

Construção de modelo teórico-lógico e matriz de julgamento para avaliação da efetividade do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Theoretical-logical model and judgment matrix of the effectiveness of the Expanded Family Health and Basic Healthcare Centers

Modelo teórico-lógico y matriz de evaluación de la eficacia de los Núcleos Ampliados de Salud de la Familia y Atención Básica

Maria Socorro de Araújo Dias ¹
Lielma Carla Chagas da Silva ¹
Francisca Andreza Nascimento Carvalho ¹
Marina Pereira Moita ^{1,2}
Paloma de Vasconcelos Rodrigues ¹
Maria de Fátima Antero Sousa Machado ³
Lucilane Maria Sales da Silva ⁴
Maria da Conceição Coelho Brito ⁵

doi: 10.1590/0102-311XPT228721

Resumo

A atenção básica requer processos de trabalho orientados pelo agir interprofissional colaborativo para responder às necessidades de saúde. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) atua como importante dispositivo para ampliar as possibilidades de cuidado nesse cenário. Objetiva-se descrever o processo de construção de um modelo teórico-lógico e matriz de julgamento para avaliação da efetividade do NASF-AB. Foi realizado um estudo avaliativo, de abordagem descritivo-qualitativa com uso de pesquisa documental, em que foram selecionados 11 documentos regulamentadores do processo de trabalho do NASF-AB para subsidiar o modelo teórico-lógico. Na elaboração da matriz de julgamento para avaliação da efetividade do NASF-AB, consideraram-se os conceitos fundamentais e as competências esperadas, com a definição de indicadores e critérios para uma avaliação escalonar, a qual permite classificar o NASF-AB em efetivo, potencialmente efetivo, com baixa efetividade e não efetivo. Tanto a estruturação do modelo quanto a aplicação da matriz e sua expressão gráfica são instrumentos que subsidiam o funcionamento ideal do NASF-AB, sendo capazes de orientar a tomada de decisão na gestão e no processo de trabalho, nas dimensões assistencial e pedagógica. Os produtos desta investigação se constituem em dispositivos teórico-metodológicos para subsidiar a avaliação da efetividade do NASF-AB e permitir identificar insuficiências e potências de sua atuação.

Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde

Correspondência

M. P. Moita
Rua José Barbosa Lima 154, Sobral, CE 62040-760, Brasil.
marymoita28@gmail.com

- ¹ Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Brasil.
² Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, Sobral, Brasil.
³ Universidade Regional do Cariri, Crato, Brasil.
⁴ Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Brasil.
⁵ Faculdade Luciano Feijão, Sobral, Brasil.



Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforça que a Estratégia Saúde da Família (ESF) seja fortalecida na rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica (AB) ¹. Para isso, torna-se imprescindível o trabalho interprofissional como um recurso capaz de mudanças do modelo tradicional e potente ferramenta para efetividade das ações dos serviços de saúde ².

Nesse ínterim, é criado, em 2008, por meio da *Portaria nº 154*, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com o objetivo principal de ampliar o escopo das ações e a resolubilidade da AB ³. Em 2017, houve uma mudança de nomenclatura, sendo denominado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Contudo, seus objetivos foram mantidos, sobretudo o de contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) ¹.

Alinhado a essa premissa, o NASF-AB atua segundo o referencial teórico-metodológico de apoio matricial, que se subdivide em apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial. O clínico-assistencial é ofertado por meio de ações clínicas diretas ao paciente e o técnico-pedagógico tem o intuito de produzir ações de apoio educativo, com e para as equipes de referência, baseando-se no trabalho colaborativo ⁴. Embora alguns estudos avaliativos ^{5,6} já tenham sido realizados com foco sobre a atuação do NASF-AB, em que apontam diferentes dimensões, há ainda uma lacuna teórico-metodológica sobre a efetividade, ou seja, os benefícios reais e cotidianos desse dispositivo para a sociedade ⁷. Para além de reconhecer o quão avaliável é e como se organiza, faz-se necessária uma proposta para analisar o nível de efetividade do NASF-AB, a partir de critérios objetivos e mensuráveis, capazes de classificá-lo e que traduzam o arcabouço orientador não somente do NASF-AB, mas todo aquele que fundamenta as garantias previstas pelo SUS.

Evidencia-se, desse modo, a colaboração dos estudos avaliativos para o objeto em análise, pois permite a apreciação de programas e o acompanhamento do desenvolvimento e efeitos alcançados ⁸, além de monitorar a qualidade dos serviços de saúde. Isso dialoga com o reconhecimento da efetividade como atributo desejável à avaliação de resultados de serviços de saúde, correlacionada aos objetivos previstos, cabendo considerar que diferentes potenciais de efetividade repercutem em desfechos distintos para a saúde ^{9,10}.

Os modelos se configuram como ferramentas importantes na averiguação da efetividade de políticas e/ou programas, pois são estruturações que buscam representar determinadas características ou relações de aspectos da realidade, por intermédio de sistemas interligados, para a sua melhor compreensão, ou seja, permitem a explicação lógica e a comparação normativa de um determinado fenômeno com outros. Ademais, instigam novas hipóteses e a reformulação do conhecimento, tornando-o mais simplificado e acessível, em que as conclusões estabelecidas possam ser passíveis de aplicação ¹¹.

