



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍIA**

MIRNIS APARECIDA VIEIRA DE MACEDO

**ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA
NO CEARÁ EM SUA DIMENSÃO POLÍTICA E GERENCIAL NOSSISTEMAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE**

**FORTALEZA – CEARÁ
2023**

MIRNIS APARECIDA VIEIRA DE MACEDO

ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA
NO CEARÁ EM SUA DIMENSÃO POLÍTICA E GERENCIAL NOS SISTEMAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Morais.

FORTALEZA – CEARÁ

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo SidUECE, mediante os dados fornecidos pelo(a)

Macedo, Mirnis Aparecida Vieira de.

Organização das equipes multiprofissionais na atenção básica no Ceará em sua dimensão política e gerencial nos sistemas municipais de saúde [recurso eletrônico] / Mirnis Aparecida Vieira de Macedo. - 2023.

110 f. : il.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Programa de Pós-graduação Em Saúde da Família - Mestrado Profissional, Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof.^a Dra. Ana Patricia Pereira Morais.

1. Atenção primária à saúde. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Políticas, planejamento e administração em saúde. 4. Modelos de assistência à saúde. 5. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção bás. I. Título.

MIRNIS APARECIDA VIEIRA DE MACEDO

ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA
NO CEARÁ EM SUA DIMENSÃO POLÍTICA E GERENCIAL NOS SISTEMAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovado em: 30 de março de 2023

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Moraes (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Antônio Germane Alves Pinto

Universidade Regional do Cariri – URCA



Prof. Dr José Maria Ximenes Guimarães

Universidade Estadual do Ceará – UECE

Aos meus pais e à minha filha com todo
meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, por tudo que sou, por estar sempre presente em minha vida, por me trazer lições, ajudando-me a crescer e fortalecer meu espírito, por ser meu refúgio e fonte inesgotável de fé.

À minha família, pelo apoio incondicional, em especial a minha filha por ser minha inspiração diária. Obrigada por tudo!

À minha orientadora, professora e doutora Ana Patrícia por todos os incentivos, carinho e paciência. Agradeço também ao professor Doutor José Maria Ximenes Guimarães, por ser minha inspiração na saúde pública e por todos os conhecimentos, reflexões e luz em meu caminho. Obrigada pela confiança depositada em mim. Agradeço também ao professor Doutor Paulo Cesar, por toda atenção e disponibilidade nesta caminhada.

Aos colegas do mestrado, pelo companheirismo durante o curso e amizade construída, em particular Paulo Henrique, Mariana, Amanda, Leide, Pedro, Geovana, Karusa pela amizade e confiança.

À secretária do mestrado profissional em Saúde da Família, nucleadora UECE, Arlene, pela cordialidade e receptividade sempre presente e disponível.

A todos os secretários de saúde e coordenadores de saúde que gentilmente aceitaram colaborar com a pesquisa. A vocês que são mais que gestores, são militantes na luta por um serviço de atenção primária resolutivo, meu muito obrigado.

“A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento”

(Frederick Herzberg)

RESUMO

As Equipes Multiprofissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde brasileira, tem como finalidade de complementar a rede de atenção e cuidados oferecidos pela Estratégia de Saúde da Família em seus devidos territórios de atuação. Tais equipes são compostas por profissionais da áreas da saúde como por exemplo, médico acupunturista, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, entre outros, permitindo, a partir do conhecimento específico destes profissionais, a construção conjunta de projetos terapêuticos que ampliem e qualifiquem as intervenções de grupos populacionais. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo analisar a organização das equipes multiprofissional no estado do Ceará, Brasil, com suporte na dimensão política e gerencial. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com os gestores de saúde do estado do Ceará, Brasil, tendo como instrumento de coleta de dados um questionário eletrônico composto por 6 questões abertas sobre a decisão de manter ou não as equipes, a organização das equipes, o impacto do previne nas equipes multiprofissionais, o gerenciamento das equipes, a repercussão das equipes na saúde da população, e os desafios da gestão nas equipes multiprofissionais e 14 questões fechadas que foram enviado para os participantes via e-mail. Dos 184 gestores de saúde municipais convidados, 80 deles aceitaram participar mediante aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado juntamente com o questionário a ser respondido. Os dados obtidos foram submetidos à uma análise de conteúdo, em uma aproximação da perspectiva crítico-reflexiva. Os resultados evidenciaram: o entendimento dos gestores municipais em manter as equipes, e as limitações a respeito das políticas e organizacionais das equipes multiprofissionais que atuam na área da saúde é um diferencial para seguir com melhorias para Atenção Primária à Saúde; os gestores consideram o financiamento como a maior barreira para o gerenciamento das Equipes Multiprofissionais visto que o atual financiamento da APS, o Previne Brasil não valoriza as equipes como também não contempla indicadores para estas equipes; a vigência de um modelo biomédico na cultura de profissionais, gestores e população; a necessidade de novas equipes com a extensão para territórios mais carentes; a necessidade de melhores condições de trabalho desde transporte, educação permanente e melhores salários para os profissionais das Equipes Multiprofissionais que atuam na Atenção Primária à

