com os achados deste estudo na CMR 6.

A eNASF avaliada hegemonicamente produz a qualificação dos encaminhamentos para os outros níveis da rede seguindo o que se preconiza pelo programa, a partir do matriciamento, planejamento e fortalecimento das ações, através das reuniões mensais, projeto terapêutico

singular e grupos de saúde. Em paralelo reproduz a lógica ambulatorial e substitutiva, devido a falta de rede de atenção à saúde estruturada nos outros níveis de atenção do SUS.

Nesse sentido, Andrade et al. (2012) afirma que o NASF deve proporcionar a qualificação dos encaminhamentos e não se tornar mais uma instância de referência na rede. Volponi, Garanhani e Carvalho (2015) também compartilham sobre a intervenção na cultura dos encaminhamentos, constituindo-se como dispositivo fundamental para a integralidade do cuidado e resolubilidade da AB.

Ressalta-se o papel regulador do NASF, para a qualificação dos encaminhamentos para a atenção especializada. Ações que aperfeiçoam a utilização da Rede de atenção secundária e terciária, como a reorganização da demanda e melhoria da relação entre os diferentes pontos de atenção, produzem a racionalização do acesso aos serviços especializados e contribuem para a ampliação da capacidade da eSF em coordenar o cuidado com os usuários (CUNHA; CAMPOS, 2011; CUTOLO, 2012; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA; ROCHA; SILVA et al., 2012).

O NASF colabora para o fortalecimento do atributo da longitudinalidade, o que tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos e reduzir procedimentos de maior densidade tecnológica e encaminhamentos desnecessários para especialistas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Um aspecto e contexto condicionante para o desenvolvimento do NASF e ativação do apoio matricial, fortalecimento e planejamento das ações da AB é a forma como os gestores fazem a estruturação e pactuação do trabalho da eNASF. Sampaio et al. (2012) apontam que a gestão do programa é influenciadora do desenvolvimento da equipe a partir de elementos básicos como: número de profissionais e as categorias que irão compor, número de eSF apoiadas, características do território, além da garantia de aspectos estruturais como transporte, materiais, insumos e espaço físico para a realização das atividades.

A gestão assume um papel importante ao entender que o NASF possui um caráter de flexibilidade inerente, um arranjo organizacional que permite uma grande diversidade de atividades, que podem ocorrer em diversos pontos da rede intra e intersetorial, exigindo que os gestores ofertem condições para que os apoiadores construam uma agenda de trabalho que preveja esse trânsito entre os serviços e entre as equipes apoiadas, assim como a articulação e abertura desses canais de comunicação com os diversos serviços (MELO et al., 2018).

Ainda sobre a gestão do programa, é fundamental o reconhecimento que a eNASF não apóia sozinho, ele precisa de suporte, seja por meio de supervisões clínicas - institucionais, espaços de educação permanente, matriciamento ou com outros serviços da rede. Esses espaços de formação, assim como cursos e capacitações quando ofertados pelos gestores, qualificam o trabalho das eNASF, principalmente na dimensão técnico-pedagógica, pouco presente nas formações acadêmicas (MELO et al., 2018).

A gestão da eNASF avaliada apresenta-se atenta a necessidade de oferta de espaços de educação permanente, bem como as discussões do próprio processo de trabalho e das competências necessárias para a condução técnico pedagógica do programa. O que reverbera na própria compreensão do papel do NASF pelos profissionais da equipe e do reconhecimento que estes trazem da representatividade e respeito à gestão do programa a nível distrital e municipal.

Correia, Goulart e Furtado (2017) nos alerta para outro aspecto que cabe a gestão do programa NASF, se refere a situação das eSF apoiadas, se estão completas, se cobrem as demandas assistenciais do território, se estão receptivas para o apoio da eNASF. Os autores afirmam que estes fatores podem influenciar de forma negativa ou positiva na relação e o vínculo entre as duas equipes, a depender do fluxo de demanda, acesso e planejamento conjunto das ações.

Aqui nos cabe discorrer sobre a ampliação da compreensão de gestão do programa NASF, que extrapola a governabilidade das gestoras distrital e municipal, mas que vai incidir também na gestão da AB e da política de saúde do município. Compreendendo o NASF nesse espaço amplo e intermediário, dentro da ESF, sua condução e desenvolvimento também será influenciado na organização da própria política de AB;

Observa-se que o apoio matricial se configura como um dos principais mecanismos geradores de resultados positivos da eNASF avaliada, produzindo além da qualificação dos encaminhamentos (CMR1), a ampliação da clínica pelo apoio matricial e fortalecimento das ações (CMR2) em associação com o fortalecimento das ações desenvolvidas pela eSF (M2).

Cunha e Campos (2011) discorrem que o apoio matricial é o referencial teórico-metodológico de orientação do trabalho do NASF que objetiva assegurar retaguarda especializada as eSF de forma personalizada e interativa. Cunha (2010) afirma que o que se pretende com o apoio matricial é a clínica ampliada, ferramenta eficaz para ampliação do

escopo de trabalho da ESF. Além do campo biológico, a clínica ampliada aponta a perspectiva da transformação da atenção individual e coletiva, o que possibilita que outros aspectos do sujeito possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais da AB.

De forma similar ao estudo, Aciole e Oliveira (2017) apontam o entendimento hegemônico que os profissionais da eSF e eNASF possuem do apoio matricial como direcionador do trabalho do NASF, no entanto os autores alertam sobre a limitação que o conceito de apoio matricial pode ter pelos profissionais, colocando apoio matricial somente como retaguarda especializada para a produção da qualificação dos encaminhamentos (CMR1). Os autores encontraram em seu estudo profissionais que tinham este conceito reduzido e outros que compreendiam que o matriciamento estava relacionado também com a aquisição de novos conhecimentos.

Lima (2013) confirma que as ações do NASF, devem visar à qualidade e a resolutividade da AB, aspectos que regem a clínica ampliada. Aciole e Oliveira (2017) apontam que a clínica ampliada não era conhecida pelos profissionais da eSF entrevistados, tendo sido percebido uma confusão no entendimento do conceito e restringindo ao acesso.

De forma contrária, foi possível verificar que os profissionais da eSF do presente estudo, compreendem a ampliação da clínica produzida pela eNASF, além do acesso, mas da própria mudança do processo de trabalho da USF, através do apoio matricial e fortalecimento das ações.

Os profissionais da eNASF e eSF avaliada compreendem o conceito de apoio matricial e sua potencialidade na produção dos resultados positivos do programa, promovendo tanto a qualificações dos encaminhamentos (R1), quanto a ampliação da clínica (R2),

Hirdes (2015) considera necessário o entrosamento das eNASF e eSF para que haja a prática do apoio matricial, e que para tal, sejam considerados os princípios que a sustenta: vínculo, integralidade do cuidado, interprofissionalidade, acessibilidade e a resolutividade. Dialogando com os achados desta pesquisa que descreve os contextos C2, C4 e C6 como elementos que favorecem a ativação do M1 para a ampliação da clínica.

O programa NASF e a própria noção de apoio matricial não correspondem a nenhuma experiência no contexto internacional (MELO et al., 2018), mas podem ser aproximados de diferentes arranjos de proposição de trabalho em conjunto, como Consultation-liaison e Collaborative care, no contexto europeu e norte-americano (BOWER, 2002; GAGN, 2005; SARAIVA, ZEPEDA, 2012).

A maior parte das experiências internacionais de trabalho colaborativo não contempla ou enfatiza as questões relacionadas com a gestão do processo de trabalho, como as relações interpessoais entre as categorias profissionais. Em geral, pressupõe a presença de um gestor de casos, que é responsável pelas ações diretas com os usuários, interconsulta e a articulação entre a atenção primária e especializada, indicando a função de coordenação de caso, o que se aproxima de um dos papéis do apoiador matricial.

Contudo trata-se de um trabalho prescritivo, com priorização de indicações claras e pragmáticas sobre o modo de como o trabalho colaborativo deve funcionar, as especificidades dos papéis de cada ator, assim como os resultados esperados (BOWER, 2002; GAGN, 2005; MELO et al., 2018; SARAIVA, ZEPEDA 2012).

Ilustra-se o papel inovador e importante que o apoio matricial (M1) possui na própria sustentabilidade e desenvolvimento do NASF, em como o Brasil e o SUS avança no sentido de ampliar os serviços e a articulação entre ele a partir de atores e atrizes matriciadores na coordenação e integralidade do cuidado ao indivíduo, mas que enfrenta diversos contextos que impedem sua ativação plena, seja na micro política (C10-C13), como na macro política, que é o caso da revisão e direcionamento da nova PNAB (2017).