Logo, objetiva-se descrever o processo de construção de um modelo teórico-lógico e matriz de julgamento para avaliação da efetividade do NASF-AB.

Métodos

Trata-se de estudo avaliativo, de abordagem descritivo-qualitativa, com uso de pesquisa documental. A escolha por essa tipologia justifica-se pela proposição de uma análise do grau de adequação entre os componentes de determinada intervenção, com uma averiguação da pertinência, lógica, produtividade, efeitos e eficiência, bem como das relações entre a intervenção e o contexto em que se desenvolvem. Desse modo, a avaliação implica julgamento, atribuição de valor ou mérito e medida de sucesso ou não de uma política ou programa público, de acordo com atributos de qualidade determinados ou pactuados ^{12,13}.

Investiu-se no processo de identificação e análise de documentos institucionais que orientam o processo de trabalho do NASF-AB. Foram identificados 11 documentos elaborados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde, em sua página oficial, que forneceram os substratos para a elaboração de dois produtos: o modelo teórico-lógico (MTL) e a matriz de julgamento para avaliação da efetividade do NASF-AB, para os quais foi adotado o design proposto por Cassiolato & Gueresi ¹⁴ e Samico et al. ¹⁵. O MTL do NASF-AB permite averiguar o seu funcionamento e operacionalização; e a matriz de julgamento possibilita verificar o nível de efetividade do processo de trabalho do NASF-AB.

Entende-se por MTL um recurso metodológico para explicar a estrutura de um programa ou política orientada para o resultado. Os modelos teórico-lógicos são ferramentas visuais e sistemáticas para a compreensão da concepção até a organização e articulação de ações integrantes de um programa ou política, bem como dos construtos que fundamentam a produção isolada ou integrada dos resultados esperados sem, no entanto, tentar estabelecer uma relação de causa e efeito^{15,16}.

Na elaboração do MTL, adotou-se o fluxo unidirecional com vistas à clara expressão que o desenvolvimento, ou não, das atividades elencadas repercute no alcance dos resultados previstos. Esclarece-se que a transmutação das informações analisadas nos documentos para compor o MTL foi orientada pelas perguntas: qual é o contexto organizacional do NASF-AB? Quais são os objetivos do NASF-AB? Quais são os componentes e recursos necessários à sua operacionalização? Quais resultados e impacto são esperados?

Seguidamente, procedeu-se à diagramação do MTL, a partir da qual foi elaborada a matriz de julgamento para avaliação da efetividade do NASF-AB. Esse elemento metodológico se orientou pela proposição da definição de critérios, indicadores e parâmetros como aspectos necessários para a condução de uma avaliação. Esclarece-se que a produção de uma matriz suplanta o caráter descritivo, pois permite um julgamento de valor mediado pela análise de mérito sobre determinado objeto¹³.

Na elaboração da matriz de julgamento, partiu-se dos conceitos fundamentais orientadores do processo de trabalho do NASF-AB, a saber: territorialização e responsabilidade sanitária; trabalho em equipe; integralidade; e autonomia dos indivíduos e coletivos. Estabeleceram-se competências representativas de cada conceito e indicadores com a expressividade do processo de trabalho do NASF-AB, considerando o que há previsto nos documentos orientadores analisados. E, para classificar o nível de efetividade, considerou-se a base matemática da média aritmética simples.

Este estudo integrou a pesquisa *Avaliação da Efetividade dos NASF-AB Frente ao Controle Clínico e Qualidade de Vida de Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*, subvencionada pelo Programa de Pesquisas para o SUS (PPSUS-CE), conduzida em conformidade com a *Resolução nº 466/2012*¹⁷, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, sob CAAE nº 69015017.8.0000.5053 e parecer nº 2.102.876/2017).

Resultados

Os resultados do estudo são apresentados considerando a estrutura de funcionamento do NASF-AB e sua efetividade, representados por um modelo teórico-lógico e uma matriz de julgamento, respectivamente.

Modelo teórico-lógico do NASF-AB

Os documentos foram submetidos à leitura e catalogação, na perspectiva de organizá-los cronologicamente e extrair as informações referentes aos substratos teórico-metodológicos indutores da operacionalização do NASF-AB (Quadro 1).

Com a análise documental, evidenciaram-se mudanças no arcabouço que orienta o processo de trabalho do NASF-AB, com a intenção de fomentar o reconhecimento do contexto social e político desse dispositivo. O exame dos documentos subsidiou a elaboração do MTL (Figura 1), estrutura capaz de representar o funcionamento e a operacionalização do dispositivo.

Para caracterização do contexto organizacional do NASF-AB, foram considerados 11 documentos, sendo eles a *Constituição Federal*, a lei de criação do SUS e nove políticas que se configuram na intenção de efetivar as garantias previstas naqueles. Essas políticas estão interligadas ao NASF-AB desde a sua criação, permitindo reconhecer a sustentabilidade das hipóteses assumidas na estruturação do MTL para o alcance dos impactos almejados.

Quadro 1

Descrição dos documentos institucionais orientadores do processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Brasil, 2020.

DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS			
DOCUMENTO	ANO DE PUBLICAÇÃO	EMENTA	CONTRIBUIÇÃO NA ELABORAÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO
<i>Portaria nº 1.065</i> ¹⁸	2005	Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde	Integrou os objetivos e recursos de criação do NASF-AB
<i>Portaria nº 399</i> ¹⁹	2006	Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Neste pacto, destaca-se a diretriz de fortalecimento da AB	Inseriu-se no recurso simbólico, a partir das diretrizes operacionais da AB e NASF-AB
<i>Portaria nº 154</i> ³	2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	Orientou o contexto do NASF-AB, objetivos, recursos organizacionais e as atividades a serem desenvolvidas
<i>Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família</i> ⁴	2010	Apresenta o NASF-AB enquanto ferramenta de apoio à ESF. Insere-se na Rede de Atenção com intuito de ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização das ações da atenção primária à saúde	Subsidiou os objetivos e as atividades a serem desempenhadas pelo NASF-AB
<i>Portaria nº 2.488</i> ²⁰	2011	Aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, da ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde	Apresentou-se transversalmente na estruturação do MTL
<i>Portaria nº 3.124</i> ²¹	2012	Redefine os parâmetros de vinculação dos NASF: modalidades 1 e 2 às equipes saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 3	Orientou a definição dos recursos
<i>PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF</i> ²²	2013	Compõe as ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o PMAQ, como uma das estratégias indutoras de qualidade pelo Ministério da Saúde	Orientou as atividades a serem desempenhadas pelo NASF-AB

(continua)

Quadro 1 (continuação)

DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS			
DOCUMENTO	ANO DE PUBLICAÇÃO	EMENTA	CONTRIBUIÇÃO NA ELABORAÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO
<i>Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a Gestão e para o Trabalho Cotidiano</i> ²³	2014	Destaca o NASF-AB como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da AB. Reafirma o apoio e oferece ferramentas para a implementação e a qualificação do processo de trabalho do NASF-AB, em consonância com as diretrizes PNAB	Norteou os componentes e sinalizou as atividades a serem desempenhadas junto às ESF
<i>Portaria nº 2.436</i> ¹	2017	Aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do SUS	Subsidiou a definição das atividades que competem ao NASF-AB
<i>Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ)</i> ²⁴	2017	Induz a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de maior qualidade, transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB	Fundamentou as atividades a serem desempenhadas pelo NASF-AB
<i>Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS</i> ²⁵	2020	Apresenta a revogação das normativas que definem os parâmetros e custeio do NASF-AB	Integrou recurso organizacional

AB: atenção básica; ESF: Estratégia Saúde da Família; MTL: modelo teórico-lógico; PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade; PNAB: Política Nacional de Atenção Básica; SUS: Sistema Único de Saúde.
 Fonte: dados da pesquisa, 2020.

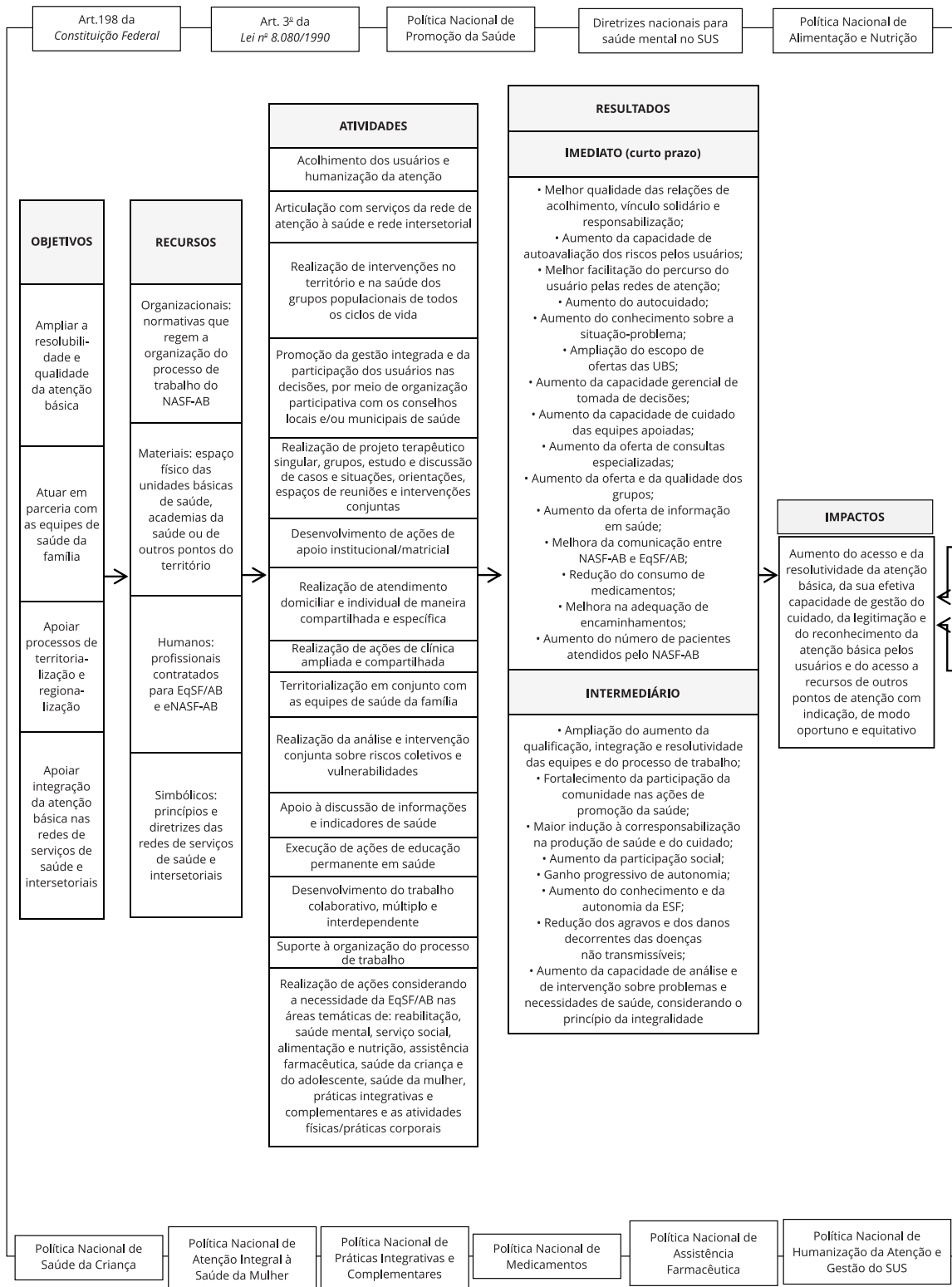
Desse modo, foram definidos os objetivos, os quais traduzem o alcance geral que se almeja com a operacionalização do NASF-AB. O MTL foi elaborado considerando quatro objetivos e, seguidamente, procedeu-se ao reconhecimento dos recursos necessários para a operacionalização desse dispositivo. Os recursos foram classificados da seguinte maneira: (i) organizacionais – normativas necessárias para a operacionalização do processo de trabalho do NASF-AB; (ii) materiais – espaço físico necessário para o desenvolvimento das ações com a população adscrita; (iii) humanos – composição das equipes de saúde da família na AB (EqSF/AB) e NASF-AB; e (iv) simbólicos – valores preconizados pelo SUS e AB.