Saúde. A partir do exposto, foi possível considerar que este trabalho contribui para ampliação o leque de debates na área da gestão municipal, estadual e sobretudo federal, no que se refere ao financiamento e valorização do trabalho das Equipes Multiprofissionais da Atenção Básica de Saúde brasileira, buscando alcançar melhorias nas condições de trabalho, mostrando a necessidade de se repensar novos modelos de avaliação, novas políticas de financiamento, incentivos de valorização financeira para os municípios e novas práticas de educação permanente atrelado a melhores condições de trabalho.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Equipe de assistência ao paciente. Políticas, planejamento e administração em saúde. Modelos de assistência à saúde. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica.

ABSTRACT

The purpose of the Multiprofessional Teams that work in Primary Health Care in Brazil is to complement the network of attention and care offered by the Family Health Strategy in their respective areas of operation. Such teams are made up of health professionals, such as acupuncturists, physical education professionals, pharmacists, physiotherapists, among others, allowing, based on the specific knowledge of these professionals, the joint construction of therapeutic projects that expand and qualify the interventions of population groups. Thus, the present study aimed to analyze the organization of multidisciplinary teams in the state of Ceará, Brazil, with support in the political and managerial dimension. To this end, a descriptive study, with a qualitative approach, was carried out with health managers in the state of Ceará, Brazil, using an electronic questionnaire as a data collection instrument consisting of 6 open questions about the decision to maintain or not the teams, the organization of teams, the impact of prevention on multidisciplinary teams, management of teams, the repercussion of teams on the health of the population, and the challenges of management in multidisciplinary teams and 14 closed questions that were sent to participants via e-mail. Of the 184 invited municipal health managers, 80 of them agreed to participate by accepting the Free and Informed Consent Form sent along with the questionnaire to be answered. The obtained data were submitted to a content analysis, in an approximation of the critical-reflexive perspective. The results showed: the understanding of municipal managers in maintaining the teams, and the limitations regarding the policies and organizational of the multidisciplinary teams that work in the health area is a differential to continue with improvements for Primary Health Care; managers consider funding as the biggest barrier to managing Multiprofessional Teams since the current funding of PHC, *Previne Brasil* does not value teams, nor does it include indicators for these teams; the validity of a biomedical model in the culture of professionals, managers and population; the need for new teams with the extension to more needy territories; the need for better working conditions from transportation, permanent education and better wages for the professionals of the Multiprofessional Teams that work in Primary Health Care. Based on the above, it was possible to consider that this work contributes to expanding the range of debates in the area of municipal, state and, above all, federal management, with regard to financing and valuing the work of the

Brazilian Primary Health Care Multiprofessional Teams, seeking to achieve improvements in working conditions, showing the need to rethink new evaluation models, new financing policies, incentives for financial appreciation for municipalities and new permanent education practices linked to better working conditions.

Keywords: Primary health care. Patient care team. Health policy. Planning and management. Healthcare models. Family health and primary health care extended center.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – O ciclo da política.....	33
Figura 2 – Composição do campo burocrático e principais fatos e acontecimentos da linha do tempo da gênese e da emergência dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Fortaleza, 2023.....	41
Figura 3 – Distribuição dos municípios que responderam à pesquisa. Fortaleza, 2023.....	53
Quadro 1 – Sinopse das Portarias Relevantes do NASF. Fortaleza, 2023	44
Quadro 2 – Categorias (Unidades de Sentido). Fortaleza, 2023.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CEPE	Comitê de Ética e Pesquisa
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
COSEMS	Conselhos de Secretárias Municipais de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
IES	Instituições de Ensino Superior
ICSAB	Condições Sensíveis à Atenção Básica
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NAISF	Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB/96	Norma Operacional Básica 01/96
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da
PMAQ	Atenção Básica
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Projetos de Saúde no Território
RAS	Redes de Atenção à Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SER	Secretarias Executivas Regionais

SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Aproximação da pesquisadora com o tema.....	19
1.2	Objeto de estudo problematização e questionamentos.....	20
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Geral.....	22
2.2	Específicos.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	Atenção primária saúde e os modelos de atenção.....	23
3.2	Decisões políticas na área da Saúde.....	29
3.3	Financiamento da APS e avaliação em saúde.....	34
3.4	Percurso e desafios do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, NASF-AB.....	40
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	52
4.1	Natureza do estudo.....	52
4.2	Tipo de estudo.....	52
4.3	Local e período do estudo.....	52
4.4	Cenário do estudo (população e amostra).....	53
4.4.1	Sujeitos do estudo.....	54
4.4.2	Critérios de inclusão e exclusão.....	54
4.5	Técnica e instrumento de coleta de dados.....	54
4.5.1	Etapa exploratória da pesquisa.....	54
4.6	Aspectos éticos.....	58
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
5.1	Equipes multiprofissionais/NASF-AB (EMABS): decisão política e limites gerenciais na construção da integralidade.....	60
5.2	Desafios na gestão do cuidado e a heterogeneidade operacional das Equipes Multiprofissionais da Atenção Básica (EMAB).....	67
5.3	Fortalecimento das equipes multiprofissionais na APS entre arranjos ideal e possível.....	74

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
7	LIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	82
8	RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO.....	83
	REFERÊNCIAS.....	84
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA.....	93
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	102
	APÊNDICE C – VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	104
	APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	

I INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população. Abrange desde atendimento ambulatorio até transplantes de órgãos, sendo o único a garantir gratuitamente acesso integral, universal e igualitário (BRASIL, 2011).

O SUS tem como base princípios e diretrizes que são os elementos que o estruturam politicamente e organizacionalmente. Os princípios doutrinários são titulados: Universalidade, Equidade e Integralidade. Já as diretrizes são: descentralização, regionalização e hierarquização, participação na Comunidade. (BRASIL, 1988).

A base legal do SUS é constituída e fundamentada por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro. São eles: Constituição Federal de 1988, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Para mais, diversas normatizações, decretos, portarias e medidas provisória atualizam, alteram ou revisam aspectos organizacionais e operacionais do sistema (CUNHA; CUNHA 2001).

Os níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil são estabelecidos pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, sendo eles: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária (BRASIL, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) se refere ao primeiro nível de atenção primária ao paciente. A APS é definida pela estudiosa Barbara Starfield (2002) como o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma que disponibiliza a entrada no sistema de saúde para problemas e necessidades dos sujeitos, fornecendo um conjunto de práticas que extrapolam os limites da clínica, atuando, inclusive, na coordenação e integração da assistência, quando oferecida em outros serviços da rede.

Desta forma a APS orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Deve coordenar cuidado, o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o contato

preferencial do usuário, sendo a principal porta de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Mendes (2015) destaca que a Atenção Básica (AB) deve exercer: a função resolutiva – com potencial de atender a maioria dos problemas de saúde; a função coordenadora – ao ordenar fluxos de pessoas, produtos e informações na Rede atenção à saúde (RAS); e a função de responsabilização pela saúde da população no território de atuação das equipes.

Para uma APS com mais resolubilidade e com uma atenção integral, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2008 uma equipe chamada Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), conforme Portaria nº 154, com a proposta de ampliar e apoiar as ações das equipes da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2008).

O NASF-AB foi extinto como será discutido e agora se chama Equipe Multiprofissional. Este estudo para se referir à Equipe Multiprofissional que substituiu o NASF-AB será utilizada a EMABS, uma vez que no âmbito organizacional público o termo "equipe multiprofissional" pode se referir a outras questões que não a Equipe Multiprofissional da atenção básica em saúde.

O NASF-AB é composto por uma equipe, na qual profissionais de áreas diversas do saber apoiam e compartilham práticas de saúde nos seus devidos territórios de atuação. Estes profissionais são definidos de acordo com prioridades identificadas pelos gestores municipais e equipes de ESF no seu território (BRASIL, 2009; 2010; 2011).

Seu objetivo é “superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de rede de atenção e cuidados de forma corresponsabilidade com a ESF”. (BRASIL, 2010, p. 13). Possui como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes de atenção à saúde, conformadas em interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação popular, território, integralidade, controle social, educação permanente em saúde, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

No percurso de implantação do NASF e numa trajetória na realização de um trabalho na APS, aparecem outra circunstância política e o atual financiamento da atenção primária, denominada Previne Brasil, instituída em novembro de 2019, nos termos da Lei nº 2.979, definindo em seu escopo mudanças, limitações e exclusão da equipe NASF-AB (BRASIL, 2019).

As mudanças dizem respeito ao repasse de recursos públicos, havendo sido extintos os PAB fixo e variável e adotando-se o repasse de verbas federais de acordo com o número de usuários cadastrados. Seguindo com a exclusão no credenciamento das equipes NASF-AB, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, conforme Nota Técnica nº 3/2020, de 27 de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde anuncia que não realizará mais o credenciamento dos NASF (BRASIL, 2020).