A republicação da PNAB em 2017, foi fruto de muitos protestos e questionamentos de atores e atrizes dos segmentos do SUS e da saúde coletiva. Retomando a discussão da fundamentação teórica, Souza e Medina (2018) alertam ao fato que a nova PNAB retira o termo apoio matricial de sua nomenclatura, produzindo dúvidas em torno do papel do matriciamento e educativo do NASF. Ao analisar os achados desta pesquisa observa-se uma eNASF que já possui um compartilhamento dos dois aspectos e que por muitas vezes perde seu caráter de apoio matricial, para assumir um papel de ambulatório.

Brocardo et al. (2018) afirmam que a atual PNAB expressa a dimensão assistencial como o núcleo central da atividade do NASF, contudo os autores afirmam que é prematuro ainda tecer considerações sobre esta, tendo em vista que ainda está por ser operacionalizada.

No entanto, os achados desta pesquisa alertam para o caminho que o desenvolvimento do programa trilha. Existiam portarias e normativas que colocavam explicitamente o apoio matricial como eixo central do programa, como o próprio nome que o programa possuía (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), passando para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e

Atenção Básica, e mesmo assim a eNASF encontra dificuldade de organização do processo de trabalho e produção de um cuidado amplo.

Ao retirar tais direcionamentos da PNAB que rege o programa NASF, o MS impulsiona os municípios e equipes a produzirem um NASF cada vez mais fragmentado, ambulatorial e clínico – assistencial. O posicionamento político da gestão do programa no município é de manter a nomenclatura antiga e do direcionamento do apoio matricial como cerne no programa, o que nos remete que a CMR2 continuará sendo ativa, mas que o contexto político nacional impulsiona a concomitância com a CMR6.

A ampliação da clínica também é produzida pela ativação do mecanismo de fortalecimento do autocuidado dos usuários (M3), ao qual foi demonstrado pelo CMR3. Foi observado no estudo que a população idosa do território é a mais atingida pela produção deste resultado, através do M3. O NASF produz espaços e ações que confluem para a melhora da qualidade de vida destes usuários, através do autocuidado em sua vida diária. Desta forma, confluindo para a promoção e prevenção da saúde.

Nakatani et al. (2003) discorrem que com o aumento expressivo da população idosa, cresce o contingente de pessoas com déficit de autocuidado. Esta situação vai além de um problema de saúde, pois são perpassados por fatores familiares e sociais. A ESF precisa estar atenta a estes usuários e se envolver nesta temática e demanda, atuando muitas vezes na prevenção destes casos.

A eNASF ao criar estratégias que melhoram a qualidade de vida deste idosos, assim como atividades educativas e pedagógicas que colocam a corresponsabilidade da saúde também ao indivíduo, contribui para a ampliação da clínica e qualidade de vida.

Rootman et al. (2000; 2001) apontam as fontes de interesse que a Promoção da Saúde possui: reconhecimento da natureza holística da saúde (qualidade de vida social, mental e espiritual); a influência dos movimentos de autocuidado; o reconhecimento de que diversos problemas de saúde estão correlacionados com estilos de vida e de que estes estilos não ocorrem aleatoriamente, mas que tem potentes determinantes socioeconômicos e culturais.

As atividades realizadas pelos profissionais da eNASF em articulação com a eSF confluem para a magnitude da promoção da saúde apontada por Rootman et al. (2000; 2011), especificamente ao contribuir no fortalecimento do autocuidado destes usuários no seu corpo,

mente e espírito. Exemplificado através das ações que visam as mudanças de hábitos alimentares, práticas de atividades físicas e a própria oferta da Auriculoterapia.

Sobre a prática da Auriculoterapia, considerada uma prática integrativa e complementar do SUS (PIC), esta é considerada uma ação de ampliação do acesso e da clínica, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e de tornar possível uma nova racionalidade médica para os usuários da AB (SANTOS; TESSER, 2012).

O fortalecimento do autocuidado dos usuários só é possível pela formação e competências que os profissionais da eNASF possuem, ao vínculo estabelecido entre a eSF e a eNASF, junto ao reconhecimento e vínculo que os usuários possuem dos profissionais eNASF.

Sobre o reconhecimento que os usuários possuem do NASF (C8), os achados deste estudo corroboram com o estudo de Aciole e Oliveira (2017) e Souza et al. (2013a), ao afirmar que existe o reconhecimento das atividades realizadas pela eNASF, mesmo quando estas não estejam associadas ao nome da proposta.

Os usuários demonstram reconhecimento das categorias profissionais do NASF como nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos e fonoaudiólogos, pois os usuários frequentam as atividades desenvolvidas por estes profissionais (Souza et al., 2013b). Seguindo a mesma lógica, os usuários deste estudo legitimam e reconhecem as atividades realizadas, mas não associam ao nome e existência do programa NASF.

No estudo de Nobrega (2013) os usuários atribuíram a melhoria da qualidade de vida às ações do NASF, no entanto, a coleta de dados foi realizada imediatamente após os sujeitos participarem das atividades da eNASF, o que contribuiu para sua associação. Souza et al. (2013a) discorrem sobre a necessidade de divulgação, para a comunidade, do atendimento multiprofissional e a existência da eNASF na USF, potencializando sua sustentabilidade e reconhecimento.

A ampliação da Clínica (R2), também foi produzida através da ativação do fortalecimento das ações intersetoriais e serviços de saúde (CMR 4). O programa NASF em seu âmbito nacional foi implementado em contexto dos mesmos problemas enfrentados pela eSF, dentre eles a baixa integração com os demais serviços das redes (CAMPOS, PEREIRA JUNIOR, 2016; FAUSTO et al., 2014). O NASF possui um papel primordial na articulação e diálogo com os demais serviços de saúde e diversos setores.

Através dos M5 e M6, articulando e fortalecendo as ações intersetoriais e dos demais serviços de saúde, o NASF produz um aumento no escopo de oferta de atendimento e ampliação da clínica para todos os usuários cobertos pela AB. Giovanella et al. (2009) afirmam que para garantir a saúde das diferentes populações, a ESF e o NASF devem, para além da interdisciplinaridade das ações entre membros de suas equipes, promover a integração dos diversos setores sociais. Educação, saúde, trabalho, transporte, assistência social, entre outros, devem ser convocados para compor ações estratégicas, tecidas em conjunto, para o fortalecimento e ampliação da clínica na saúde.

A articulação intersetorial caracteriza-se como imprescindível para o enfrentamento do processo saúde – doença (FERRO et al., 2014). Entendida como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outros setor que se tenha formado para atuação em um tema (SILVA; RODRIGUES, 2010), a articulação intersetorial possui um grande potencial para atingir resultados mais efetivos do que alcançaria a atuação solitária de qualquer um dos setores (COMERLATTO et al., 2007).

A produção do cuidado e sua integralidade dentro da AB deve ser produzida a partir da comunicação entre os diferentes equipamentos, dentro e fora do setor, criando uma rede de proteção e atenção ao usuário. A articulação entre os serviços, estruturada por meio do diálogo e vínculo entre os diversos profissionais, ações e projetos, cria uma rede de interdependência e corresponsabilidade entre os equipamentos na direção da garantia do atendimento integral ao usuário (BOURGUIGNON, 2010).

O estudo de Ferro et al. (2014) apontam que os profissionais da AB compreendem a importância e a necessidade de um trabalho interdisciplinar e intersetorial, entretanto são observados desafios a serem enfrentados. Verificou-se a tendência de fragmentação do trabalho, escassez e fragilidade de espaços disponíveis para a discussão dos casos e uma articulação da rede focada unicamente nos encaminhamentos aos serviços de saúde, não havendo planejamentos conjuntos, bem como diálogo com serviços intersetoriais.

A eNASF avaliada neste estudo apresenta resultados distantes dos encontrados por Ferro et al. (2014), os espaços de discussão com a eSF mensais reverberam no planejamento e fortalecimentos das ações da AB, além disso, a articulação com programas como Academia da Saúde, Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Organizações Não-Governamentais (ONG) presentes no território significam um diálogo e planejamento contínuo para a ampliação da clínica e integralidade do cuidado.