Estabelecidos os recursos, foram identificados os componentes essenciais ao processo de trabalho do NASF-AB, em um total de 15, mediados pelos conceitos fundamentais que orientam a operacionalização desse dispositivo e o desenvolvimento das atividades apresentadas no MTL. A partir dessas atividades, investiu-se nos resultados almejados e no impacto do NASF-AB.

O MTL apresentado estrutura o funcionamento do NASF-AB. Contudo, é oportuna a tradução desses componentes em critérios que sejam capazes de anunciar o nível de efetividade desse dispositivo. Nesse intento, elaborou-se uma matriz de julgamento para avaliação da efetividade do NASF-AB.

Figura 1

Modelo teórico-lógico do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Brasil, 2020.



EqSF/AB: equipes de saúde da família e atenção básica; ESF: Estratégia Saúde da Família; SUS: Sistema Único de Saúde; UBS: unidades básicas de saúde.

Matriz de julgamento para avaliação da efetividade do NASF-AB

Na elaboração da matriz de julgamento, foram definidos critérios objetivos e mensuráveis, capazes de traduzir o nível de efetividade do NASF-AB, induzidos por meio dos conceitos fundamentais orientadores do processo de trabalho desse dispositivo. Considerando que cada conceito representa a expectativa que enseja uma capacidade para sua concretização, foram definidas competências específicas para cada um deles.

Para averiguar as competências, estabeleceram-se 14 indicadores traduzidos das evidências sobre o dispositivo e que subsidiaram o MTL, com n_i (valor atribuído por indicador) variando de 1 (mínimo) a 10 (máximo). Essa variação foi opção metodológica e alinhada aos referenciais adotados. A matriz tem pontuação mínima de 14 e máxima de 140 pontos (Quadro 2).

A matriz apresenta-se escalonada, conforme valor atribuído ao indicador, em cinco estratos: 1 critério presente = 1 ponto; 2 critérios presentes = 4 pontos; 3 critérios presentes = 6 pontos; 4 critérios presentes = 8 pontos; 5 critérios presentes = 10 pontos. Esclarece-se que a descrição do valor depende do atendimento do indicador examinado a partir de critérios qualitativos, apresentados no Quadro 3.

Para definição do nível de efetividade (N) do NASF-AB, após a análise crítico-reflexiva e atribuição de valor a cada indicador, apresenta-se a fórmula baseada em uma média aritmética simples:

$$N = \frac{\sum_{i=1}^{14} n_i}{14}$$

Em que: N representa o nível de efetividade, expresso por um valor médio originado do somatório dos valores (pontuação) obtidos em cada indicador (n_i), e dividido pelo total de indicadores. O resultado obtido traduz o nível de efetividade do NASF-AB, classificado nos estratos a seguir:

NASF-AB efetivo: $9 \leq N \leq 10$

NASF-AB potencialmente efetivo: $7 \leq N < 9$

NASF-AB com baixa efetividade: $5 \leq N < 7$

NASF-AB não efetivo: $N < 5$

O alcance de determinado estrato de efetividade da matriz incorpora a valoração de indicadores. A aplicação da matriz e seus valores obtidos podem ser apresentados em uma expressão gráfica que possibilita uma representação visual dos elementos estruturantes do nível de efetividade do NASF-AB. Oportunamente, apresenta-se a Figura 2, com dados hipotéticos (não empíricos), para visualização da expressão gráfica quando considerada sua aplicação.