Entretanto, o estudo demonstrou que a falta de rede estabelecida entre os níveis de atenção à saúde, assim como do diálogo institucional entre o setor saúde e os demais setores, fragilizam e dificultam as articulações. A articulação fica dependente das relações e contatos interpessoais que os profissionais da eNASF possuem. Corroborando com este achado, Machado, Colomé e Beck (2011) afirmam que no cotidiano dos serviços de saúde, bem como o sucesso e agilidade dos encaminhamentos realizados, dependem, em sua maioria, dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, muito mais do que de um fluxo sistematizado e pré-estabelecido entre os níveis de complexidade, nos quais as vias de acesso formais, muitas vezes, não funcionam adequadamente.

Nesse contexto, torna-se urgente a implementação de técnicas de gerenciamento – foco dado ao matriciamento, fóruns, comitês, câmaras e núcleos intersetoriais territoriais – que viabilizem a estruturação de espaços de elaboração conjunta de ações, metas e divisão estratégica de funções entre os profissionais dos diferentes equipamentos, de modo a facilitar o intercâmbio entre os saberes apresentados por cada um desses agentes (FERRO et al., 2014).

A CMR 5 aponta que a eNASF avaliada produz e fortalece a organização do processo de trabalho da AB, em específico da eSF apoiada, bem como das demandas do território. Através do fortalecimento das ações (M2) e de seu planejamento conjunto (M6) é produzido um redirecionamento da própria organização da AB. Tais mecanismos só são ativados, através do vínculo estabelecido entre as equipes (C2, C4 e C7), estrutura física e oferta de insumos necessários (C5), assim como da organização que eSF possui (9).

O estudo de Silva et al. (2012) sugere que é preciso reconsiderar a agenda e a organização do trabalho do NASF, para a construção do trabalho interdisciplinar, produzindo uma maior qualidade da atenção junto a eSF, refletindo em sua organização e processo de trabalho. O programa NASF e seu desenvolvimento está diretamente relacionado com a organização da eSF (C9) e do vínculo e diálogo construído com todos os atores envolvidos na ESF (C2, C4, C8 e C9), ou seja, a construção de um trabalho interdisciplinar.

Ao afirmarmos que o NASF produz uma organização no processo de trabalho da AB e demandas do território e que este trabalho está diretamente relacionado com a eSF, é necessário discutir a importância e os desdobramentos do vínculo entre essas equipes.

Correia, Goulart e Furtado (2017) discorrem que muitas vezes os profissionais da eNASF ficam diante de um paradoxo, na medida que se busca nos núcleos de saber respostas

para dificuldades que se encontram justamente em um campo não só de interpenetração destes, mas também da extrapolação deles, ao articular de forma contínua com a própria eSF.

Para atingir a horizontalização das relações é preciso que haja práticas interdisciplinares constituídas pelo debate democrático promovido pelas equipes (ARAÚJO e GALIMBERTTI, 2013; ELLERY et al., 2013; FARIA e ARAÚJO, 2010), todavia, muitas vezes os espaços de discussão coletiva, quando realizados podem cumprir somente as demandas administrativas (SOUZA, 2015).

Conforme descrito nos resultados a eNASF avaliada realiza reuniões mensais de matriciamento junto a eSF apoiada, discutindo os casos do território e do processo de trabalho da própria eSF, dialogando com o que se espera de postura técnico pedagógica e matricial do programa NASF e produzindo uma organização da própria ESF.

Os dois aspectos que o NASF pode assumir, em seu desenvolvimento, não pode ser visto de forma dicotômica (especialismo/generalismo; apoio pedagógico/ambulatorial) pois pode incorrer riscos, ao renegar o seu lugar intersticial: entre a equipe a gestão, entre a gestão do programa e a gestão da AB, entre a equipe e o território, entre a eNASF e a eSF e entre a equipe e o usuário (MELO et al., 2018).

A compreensão dos processos de colaboração é útil para explorar a transição para formas mais integradas de organização do trabalho (D'AMOUR et al., 2008), na medida em que o trabalho colaborativo busca responder as necessidades de reagrupamento de conhecimentos e cuidados fragmentados da própria ESF (FURTADO, 2007).

A colaboração é um processo complexo e dinâmico que compreende simultaneamente a construção de uma ação coletiva, voltada para a complexidade do território, e de uma vida em equipe, além de integrar as perspectivas de cada profissional, suas contradições e conflitos (MELO et al., 2018).

Silva e Moreira (2015) afirmam que a integração das equipes requer tempo e investimento, pois se refere ao campo dos valores, do diálogo entre as competências, do exercício da autonomia, da relação entre os profissionais, assim como dos limites destes diante das necessidades de saúde dos usuários. Os achados da presente pesquisa dialogam com as afirmações ao constatar os contextos de vínculo entre os profissionais, assim como a própria formação destes e dos gestores na condução do programa para construção deste trabalho de integração, e para organização do processo de trabalho.

Melo et al., (2018) nos alerta para o implicamento que tem ao se falar que o NASF ocupa uma posição de intermediário: seu trabalho está em constante trânsito entre a identificação com a eSF (o que favorece o vínculo e diálogo) e a diferenciação (um distanciamento necessário para manter o estranhamento e contribuir com a transformação de crenças, posturas e práticas instituídas). Manter-se em apenas um desses lados, impede a realização de um apoio matricial efetivo.

Ao analisarmos os achados do estudo, observamos uma eNASF que busca uma integração constante com a eSF apoiada, mantendo um diálogo, discussão de casos, organização de atividades coletivas, compartilhadas, bem como o fortalecimento das ações já feitas pela eSF, adotando uma postura de receptividade e de integração ao processo de trabalho da eSF, mas que em dados espaços mantém o distanciamento necessário, para a transformação das crenças e práticas da eSF.

A CMR 5 aponta a importância que a estruturação da USF e dos insumos necessários estejam disponíveis para atuação da AB, e a organização do seu processo de trabalho e demandas a partir do NASF.

Ressalta-se que a estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos e materiais, com os recursos necessários para a execução de ações em saúde e em correspondência quantitativa ao contingente populacional adscrito e suas especificidades, é de fundamental importância para organização dos processos de trabalho e atenção à saúde dos usuários, a fim de se oferecer uma assistência de melhor qualidade (MOREIRA et al., 2017).

Entretanto nas práticas da AB e ESF, evidencia-se uma necessidade de aprimoramento das características físico-estruturais e de obtenção de equipamentos e materiais requeridos para a realização das práticas em saúde. As deficiências estruturais das unidades repercutem em insatisfação dos profissionais das equipes de saúde da família. Isso porque o modelo de assistência proposto na ESF se coloca a favor de uma assistência integral ao indivíduo, à família e à comunidade, o que requer condições estruturais mínimas necessárias para a execução das ações que ultrapassam o modelo biomédico (DE OLIVEIRA et al., 2013; SOUZA; MACHADO; NORONHA, 2015).

O presente estudo não apresentou problemas em torno da estrutura física e dos insumos disponibilizados para atuação da eNASF, sendo apontado como um fator contextual importante para a organização da AB e melhor desenvolvimento do NASF no território adscrito.

Souza e Medina (2018) em seu estudo sobre as relações técnicas e sociais entre a eSF e a eNASF discorrem que a desarticulação entre os processos de trabalho das equipes produz um cuidado fragmentado, fruto das relações técnicas e sociais conflituosas e marcadas pela ausência do diálogo.

Ao analisar a CMR 6, verifica-se que os contextos disparadores do M7 e produção do R4 estão ligados a falta de rede de atenção à saúde, a quebra de vínculo dada pela alta rotatividade dos profissionais da eSF e os diferentes vínculos e carga horária da eNASF, bem como a falta de compreensão do papel do NASF pela eSF e território, o que perpassa os achados de Souza e Medina (2018) por relacionar a falta de articulação e vínculo entre os diferentes atores/atrizes da ESF, SUS e NASF e seu potencial de produzir um resultado negativo ao programa.

Santos et al. (2017) afirmam que ao discutir o processo de trabalho e desenvolvimento da eNASF é preciso considerar os fatores que dificultam as ações do perfil técnico-pedagógico tais como: elevada demanda de atendimentos, a formação e experiência dos profissionais, as exigências da população e da gestão local e a rede de serviços especializada que é insuficiente para a demanda existente, gerando sobrecarga constante em todos os níveis de atenção, assim como na AB e no NASF.

A presente avaliação realista aponta estes contextos e sinaliza como estes juntos ativam o M7, levando o NASF a produzir um perfil ambulatorial em concomitância com o perfil pedagógico-educativo.

A AB tem por função atuar como importante centro de comunicação entre os serviços de saúde, e para isso, elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos, assim como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010).

No entanto, apesar dos avanços da AB no Brasil, esta ainda não reúne condições materiais e simbólicas para garantir o acesso e articulação com os demais pontos do SUS, o que coloca esta função dependente, entre outros elementos, da construção de arranjos de comunicação e estruturação de uma rede de cuidado ao usuário, a partir da integralidade (CECILIO et al., 2012).

A dificuldade relativa a disponibilidade e modo de funcionamento da atenção especializada, problema estrutural do SUS, influencia a realização do trabalho do NASF.

Devido a escassez de serviços especializados, ocorrem uma utilização equivocada das eNASF de maneira substitutiva a tais serviços (CASTRO; CAMPOS, 2016).

As eNASF, muitas vezes, vão ser vistas como um modo de suprir a falha da rede de saúde e ausência de centros de serviços especializados, aproveitando um recurso disponível que não foi previsto para tal função (CUNHA; CAMPOS, 2011). Nesse sentido, afirma-se a necessidade da existência de um cuidado especializado na RAS para efetividade do cuidado iniciado na AB, para garantia da integralidade da atenção (MELO et al., 2018)

O C10, descrito no presente estudo, descreve a dificuldade encontrada pelos profissionais da eSF e eNASF avaliados para produção de um cuidado articulado e integrado aos outros níveis de atenção, ao qual em associação a outros contextos (C11, C12 e C13) ativam o M7 e produzem a fragmentação do cuidado, a partir do aspecto ambulatorial que a AB não busca ter.

Reconhecida como heterogênea e insuficiente, a rede de cuidados especializados constitui um gargalo para o SUS (MAGALHAES, 2014; TESSER; POLI NETO, 2017) Em muitas regiões do país, existe insuficiência na oferta de serviços e carência de profissionais, assim como a dependência do setor privado que fragmenta o sistema (MAGALHAES, 2014).

Tesser e Poli-Neto (2017) discorrem sobre a necessidade de construção de diretrizes operacionais claras e organizativas para a rede especializada, como ocorreu com a ESF, assim como a elaboração e indução de um formato organizacional para os serviços de cuidados especializados que tenha por base a experiência do NASF.

Por fim, aponta-se a problemática em torno da necessidade na mensuração dos resultados produzidos pela eNASF, o monitoramento e avaliação dos seus resultados junto a eSF, uma vez que trabalhando juntos, produzem impacto sobre os mesmos fenômenos.

Melo et al. (2018) afirmam que é razoável supor que os efeitos do trabalho do NASF podem ser observados ainda que indiretamente por meio dos resultados do trabalho da eSF, se levar em conta a própria eSF e os usuários do território. Há nesse sentido de considerar a complexidade que se coloca para avaliar o NASF (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017) ao passo que seus efeitos se dão em concomitância junto aos resultados da eSF

Constatou-se esta problemática na pesquisa, ao passo que as coordenações do programa e a própria eNASF relataram dificuldade na mensuração dos efeitos da eNASF junto a ESF em valores quantitativos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente avaliação realista permitiu concluir que a eNASF avaliada dentro do seu processo de desenvolvimento na ESF produz um perfil que compartilha o aspecto técnico-pedagógico em concomitância com o perfil clínico-assistencial, produzindo resultados que em conjunto significam uma maior resolutividade da AB, efeito este esperado pelo programa NASF na sua formulação, mas que em contrapartida reproduzem a lógica ambulatorial, produzindo um efeito não esperado.

O mecanismo M7 representa um aspecto da eNASF que de certa forma foi programado na formulação do programa, mas que sua operacionalização não foi projetada, bem como o seu real impacto no desenvolvimento das eNASF no território. A prática clínico-assistencial precisa ser feita à luz do aspecto educativo e matricial, se não, este mecanismo reproduz o ambulatório, transformando o NASF numa equipe substitutiva dos serviços de especialidades clínicas na AB.

O NASF possui um grande potencial de articulação e redirecionamento da eSF e seu território, fortalecendo e planejando as ações, assim como integrando a ESF com os diversos serviços de saúde e equipamentos sociais, mas determinados contextos dificultam a ação de todo seu potencial.

O programa NASF está intrinsecamente ligado com a organização, direcionamento e planejamento da eSF e AB como um todo, seu processo de trabalho precisa estar atrelado ao da AB e do próprio SUS, desde a relação dos profissionais na USF até a gestão dos programas e suas articulações, o que remete a transversalidade que o processo saúde-doença-cuidado possui e sua complexidade, exigindo respostas através de políticas e programas cada vez mais integradas, interprofissionais e pautadas no diálogo e construção horizontal.

A avaliação realista, enquanto avaliação baseada em teoria, produziu a abertura da caixa-preta da eNASF avaliada, desvelando os contextos que favorecem e dificultam seu pleno desenvolvimento, os 7 mecanismos que são ativados para produção dos 4 resultados encontrados. Aponta-se o avanço produzido neste estudo, na operacionalização de avaliações realista em intervenções complexas de saúde, como o NASF, no Brasil. Assim como o avanço no entendimento dos fatores e suas relações na produção dos efeitos esperados e não esperados da eNASF junto a eSF e território.

Os autores desta pesquisa irão realizar uma oficina junto a eNASF avaliada, para apresentação dos resultados aqui descritos e analisados, com a proposta de produção de espaços aos quais os conhecimentos produzidos pela academia possam incidir nas mudanças necessárias nos serviços de saúde, e em específico, o programa NASF no município avaliado.

O estudo possui limitações, por ser um estudo de caso, representa um recorte do programa NASF na realidade local da eNASF avaliada e de uma eSF apoiada. Contudo, a pesquisa produziu informações e análises importantes que poderão ser usadas para se avançar no processo de desenvolvimento do NASF e maior compreensão de seu funcionamento.

A avaliação realista está interessada em como uma avaliação deve aprender com a outra, dessa forma aponta-se a importância de novas avaliações realistas para as eNASF afim de identificar novas realidades e compará-las aos elementos encontrados neste estudo, contribuindo com o entendimento e reflexão dos contextos, mecanismos e resultados produzidos pelo programa NASF e suas diferentes perspectivas.

Por fim salientamos a importância no avanço e consolidação do campo de avaliações baseadas em teoria, em específico a avaliação realista, de intervenções complexas de saúde no Brasil, refletindo sobre a realidade local e produzindo reflexões das intervenções complexas brasileiras.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G.; OLIVEIRA, D. K. S. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1090-1101, dec. 2017.
- ALKIN, M.; CARDEN, F. Evaluation roots: An International Perspective. **Journal of MultiDisciplinary Evaluation**, [S. l.], v. 8, n. 17, 2012.
- ALKIN, M. C. (Ed.). **Evaluation roots: tracing theorists' views and influences**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.
- ANDRADE, L. M. B. *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 1. p. 18-31, 2012.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H.; BEZERRA, R. C. R. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 783-830.
- ANJOS, K. F. *et al.* Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, 2013.
- ARAUJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 461-68, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARROS, J. O. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-856, 2015.
- BHASKAR, R. **A realist theory of science**. Leeds: Leeds Books, 1975.
- BOPP, M.; SAUNDERS, R. P.; LATTIMORE, D. The tug-of-war: fidelity versus adaptation throughout the health promotion program life cycle. **Journal Primary Prevention**, New York, v. 34, n. 3, p. 193-207, 2013.
- BOWER, P. Primary Care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. **British Journal of General Practice**, London, v. 52, p. 926-933, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, Brasília, DF, col. 2, p. 47. 25 jan. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Ministério da Saúde: Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, p. 68. 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas e cria a Modalidade NASF 3. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, col. 1, p. 223. 31 dez. 2012.

BRITO JUNIOR, A. F.; FERES JUNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência.**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011.

BROCARD, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 130-144, set. 2018.

BROUSELLE, A. BUREGEYA, J. M. Theory-based evaluations: Framing the existence of a new theory in evaluation and the rise of the 5th generation. **Evaluation**, London, v. 24, n. 2, p. 153–168, 2018.

CAMPBELL, M.; *et al.* Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. **BMJ Clinical Research Edition**, London, v. 321, p. 694-6, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre reorganização do trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CARVALHO, H.B.; VIOLA, P. Timoneiro. Rio de Janeiro: BMG Brasil: 1996.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. S. W. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-81, 2016.

CECILIO, L. C. O.; *et al.* A Atenção Básica da Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-902, 2012.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-14, 2018.

CELA, M. **O fazer do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2014.

CENTRE OF EXCELLENCE FOR EVALUATION. **Theory-Based Approaches to Evaluation: Concepts and Practices**. 2012. Disponível em :

<https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/services/audit-evaluation/centre-excellence-evaluation/theory-based-approaches-evaluation-concepts-practices.html>. Acesso em: 15 de jan. de 2019.