A expressão gráfica possibilita a visualização objetiva de cada indicador e a nota atribuída, segundo atendimento dos critérios específicos. Em cada indicador há uma linha que interliga os valores obtidos, representando a interdependência de cada indicador para o alcance da efetividade e melhor visualização das potencialidades e fragilidades do NASF-AB.

Discussão

O contexto histórico e político que norteou a criação e consolidação do NASF-AB reflete as reformulações no campo da saúde coletiva e a intenção de ampliar o escopo de ações e resolubilidade da AB²⁶. Dessa forma, é possível compreender a complexidade e o contexto envolto na institucionalização, implantação e implementação, a partir das políticas e portarias que regem este dispositivo.

A estruturação do MTL do NASF-AB está embasada nos pressupostos da PNAB, ao trazer à tona o trabalho compartilhado e interdisciplinar, a partir da troca de saberes, da territorialização, da educação permanente em saúde, da educação popular, da integralidade, da participação social, da promoção da saúde, da humanização e da articulação com as redes de atenção à saúde e a rede intersetorial^{4,20}.

São destacados na literatura desafios para a atuação do NASF-AB referentes à compreensão do processo de trabalho pelas equipes apoiadas, relações interprofissionais e disposição dos aspectos físicos. Nesse intento é que se propôs elaborar o MTL, pois possibilita visualizar recursos organizacionais, simbólicos, humanos e materiais, respectivamente, e refletir sobre potenciais desafios e caminhos para transformar o modo de produzir saúde, repercutindo na reestruturação e organização do processo de trabalho centralizado nas tecnologias das relações^{27,28}.

Quadro 2

Matriz de julgamento do nível de efetividade do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Brasil, 2020.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS	COMPETÊNCIAS ESPERADAS	INDICADORES RELATIVOS	VALOR MÁXIMO ESPERADO	DESCRIÇÃO DO VALOR *	VALOR N ATRIBUÍDO À EFETIVIDADE DO NASF-AB
I. Territorialização e responsabilidade sanitária	Desenvolver raciocínio clínico, epidemiológico e sociopolítico sobre a realidade sanitária	Realização de diagnóstico situacional (n_1)	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	$N = \frac{\sum_{i=1}^{14} n_i}{14}$ (onde n_i representa o valor atribuído em cada indicador)
		Planejamento com base nos problemas de maior impacto sobre a saúde da população (n_2)	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	
		Manejo de riscos, de vulnerabilidades e de potencialidades coletivas (n_3)	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	
		Monitoramento e avaliação do processo de trabalho (n_4)	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	
II. Trabalho em equipe	Realizar trabalho colaborativo e interdependente com maior capacidade de análise e intervenção para indivíduos e coletivos	Articulação com a EqSF/AB no planejamento e execução das ações (n_5)	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	
		Apoio matricial com foco em apoio técnico-pedagógico à EqSF/AB (n_6)	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	
		Apoio matricial com foco em apoio clínico-assistencial a EqSF/AB (n_7)	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	
		Realização de visitas domiciliares, consultas compartilhadas e de elaboração de PTS com a participação da EqSF/AB (n_8)	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	

(continua)

Quadro 2 (continuação)

CONCEITOS FUNDAMENTAIS	COMPETÊNCIAS ESPERADAS	INDICADORES RELATIVOS	VALOR MÁXIMO ESPERADO	DESCRIÇÃO DO VALOR *	VALOR N ATRIBUÍDO À EFETIVIDADE DO NASF-AB
III. Integralidade	Desenvolver a gestão do cuidado integral considerando as redes assistenciais de saúde	Reconhecimento dos pontos das redes de atenção à saúde (n_9)	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	$N = \frac{\sum_{i=1}^{14} n_i}{14}$ (onde n_i representa o valor atribuído em cada indicador)
		Desenvolvimento de ações intersetoriais integrando projetos e redes comunitárias de apoio social (n_{10})	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	
		Avaliação de casos complexos e classificação de risco (n_{11})	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	
IV. Autonomia dos indivíduos e coletivos	Promover a capacidade de governança dos indivíduos em relação a sua própria vida	Acolhimento por meio de uma escuta qualificada das necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos (n_{12})	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	
		Vínculos solidários e longitudinais entre profissional-usuário-família-comunidade (n_{13})	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	
		Estímulo ao protagonismo individual e coletivo na produção do cuidado e promoção da saúde (n_{14})	10	10 pontos ($90\% \leq x \leq 100\%$); 8 pontos ($70\% \leq x < 90\%$); 6 pontos ($50\% \leq x < 70\%$); 4 pontos ($30\% \leq x < 50\%$); 1 ponto ($x < 30\%$)	
TOTAL DO VALOR ATRIBUÍDO AOS INDICADORES DE EFETIVIDADE			140		

EqSF/AB: equipes de saúde da família e atenção básica; PTS: projeto terapêutico singular.

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

* x representa a porcentagem de atendimento ao indicador.

Quadro 3

Critérios qualitativos para a pontuação dos indicadores.