CHAMPAGNE, F.; *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação em saúde: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-40.

CHEN, H. T. & ROSSI, P. H. (Eds.). **Theory-driven evaluation: analyzing and developing programs and policies**. Westport, CT: Greenwood, 1992.

CHEN, H. **Theory – driven evaluations**. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

CHIZZOTTI, A **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COMERLATTO, D.; *et al.* Gestão de Políticas Públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-71, 2007.

CONSELHO DE PESQUISA MÉDICA (MRC). Uma estrutura para o desenvolvimento e avaliação de ECRs para intervenções complexas para melhorar a saúde. **Medical Research Council**, Londres, 2000.

CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 345-59, Mar. 2017.

CORYN, C. L. S. Contemporary trends and movements in evaluation: Evidence-based, participatory and empowerment, and theory-driven evaluation. **Paper presented at The Evaluation Center's Evaluation Café**, Kalamazoo, MI, Set. 2009.

CRAIG, P. *et al.* Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 50, n. 5, p. 587-92, 2013.

D'AMOUR, D.; *et al.* A Model and Typology of Collaboration between Professionals in Healthcare Organizations. **BMC Medical Research Methodology**, London, v. 8, n. 1, 2008.

DALKIN, S. M.; *et al.* What's in a mechanism? Development of a key concept in realist evaluation. **Implementation Science**, London, v. 10, n. 49, 2015.

DE OLIVEIRA JUNIOR, R. G. *et al.* Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 433-438, 2013.

DE SOUZA, D. E. Elaborating the Context-Mechanism-Outcome configuration (CMOc) in realist evaluation: a critical realist perspective. **Evaluation**, London, v. 19, p.141–54, 2013.

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: Hartz Z. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap. 3, 1997. p. 49-88.

ELLERY, A. E. L.; *et al.* Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, jun. 2013.

- FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saude e Sociedade.**, São Paulo, v. 19, n.2, p.429-439, jun. 2010.
- FAUSTO, M. C. R.; *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp. p. 13-33, 2014.
- FERRO, L. F.; *et al.* Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014.
- FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Recife: Medbook, 2010.
- FRANCES, B. Fatores contextuais que influenciam o uso da pesquisa em enfermagem. **Worldviews Evid-Based Nurs**, Ohio, v. 2, p. 172–83, 2005.
- FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface Comum Saúde e Educação**, Botocatu, v.11, n.23, p.427-438, set./dez. 2007.
- FUNNELL, S. C.; ROGERS, P. J. **Purposeful Program Theory**. San Francisco, CA, Jossey-Bass. 550 pages, 2011.
- FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface Comum Saúde e Educação**, Botocatu, v. 11, n. 22, p. 239-55, Ago. 2007.
- GAGN, M. A. **Avancement des objectifs des soins de sant. mentale ax.s sur la collaboration**. Mississauga: Initiative canadienne de collaboration en sant.mentale, mai. 2005. Disponível em: www.iccsm.com
- GIOVANELLA, L.; *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009.
- GREENHALGH, *et al.* Protocolo - o estudo RAMESES II: desenvolvimento de padrões de orientação e relatório para avaliação realista **British Medical Journal**, v. 5, 2015.
- HARTZ, Z. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.
- HAWE, P.; SHIELL, A.; RILEY, T. Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? **British Medical Journal**, London, v. 328, p. 1561-63, 2004.
- HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o apoio. matricial em Saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-382, 2015.
- KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.
- LANCMAN, S.; *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013.

- LEWIN, S. *et al.* Assessing the complexity of interventions within systematic reviews: development, content and use of a new tool (iCAT_SR). **BMC Medical Research Methodology**, London, v. 17, n. 76. 2017.
- LIMA, F. L. C. O núcleo de apoio à saúde da família e alguns dos seus desafios. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Brasília, v. 3, n. 2, jan./jun. 2013.
- LIVIT, M.; WANDERSMAN, A. Organizational functioning: Facilitating effective interventions and increasing the odds of program success. In: Wandersman, D. M. F. a. A., (editor) **Empowerment evaluation principals in practice**. Guilford; New York: 2004. p. 123-142.
- MACHADO, L. M. COLOMÉ, J. S. BECK, C. L. C. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2011.
- MAGALHAES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, n. 1, p. 15-37, 2014.
- MARKS, M. A.; ZACCARO, S. J.; MATHIEU, J. E. Performance implications of leader briefings and team-interaction training for team adaptation to novel environments. **The Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 85, n. 1, p. 971–986, 2000.
- MÉLLO, R. P.; *et al.* Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 26-32, 2007.
- MELO, E. A.; *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n esp. 1, p. 328-340, set, 2018.
- MERTENS, D. M. Métodos mistos de avaliação: aumentando a efetividade do investimento social privado. In. Vários autores. **Avaliação para o investimento social privado: metodologias**. Fundação Itaú Social, Fundação Roberto Marino, Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal, Move – São Paulo: Fundação Santillana, 2013
- MERTENS, D. M.; WILSON, A. T. **Program evaluation theory and practice: a comprehensive guide**. New York: Guilford, 2013.
- MOREIRA, K. S.; *et al.* Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, 2017.
- MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research** (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage. 1997.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica : retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.
- NAKATANI, A. Y. K.; *et al.* Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 5 n. 1, p. 15-20, 2003.
- NASCIMENTO, C. M. B. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

- NASCIMENTO, C. M. B. et al. Configurações do processo de trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado integral. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1135-1156, dez. 2018.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.
- NÓBREGA, J. S. M. **Avaliação das ações do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) em Macaíba/RN**. 2013. 68 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.
- OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira Educação Médica.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 574-80, 2012.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp. p. 158-64, 2013.
- OLIVEIRA, S. R. de A. **Sustentabilidade da estratégia saúde da Família: o caso de um município baiano**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2014.
- ØVRETVEIT, J. Understanding the conditions for improvement: Research to discover which context influences affect improvement success. **British Medical Journal**, v. 20, n. 1, p. 18-23, 2011.
- PANIZZI, M. **Avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2015.
- PATROCÍNIO, S. S. S. M.; MACHADO, C. V.; FAUSTO, M. C. R. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp, p. 105-19, 2015.
- PAWSON, R. & TILLEY, N. **Realist Evaluation**, Sage. 2004.
- PAWSON, R. & TILLEY, N. **Realistic evaluation**. London, England: Sage, 1997.
- PAWSON, R. **Política baseada em evidências: uma perspectiva realista**. Londres: Sábio, 2006.
- PLUYE, P.; POTVIN, L.; DENIS, J. L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. **Evaluation and Program Planning**, [online], v. 27, n. 2, p. 121-133, 2004.
- PRADO, S. S. **Núcleo de apoio à saúde da família: um estudo sobre processo de trabalho e educação em serviço**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Educação, Criciúma, SC, 2015.
- RESSEL, L. B. *et al.* O uso do grupo focal em Pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.
- RIDDE, V. *et al.* L'approche REALIST à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. **Canadian Journal Program Evaluation**, v. 26, p. 37-59, 2012.

- ROGERS, P. J.; PETROSINO, A.; HUEBNER, T. A.; HACSI, T. A. Program theory evaluation: Practice, promise, and problems. **New Directions for Evaluation**, v. 87, p. 5-13, 2000.
- ROGERS, P. Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions. **Evaluation**, v. 14, p. 29-48, 2008.
- ROOTMAN, I. et al. A framework for health promotion evaluation. In: ROOTMAN, I. et al. (Ed.) **Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives**. Denmark: (WHO Regional publications. European Series). WHO, p.7-38, 2001.
- ROOTMAN, I.; POLAND, B. D.; GREEN, L. W. The settings approach to health promotion. In: ROOTMAN, I. et al (Ed) **Settings for health promotion: linking theory and practice**. London: Sage Publications, 2000.
- ROSA, M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para a validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 112 p. 2006.
- SAMPAIO, J. *et al.* O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira Ciência e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.
- SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, nov. 2012.
- SANTOS, R. A. G.; *et al.* Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, set. 2017.
- SANTOS, R. A. G.; UCHOA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, set. 2017.
- SARAIVA, S.; ZEPEDA, J. Princípios do Apoio Matricial. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: ArtMed; 2012.
- SCHEIRER, M. A. Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. **American Journal of Evaluation**, New York, v. 26, n. 3, p. 320-347. 2005.
- SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. **Sociologia**, Porto, v. 31, p. 59-80, jun. 2016.
- SILVA, A. T. C. *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, 2012.
- SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3033-42, 2015.
- SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 762-9, 2010.