INDICADOR	CRITÉRIOS
Diagnóstico situacional	<ul style="list-style-type: none"> i. Identificação de um quadro de problemas; ii. Estabelecimento de ordem de relevância dos problemas; iii. Conhecimento dos indicadores de saúde do território; iv. Conhecimento dos indicadores gerais de saúde do município; v. Caracterização da população adscrita por área de abrangência
Planejamento com base nos problemas de maior impacto sobre a saúde da população	<ul style="list-style-type: none"> i. Elaboração de ações de forma lógica e objetiva, correlacionando-as com os resultados esperados; ii. Inserção de outros atores sociais na construção e implementação das atividades; iii. Execução das ações estabelecidas; iv. Monitoramento das ações executadas; v. Construção de plano de avaliação das ações
Manejo de riscos, de vulnerabilidades e de potencialidades coletivas	<ul style="list-style-type: none"> i. Participação ativa no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação para a identificação dos principais determinantes sociais de saúde; ii. Estabelecimento da frequência das principais necessidades de saúde do território; iii. Utilização de tecnologias diversas para o manejo das necessidades identificadas; iv. Estabelecimento das necessidades de saúde, considerando os principais riscos e vulnerabilidades do território; v. Reconhecimento dos principais fatores de riscos e pontos de vulnerabilidade no território
Monitoramento e avaliação do processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> i. Acompanhamento sistemático das atividades realizadas; ii. Utilização de ferramentas de registros das atividades; iii. Realização de avaliação das ações da equipe; iv. Estabelecimento de agendas de discussão compartilhadas de planejamento; v. Execução das atividades, identificação de necessidades de readequação do processo de trabalho
Articulação com a EqSF/AB no planejamento e execução das ações	<ul style="list-style-type: none"> i. Realização de trabalho interdisciplinar e em equipe; ii. Uso de ferramentas/estratégias de cuidado compartilhado; iii. Estabelecimento de agendas de discussão compartilhadas de planejamento e execução das atividades; iv. Elaboração de planos de ação compartilhados; v. Tomada de decisões de forma dialógica e coletiva
Apoio matricial com foco em apoio técnico-pedagógico à EqSF/AB	<ul style="list-style-type: none"> i. Estabelecimento de atividades de educação permanente; ii. Articulação e condução de grupos educativos; iii. Criação de espaços coletivos de discussão; iv. Reconhecimento do uso da EP como ferramenta organizacional das ações em saúde; v. Reuniões interdisciplinares periódicas para educação permanente
Apoio matricial com foco em apoio clínico-assistencial à EqSF/AB	<ul style="list-style-type: none"> i. Atendimento compartilhado; ii. Realização/construção de agenda para atendimento individual específico; iii. Realização de atendimento domiciliar; iv. Realização de intervenções específicas com usuários e famílias; v. Organização de fluxo de atendimento
Realização de visitas domiciliares, consultas compartilhadas e de elaboração de PTS com a participação da EqSF/AB	<ul style="list-style-type: none"> i. Estabelecimento de agenda para discussão de casos; ii. Construção compartilhada de PTS; iii. Registro de agenda de consultas compartilhadas; iv. Realização de atendimento domiciliar para orientação; v. Avaliação e elaboração de planos de cuidados em saúde e monitoramento de casos complexos

(continua)

Quadro 3 (continuação)

INDICADOR	CRITÉRIOS
Reconhecimento dos pontos das redes de atenção à saúde	i. Estabelecimento de comunicação dialógica com os diferentes pontos da rede; ii. Apoio às ações do PSE; iii. Reconhecimento dos fluxos das redes de atenção à saúde; iv. Apoio às ações de cuidado em saúde mental (CAPS); v. Registros de encaminhamentos de referência e contrarreferência, inferindo corresponsabilização pós-referência
Desenvolvimento de ações intersetoriais integrando projetos e redes comunitárias de apoio social	i. Identificação de parceiros e recurso na comunidade para potencializar as ações; ii. Estabelecimento de vínculo com as forças políticas que atuam no território; iii. Ações coletivas para a produção de cidadania; iv. Comunicação efetiva com outros setores; v. Desenvolvimento/construção de espaços de controle social
Avaliação de casos complexos e classificação de risco	i. Estabelecimento de agenda para discussão compartilhada de casos complexos; ii. Uso de ferramentas de classificação de risco; iii. Definição de fluxos de atendimento para casos complexos; iv. Realização de atendimento domiciliar para avaliação; v. Orientação e monitoramento de casos complexos, com estabelecimento de agenda programada para estudo desses casos, com posterior encaminhamento e tomada de decisão compartilhada
Acolhimento por meio de uma escuta qualificada das necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos	i. Desenvolvimento da capacidade e disponibilidade para acolhimento com escuta qualificada; ii. Estabelecimento de escuta humanizada; iii. Realização de acolhimento qualificado em situações de risco social ou afetivo-cultural; iv. Registros das principais necessidades de saúde do território; v. Realização de apoio, acolhimento e orientação a indivíduos e coletividades
Vínculos solidários e longitudinais entre profissional-usuário-família-comunidade	i. Participação ativa em espaços de discussão comunitária; ii. Desenvolvimento de espaços de gestão participativa; iii. Atendimento compartilhado em outros espaços da comunidade; iv. Articulação com espaços comunitários para o desenvolvimento de atividades de geração de renda; v. Desenvolvimento de atividades culturais e esportivas na comunidade
Estímulo ao protagonismo individual e coletivo na produção do cuidado e promoção da saúde	i. Desenvolvimento de ações para a promoção de hábitos de vida saudáveis; ii. Condução efetiva de grupos terapêuticos; iii. Mobilização da participação comunitária; iv. Uso de ferramentas que potencializam o autocuidado; v. Desenvolvimento de atividades de promoção da saúde com grupos específicos

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; EP: educação permanente; EqSF/AB: equipes de saúde da família e atenção básica;

PSE: Programa Saúde na Escola; PTS: projeto terapêutico singular.