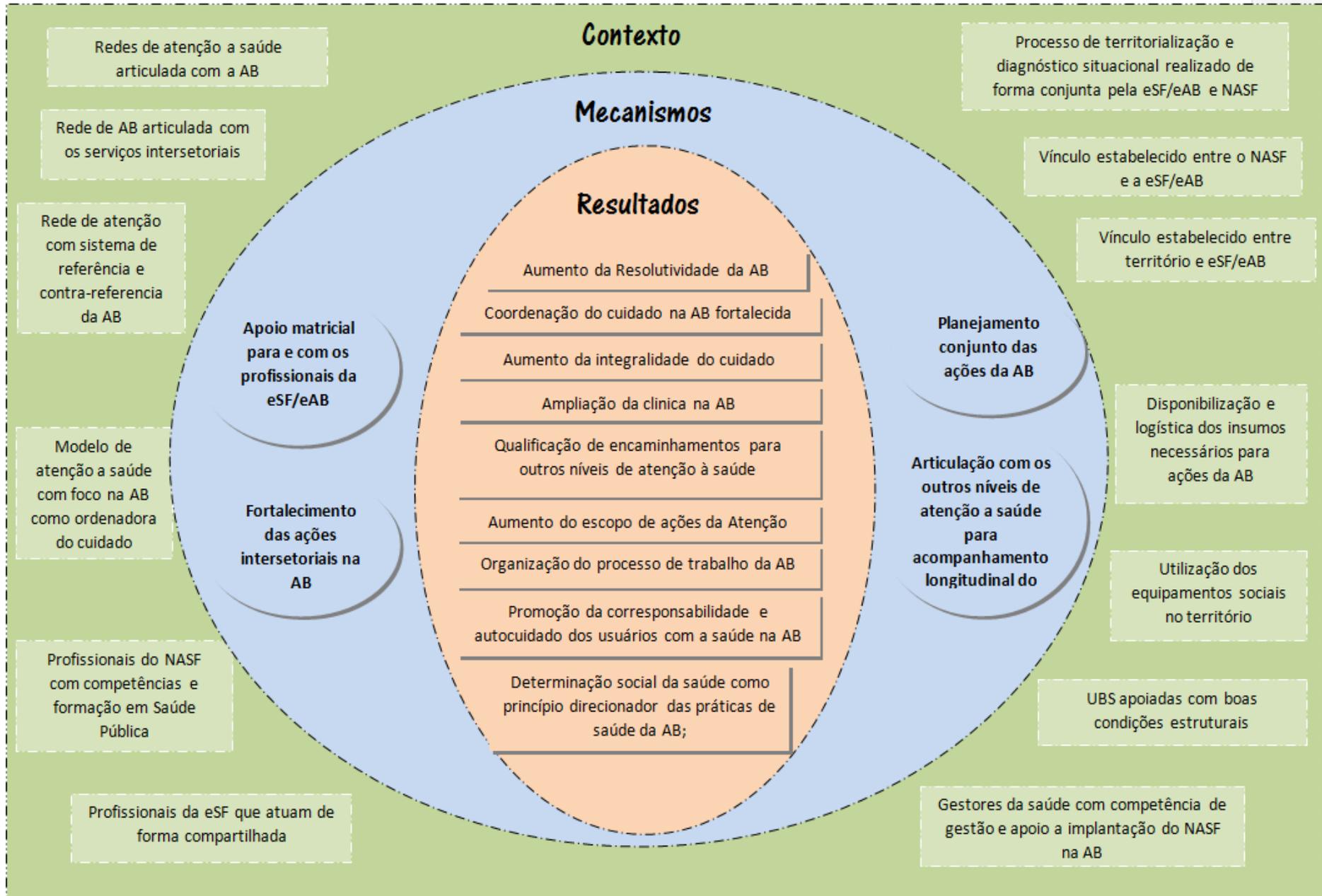
- SOUSA, F. O, S. *et al.* O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1075-1089, dec. 2017.
- SOUZA, F. L. D. *et al.* Implantação do núcleo de apoio a saúde da família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, abr./jun. 2013a.
- SOUZA, F. L. D. *et al.* Percepções sobre qualidade de vida das usuárias de um núcleo de apoio à saúde da família. **Investigação**, Franca, v. 13, n. 3, p. 34-38, 2013b.
- SOUZA, M. C. *et al.* Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.37, n.2, p.176-184, 2013.
- SOUZA, R. O. A.; MACHADO, C. V.; NORONHA, M. F. Desafios da gestão municipal da atenção básica em saúde no Brasil: um estudo de caso. **Rev de Atenção Primária à Saúde**. v. 18, n. 2, 2015.
- SOUZA, T. S. de. **NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?** 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2015.
- SOUZA, T. S. MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 2, p. 145-158, out. 2018.
- SOUZA, T. T.; CALVO, M. C. M. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. **Revista Saúde Pública**, v. 52, n. 41, 2018.
- SPINK, M. J. MENEGON, V. M. & MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.
- SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2003.
- SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physys.**, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.
- TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-51, 2017.
- VOLPONI, P. R. R. GARANHANI, M. L. CARVALHO, B. G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 221-231, dec. 2015.
- WEISS, C. H. Theory-based evaluation: Past, present, and future. **New directions for Program Evaluation**, v. 76, p. 41-55, 1997.
- WESTHORP, G. **Realist impact evaluation: an introduction**. Overseas Development Institute, London, 2014.
- WESTPHAL, M. F. Uso de métodos qualitativos no estudo de movimentos sociais por saúde. In: SPINOLA, A. W. P. et al. (Org.). **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez; p. 117-24, 1992.
- WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.120, n.6, p.472-481, 1996.

WONG, G., WESTHORP, G., PAWSON R, and GREENHALGH, T. **Realist Synthesis**
RAMESES Training Materials. Available at: [http://www.ramesesproject.org/media/
Realist_reviews_training_materials.pdf](http://www.ramesesproject.org/media/Realist_reviews_training_materials.pdf). 2012

**APÊNDICE A: DOCUMENTOS UTILIZADOS PARA CONSTRUÇÃO DA PRÉ
TEORIA INICIAL DA EQUIPE NASF**

Documentos normativos	Conteúdo
Portaria MS/GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008 (BRASIL, 2008)	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
Caderno de Atenção Básica nº 27. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2010a)	Apresentação das diretrizes e processo de trabalho pelo NASF.
Oficina de qualificação do NASF (BRASIL, 2010b)	Discussão sobre a qualificação da atuação das equipes NASF em relação à redução da mortalidade infantil.
Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011)	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas.
Portaria MS/GM nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012)	Redefine os parâmetros de vinculação dos NASF Modalidades 1 e 2 às eSF e/ou eAB para populações específicas e cria a Modalidade NASF 3.
Portaria MS/GM nº 548, de 04 de abril de 2013 (BRASIL, 2013a)	Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os NASF modalidade 1, 2 e 3.
Portaria MS/GM nº 256, de 11 de março de 2013 (BRASIL, 2013b)	Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos NASF no SCNES.
Instrumento de autoavaliação para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. AMAQ NASF (BRASIL, 2013c)	Material de apoio para a autoavaliação das equipes NASF.
Caderno de Atenção Básica nº 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano (BRASIL, 2014)	Material que visa apoiar e ofertar ferramentas para a implantação e qualificação do processo de trabalho do NASF.
Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017)	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica

APÊNDICE B – 1ª VERSÃO DA TEORIA INICIAL APÓS 1ª OFICINA COM INFORMANTES



APÊNDICE C – CMR – VERSÃO APÓS 1ª OFICINA COM INFORMANTES

Contextos	Mecanismos	Resultados
Profissionais da eSF que atuam de forma compartilhada	Apoio matricial para e com os profissionais da eSF/eAB	Aumento da integralidade do cuidado
Profissionais do NASF com competências e formação em Saúde Pública		Ampliação da clínica na AB
Gestores da saúde com competência de gestão e apoio a implantação do NASF na AB	Articulação com os outros níveis de atenção a saúde para acompanhamento longitudinal do usuário na AB	Determinação social da saúde como princípio direcionador das práticas de saúde da AB
Rede de atenção com sistema de referência e contra-referência da AB		Qualificação de encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde
Modelo de atenção a saúde com foco na AB como ordenadora do cuidado	Planejamento conjunto das ações da AB	Aumento da integralidade do cuidado
	Apoio matricial para e com os profissionais da eSF/eAB	
Vínculo estabelecido entre território e eSF/eAB	Fortalecimento da participação popular para cogestão da AB	Promoção da corresponsabilidade e autocuidado dos usuários com a saúde na AB
Vínculo estabelecido entre o NASF e a eSF/eAB		
Redes de atenção a saúde articulada com a AB	Fortalecimento das ações intersetoriais na AB	Aumento da integralidade do cuidado
Rede de AB articulada com os serviços intersetoriais		
Processo de territorialização e diagnóstico situacional realizado de forma conjunta pela eSF/eAB e NASF	Planejamento conjunto das ações da AB	Organização do processo de trabalho da AB
Utilização dos equipamentos sociais no território		Coordenação do cuidado na AB fortalecida
UBS apoiadas com boas condições estruturais	Planejamento conjunto das ações da AB	Aumento do escopo de ações da Atenção Básica
Disponibilização e logística dos insumos necessários para ações da AB		

APÊNDICE D - ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS

Objetivos:

- Identificar os elementos contextuais que influenciam o processo de trabalho do NASF na Saúde da Família;
- Identificar e analisar os mecanismos utilizados pelo programa NASF para alcance dos resultados encontrados na Saúde da Família.
- Identificar os resultados produzidos pelo NASF aos usuários e para Equipe de Saúde da Família

Temas: Saúde da Família, NASF, Saúde, Prevenção, Promoção.

Seções: Seção 1 – Trabalhadores da equipe NASF; Seção 2 – Trabalhadores da eSF; Seção 3: Usuários da ESF

Seção 1: Trabalhadores do NASF

Questão 1: Quais as principais atividades realizadas pelo NASF junto à eSF? e ao território?

Questão 2: Quais são as principais mudanças encontradas nesta eSF a partir da atuação do NASF? E no território?

Questão 3: De que formas essas mudanças foram possíveis?

Questão 4: Quais os fatores que facilitam e dificultam a atuação do NASF?

Seção 2: Trabalhadores da Saúde da Família

Questão 1: Como se dá a atuação do NASF junto a esta eSF?

Questão 2: Quais são as mudanças observadas depois da implantação do NASF junto a esta eSF?

Questão 3: De que forma a atuação do NASF trouxe mudanças na eSF e no território?

Questão 4: Quais são os fatores que contribuem e dificultam a atuação do NASF nesta eSF? e no território?

Seção 3: Usuários da ESF

Questão 1: Como é a atuação dos profissionais do NASF aqui na unidade de saúde?

Questão 2: O que você acha que mudou com a entrada destes profissionais do NASF na unidade de saúde?

Questão 3: O que você acha que facilita e dificulta a atuação do NASF e da Saúde da Família aqui na comunidade?

Questão 4: O que vocês mudariam para melhorar a atuação do NASF nesta unidade?

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

Gestores Distrital e Municipal do NASF

Questão 1: Como é a atuação do NASF junto a ESF? Qual o papel da gestão nesse processo?

Questão 2: Quais são as mudanças observadas depois da implantação do NASF junto a eSF?

Questão 3: Quais são as mudanças observadas no território coberto a partir da ação conjunta ao NASF junto a eSF?

Questão 4: Quais os fatores que dificultam ou impossibilitam a atuação do NASF?

Questão 5: Quais os mecanismos que possibilitam a mudança no processo de trabalho da eSF a partir da atuação do NASF? e no território?

**APÊNDICE F: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
GRUPO FOCAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012,
MS.

Prezado (a) Senhor (a) Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulado “Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação realista” e está sendo desenvolvida por Jonatan Willian Sobral Barros da Silva, do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE, sob a orientação da Professora Dr^a. Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

O objetivo deste estudo é avaliar o desenvolvimento de uma equipe do NASF na cidade do Recife, a partir da avaliação realista. O estudo possui, dentre seus objetivos específicos, a compreensão do contexto e os mecanismos subjacentes associados aos resultados de uma equipe do NASF em Recife-PE.

Solicitamos a sua colaboração para a realização de um grupo focal, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa apresenta riscos mínimos para os participantes, sendo que todos os dados pessoais dos participantes serão mantidos em sigilo. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a).

Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste

estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações)

Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Recife , ____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Jonatan Willian Sobral Barros da Silva Telefone: 81 99754-4103.

**APÊNDICE G: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
ENTREVISTA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012,
MS.

Prezado (a) Senhor (a) Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação realista” e está sendo desenvolvida por Jonatan Willian Sobral Barros da Silva, do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE, sob a orientação da Professora Dr^a. Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

O objetivo deste estudo é avaliar o desenvolvimento de uma equipe do NASF na cidade do Recife, a partir da avaliação realista. O estudo possui, dentre seus objetivos específicos, a compreensão do contexto e os mecanismos subjacentes associados aos resultados de uma equipe do NASF em Recife-PE.

Solicitamos a sua colaboração para a realização de uma entrevista semiestruturada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa apresenta riscos mínimos para os participantes, sendo que todos os dados pessoais dos participantes serão mantidos em sigilo. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a).

Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste

estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações)

Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Recife , ____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Jonatan Willian Sobral Barros da Silva Telefone: 81 99754-4103.

**APÊNDICE H: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
OFICINA COM INFOMANTES**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012,
MS.

Prezado (a) Senhor (a) Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação realista” e está sendo desenvolvida por Jonatan Willian Sobral Barros da Silva, do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE, sob a orientação da Professora Dr^a. Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

O objetivo deste estudo é avaliar o desenvolvimento de uma equipe do NASF na cidade do Recife, a partir da avaliação realista. O estudo possui, dentre seus objetivos específicos, a compreensão do contexto e os mecanismos subjacentes associados aos resultados de uma equipe do NASF em Recife-PE.

Solicitamos a sua colaboração para a participação de oficinas para construção da teoria inicial da equipe NASF, a partir de sua experiência e atuação no programa, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa apresenta riscos mínimos para os participantes, sendo que todos os dados pessoais dos participantes serão mantidos em sigilo. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a).

Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações)

Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Recife , ____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Jonatan Willian Sobral Barros da Silva Telefone: 81 99754-4103.

APÊNDICE I: GRADE DE ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS E ENTREVISTA

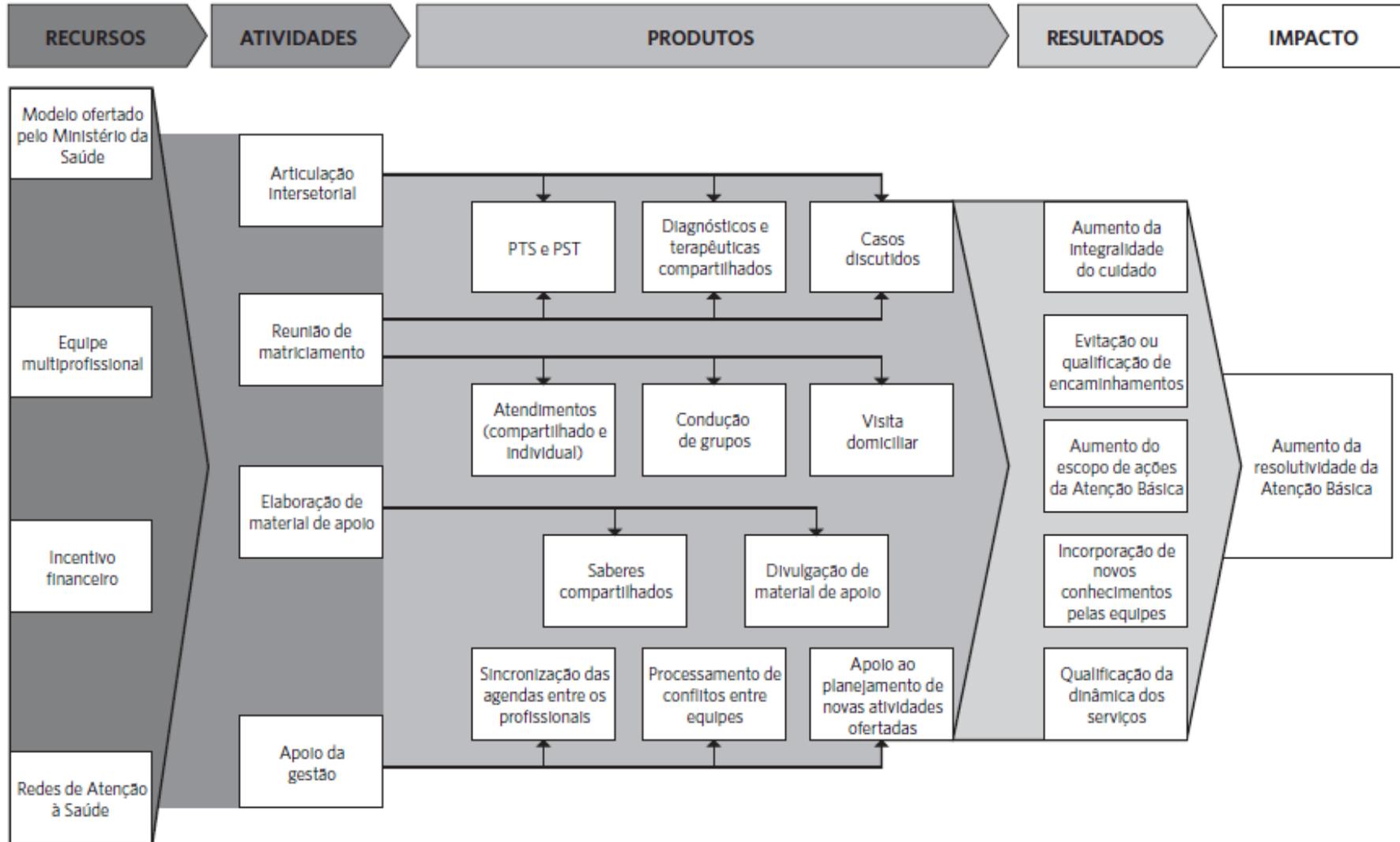
Contexto da Teoria Inicial	Contexto encontrado	Grupo Focal/Entrevista	Fala	Observações	Interações
Profissionais da eNASF e eSF atuando de forma compartilhada					
Profissionais do NASF com competências e formação para atuar em Saúde Pública					
Gestores dos serviços de saúde com competência para a implantação e implementação do NASF					
Rede de atenção à saúde com sistema de referência e contra-referenciada/para a AB					
Modelo de atenção a saúde com foco na AB como coordenadora do cuidado					
Garantia de materiais e insumos necessários para funcionamento dos serviços da AB					
UBS apoiadas pelo NASF com boas condições estruturais					