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

O monitoramento das ações e institucionalização da avaliação em saúde é estratégia essencial para qualificar a gestão dos serviços de saúde e orientar mudanças de práticas, a fim de alcançar os objetivos almejados³². Portanto, a matriz configura-se como uma ferramenta para avaliação da efetividade do NASF-AB, esclarecendo aspectos a serem potencializados para uma atuação de qualidade e que favoreça a perspectiva interprofissional nos serviços de saúde.

As ações produzidas pelo NASF-AB possibilitam classificá-lo quanto a sua efetividade. Classificar a efetividade do NASF-AB induz ao reconhecimento das diversas realidades em que as equipes estão inseridas e as fragilidades e potencialidades nos processos de trabalho³³.

Outrossim, a aplicação da matriz e da expressão gráfica possibilita um processo avaliativo da efetividade do NASF-AB, que, quando realizado de forma participativa e integrada, permite detectar aspectos a serem mantidos e/ou potencializados e insuficiências a serem superadas, contribuindo para impulsionar a gestão de qualidade e a melhoria contínua de processos de trabalho³⁴ das equipes NASF-AB.

Conclusão

Na elaboração do MTL, examinaram-se 11 documentos regulamentadores do NASF-AB, de modo a permitir um arcabouço organizacional, de diretrizes, programas e políticas específicas relativas ao funcionamento e operacionalização do dispositivo. Com fluxo unidirecional, a estruturação do MTL considerou: contexto, objetivos, recursos, componentes, atividades, resultados e impacto, os quais traduzem o funcionamento ideal do NASF-AB.

Reconhecendo que a implementação do NASF-AB apresenta particularidades, foi proposta uma matriz de julgamento para avaliação da efetividade, a partir dos conceitos fundamentais que orientam o processo de trabalho desse dispositivo. Com isso, houve uma proposição de avaliação escalonar, conforme atendimento dos critérios especificados para cada indicador estabelecido para a matriz.

A averiguação do nível de efetividade do NASF-AB, a partir da matriz elaborada, é capaz de classificá-lo como efetivo, potencialmente efetivo, com baixa efetividade ou não efetivo. Graficamente, realizou-se a propositura de uma expressão da efetividade do NASF-AB, considerando os valores atribuídos aos indicadores da matriz.

Os produtos elaborados são proposições para orientar a avaliação do NASF-AB, considerando, em essência, a idealização do seu funcionamento. Entretanto, apesar de incorporar o amplo arcabouço que sustenta o dispositivo, devem ser aplicados com cautela, em contextos específicos, e examinados a partir de potenciais fatores intervenientes. Reconhece-se, portanto, que ser um estudo de base documental é uma limitação.

Recomenda-se a transposição dos produtos para o campo prático, com o desenvolvimento de estudos que avaliem a efetividade do NASF-AB, aferindo seus níveis. Além disso, espera-se que futuras pesquisas se comprometam a identificar insuficiências e potências da atuação do NASF-AB, a partir de indicadores relativos às dimensões assistencial e pedagógica.

Colaboradores

M. S. A. Dias e L. C. C. Silva contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. F. A. N. Carvalho, M. P. Moita e P. V. Rodrigues contribuíram com a análise e interpretação dos dados e redação do artigo. M. F. A. S. Machado e L. M. S. Silva contribuíram com a concepção do estudo e revisão crítica do artigo. M. C. C. Brito contribuiu com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo. Todas as autoras aprovaram a versão final a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Informações adicionais

ORCID: Maria Socorro de Araújo Dias (0000-0002-7813-547X); Lielma Carla Chagas da Silva (0000-0002-2688-9309); Francisca Andreza Nascimento Carvalho (0000-0002-7141-3246); Marina Pereira Moita (0000-0002-1920-480X); Paloma de Vasconcelos Rodrigues (0000-0003-0066-1485); Maria de Fátima Antero de Sousa Machado (0000-0002-2541-8441); Lucilane Maria Sales da Silva (0000-0002-3850-8753); Maria da Conceição Coelho Brito (0000-0002-3484-9876).

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap), à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), à Secretaria de Ciência e Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo subsídio financeiro para realização da pesquisa, por meio do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS- CE, edital nº 01/2017, processo nº 3761453/2017).