Articulação com os equipamentos sociais do território					
Processo de territorialização e diagnóstico situacional realizados de forma conjunta pela eSF/eAb e NASF					
Educação permanente efetiva para os profissionais da AB					
Vínculo estabelecido entre o NASF e a eSF/eAB					
Vínculo estabelecido entre território e eSF/eAB/eNASF					
Mecanismo da Teoria Inicial	Mecanismo encontrado	Grupo Focal/Entrevista	Fala	Observações	Interações
Apoio matricial aos profissionais da eSF/eAB					
Fortalecimento das ações intersetoriais					
Fortalecimento das ações de planejamento, assistência, de promoção e prevenção na AB					

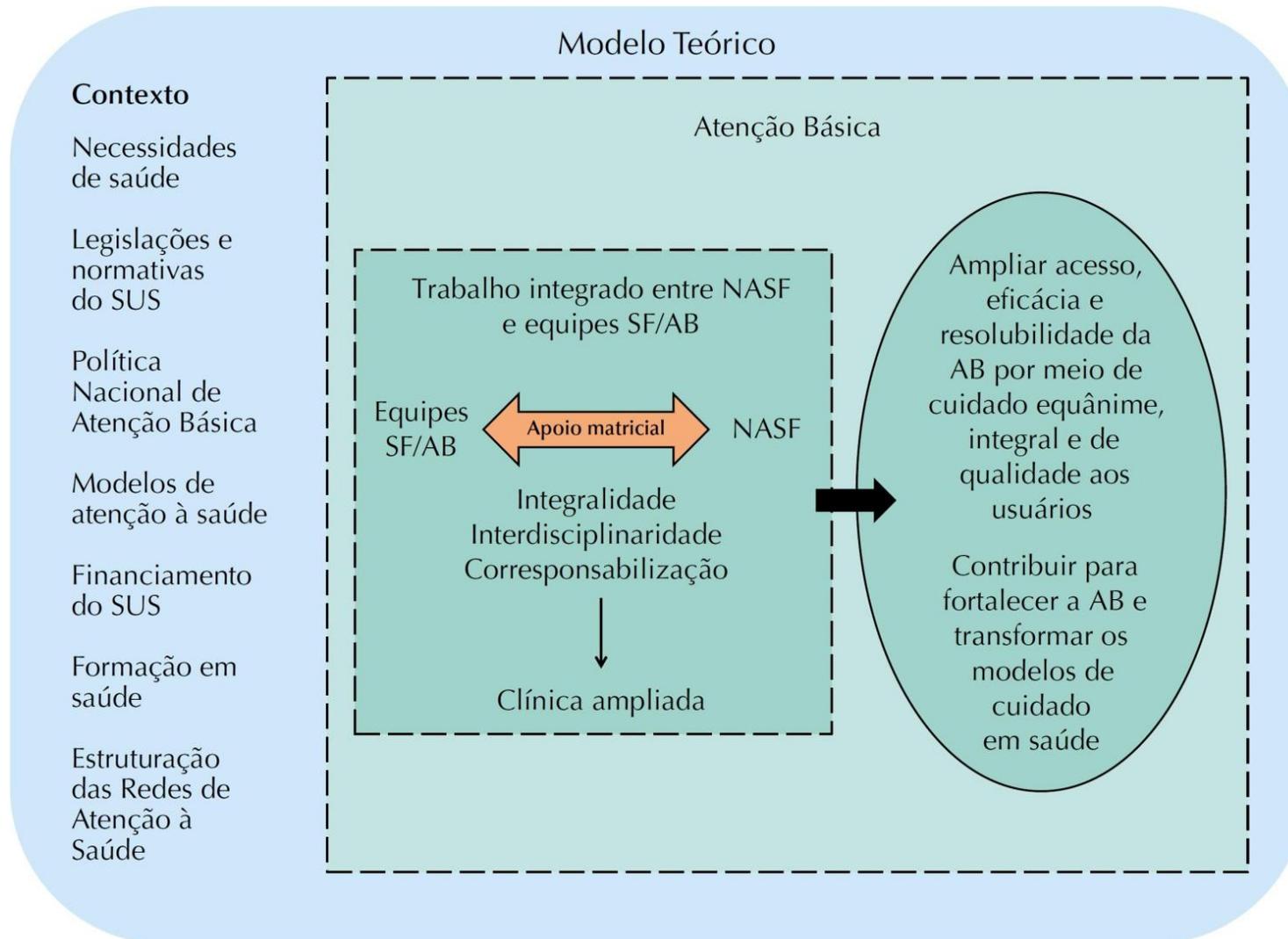
Planejamento conjunto das ações da AB					
Fortalecimento da participação popular para cogestão da AB					
Integração entre os níveis de atenção à saúde para a integralidade do cuidado ao usuário					
Resultado da Teoria Inicial	Contexto encontrado	Grupo Focal/Entrevista	Fala	Observações	Interações
Coordenação do cuidado na AB fortalecida					
Aumento da integralidade do cuidado					
Ampliação da clínica na AB					
Qualificação de encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde					
Aumento do escopo de ações da Atenção Básica Organização do processo de trabalho da AB					
Promoção da corresponsabilidade e autocuidado dos					

usuários com a saúde na AB					
Determinação social do processo saúde-doença como princípio direcionador do modelo de gestão da saúde					
Ampliação do acesso a usuários com alto grau de vulnerabilidade					

ANEXO A: MODELO LÓGICO DO NASF. FONTE: CORREIA ET AL., 2017.



ANEXO B: MODELO TEÓRICO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA. FONTE: SOUZA E CALVO, 2018.



ANEXO C: 1ª CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Jonatan Willian Sobral Barros da Silva**, pesquisador do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, a desenvolver pesquisa no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação realista**", sendo orientado por **Sydia Rosana de Araújo Oliveira**.

Estarei ciente que me são resguardados os direitos listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk (CD)*, uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 05 de outubro de 2018.

Atenciosamente,

Túlio Romério Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Túlio Romério Lopes Quirino
Chefe de Div. de Educação na Saúde
SECRETARIA DE SAÚDE
Med. 10, s. 5-6

ANEXO D: 2ª CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Jonatan Willian Sobral Barros da Silva**, pesquisador do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, a desenvolver pesquisa no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF 1.2 Distrito Sanitário I/USF Coelhos, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação realista"**, sendo orientado por Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 15 de janeiro de 2019.

Atenciosamente,

Tulio Romerio Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Tulio Romerio Lopes Quirino
Chefe da Div. de Educação na Saúde
UFES / DEGTEs / SESAU
Mat. 100.473-6