Referências

1. 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 União 2017; 22 set.
2. Escalda P, Parreira CMSF. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. Interface (Botucatu) 2018; 22 Suppl 2:1717-27.
3. 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 União 2008; 4 mar.
4. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Caderno de Atenção Básica, 27). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
5. Souza TT, Calvo MCM. Avaliabilidade dos núcleos de apoio à saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. Rev Saúde Pública 2018; 52:41.
6. Correia PCL, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Saúde Debate 2017; 41 (n. esp):345-59.
7. Secoli SR, Nita ME, Ono-Nita SK, Nobre M. Avaliação de tecnologia em saúde. II. A análise de custo-efetividade. Arq Gastroenterol 2010; 47:329-33.
8. Serapioni M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. Sociologia 2016; 31:59-80.
9. Silveira Filho AD, Moysés SJ, Kusma SZ, Moysés ST. Potencial de efetividade as estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. Rev Bras Epidemiol 2016; 19:851-65.
10. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114:1115-8.
11. Braga AC. Construção de modelo teórico de inovação tecnológica em clusters industriais para contribuir com o planejamento e desenvolvimento regional [Dissertação de Mestrado]. Ponta Grossa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2015.
12. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
13. Ubarana JA. Avaliação da implantação do Sistema de Acompanhamento, Controle e Avaliação de Resultados (e-Car) na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2017.

14. Cassiolato M, Guerresi GS. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT_n06_Como-elaborar-modelo-logico_Disoc_2010-set.pdf (acessado em 29/Jul/2020).
15. Samico I, Felisbelo E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.
16. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EdUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 41-74.
17. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 2013; 13 jun.
18. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Diário Oficial da União 2005; 5 jul.
19. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006; 23 fev.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011; 29 out.
21. 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, cria Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2012; 29 dez.
22. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
23. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 39).
24. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
25. Departamento de Saúde da Família, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde. Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf> (acessado em 29/Jul/2020).
26. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. Saúde Debate 2018; 43:328-40.
27. Nascimento GA, Cordeiro JC. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. Trab Educ Saúde 2019; 17:e0019424.
28. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de apoio à saúde da família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. Saúde Debate 2018; 42:130-44.
29. Vitorino SAS, Cruz MM, Barros DC. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. Cad Saúde Pública 2017; 33:e00014217.
30. Winterton J. Competence across Europe: highest common factor or lowest common denominator? Journal of European Industrial Training 2009; 33:681-700.
31. Shimizu HE, Frageli TBO. Competências profissionais essenciais para o trabalho no núcleo de apoio à saúde da Família. Rev Bras Educ Med 2016; 40:216-25.
32. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde Debate 2018; 42(n. esp1):208-23.
33. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? Saúde Debate 2018; 42:145-58.
34. Oliveira RTQ, Ignacio CF, Moraes Neto AHA, Barata MML. Matriz de avaliação de programas de promoção da saúde em territórios de vulnerabilidade social. Ciênc Saúde Colet 2017; 22:3915-32.

Abstract

Primary health care requires work processes guided by collaborative inter-professional action to respond to health care needs. The Expanded Family Health and Basic Healthcare Center (NASF-AB) acts as an important device to expand the possibilities of care in this scenario. This study aims to describe the process of constructing a theoretical-logical model and judgment matrix to evaluate the effectiveness of the NASF-AB. Evaluative study, with a descriptive-qualitative approach using documentary research, in which 11 documents regulating the work process of NASF-AB were selected to support the theoretical-logical model. For the elaboration of the judgment matrix to evaluate the effectiveness of NASF-AB, we considered the fundamental concepts and expected competencies, with the definition of indicators and criteria for a staggered evaluation, which allows classifying the NASF-AB as effective, potentially effective, low effectiveness, and non-effective. Both the structuring of the model and the application of the matrix and its graphic expression are instruments that support the ideal functioning of the NASF-AB, being able to guide decision-making in the management and work process, in the care and pedagogical dimensions. The products of this investigation constitute theoretical and methodological devices to support the evaluation of the effectiveness of NASF-AB and to identify the weaknesses and potencies of its performance.

Primary Health Care; Health Policy; Health Services Research

Resumen

La atención primaria requiere procesos de trabajo guiados por la acción colaborativa interprofesional para satisfacer las necesidades de salud. El Núcleo Ampliado de Salud Familiar y Atención Básica (NASF-AB) actúa como un importante dispositivo para ampliar las posibilidades de atención en este escenario. El objetivo es describir el proceso de construcción de un modelo teórico-lógico y una matriz de evaluación de la eficacia del NASF-AB. Estudio evaluativo de abordaje descriptivo-cualitativo con uso de investigación documental, en el que se seleccionaron 11 documentos reguladores del proceso de trabajo del NASF-AB para subsidiar el modelo teórico-lógico. Para la elaboración de la matriz de evaluación para la evaluación de la eficacia del NASF-AB, se consideraron los conceptos fundamentales y las competencias esperadas, con la definición de indicadores y criterios para una evaluación escalonada que permite clasificar el NASF-AB en eficaz, potencialmente eficaz, poco eficaz y no eficaz. Tanto la estructuración del modelo como la aplicación de la matriz y su expresión gráfica son instrumentos que subsidian el funcionamiento ideal del NASF-AB, pudiendo orientar la toma de decisiones en la gestión y en el proceso de trabajo, en las dimensiones asistencial y pedagógica. Los resultados de esta investigación se constituyen en dispositivos teórico-metodológicos para subsidiar la evaluación de la eficacia del NASF-AB y permitir la identificación de insuficiencias y potencialidades de su actuación.

Atención Primaria de Salud; Política de Salud; Investigación sobre Servicios de Salud

Recebido em 06/Out/2021
Versão final reapresentada em 28/Set/2022
Aprovado em 06/Out/2022