Depois de 11 dias da publicação do desc credenciamento do NASF-AB, no entanto, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 99, em 7 de fevereiro de 2020, reportando-se à possibilidade de cadastro das equipes multiprofissionais. Atualmente, a gestão municipal tem autonomia na continuidade com as equipes (BRASIL, 2020). Assim, o NASF-AB transformou-se numa boa possibilidade e o Governo Federal transferiu a responsabilidade financeira para os municípios.

Os decisores agem e se organizam de acordo com regras e práticas socialmente estabelecidas, conhecidas antecipadamente e aceitas (MARCH; OLSEN, 1995). Assim, as visões sobre o processo político são fundamentais para entendermos melhor as mudanças nas políticas públicas em situações de relativa instabilidade da equipe NASF-AB.

Para os sistemas vigentes, em cada período, a fundamentação é assentada em um modelo, assim visado, consoante Paim (2008), é visto como modelo pelo fato de significar uma representação simplificada da realidade onde se retêm e se destacam seus traços fundamentais, sendo, entretanto, algo sempre parcial, por não comportar as variações individuais. Por tal pretexto, não é único e exemplar, não devendo ser enxergado como uma norma a que todos devem obediência, mas que possui princípios, fundamentos, lógicas e uma razão de ser.

Conforme Morosini (2020), três argumentos foram expressos para justificar a nova política de financiamento: atender a demanda de maior autonomia dos gestores municipais no uso dos recursos federais; alcançar os grupos mais vulneráveis; e garantir custo-efetividade na política de atenção básica. No que tange à maior autonomia do gestor municipal, o que se mostra no Previn Brasil é muito mais uma mudança no que é objeto do incentivo federal e seus propósitos.

Em consonância com esse pensamento, Massuda (2020) destaca a abrangência dos serviços da APS, que também é passível de ser comprometida, em virtude de a nova política ter deixado de financiar a equipe NASF, cuja atuação é

descrita como de grande relevância para aumentar a capacidade resolutiva da APS, bem como a fim de fortalecer a integração das redes de saúde.

As equipes NASF-AB, com 13 anos de portaria, aumentaram a resolubilidade e a longitudinalidade da APS, com um processo de trabalho de equipe multiprofissional com novos meios de trabalho para melhor assistência no cuidado integral – como, apoio matricial, educação permanente, grupos, interconsulta, atividades coletivas, projeto terapêutico, atendimento individual/coletivo e visitas domiciliares (BRASIL, 2017).

1.1 Aproximação da pesquisadora com o tema

Durante minha atuação profissional, o NASF-AB proporcionou o conhecimento teórico e prático da atenção primária, com vistas a desenvolver um trabalho novo, no qual os processos formativos em 2008 ainda eram frágeis, com formação direcionada para reabilitação e, para alguns cursos ainda não explorados. Após a implantação, muda, paulatinamente, o conceito da APS nos processos de formação, transpondo uma visão hospitalocêntrica.

No percurso de implantação do NASF e numa trajetória na realização de um trabalho na APS, aparecem outra circunstância política e o atual financiamento da atenção primária, denominada Previne Brasil, instituída em novembro de 2019, nos termos da Lei nº 2.979, definindo em seu escopo mudanças, limitações e exclusão da equipe NASF – AB (BRASIL, 2019).

A seleção deste objeto de exame acadêmico stricto sensu surgiu pela nossa aproximação com a matéria aqui examinada, desde a implantação do NASF em 2008, com sete anos de experiência nasfiana, em Fortaleza e no municípios do interior do Ceará. O trabalho na APS inspirou como um diferencial no território, para uma população carente de profissionais especialistas e ainda desconhecidos para muitos. A diferença expressa em novas categorias motivou o território e as equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF no sentido de reabilitação, promoção e prevenção, em adição à integralidade, para fomentar a formulação do conhecimento.

Assim, motivou-se nos especializar, sob o prisma acadêmico, na senda da Saúde Pública, trabalhando em nossa monografia a temática do processo de trabalho NASF e ESF. Na contextura desta evolução, hoje, discorreremos acerca do contexto atual do NASF-AB no Mestrado Profissional em Saúde da Família, quanto

às mudanças políticas e incertezas das equipes NASF– AB no Ceará, passando a ser uma dúvida e/ou exclusão do seguimento das equipes na APS - o que torna fundamental o delineamento de discussões acerca da autonomia financeira dos municípios com a mudança do financiamento da atenção primária. No ensaio ora relatoriado, evidenciamos os influxos e as contribuições do NASF para uma reflexão crítica no contexto da política e na organização da APS.

1.2 Objeto de estudo problematização e questionamentos

Haja vista esse novo financiamento da APS, e direcionando ao município a autonomia em seguir com o NASF, suscitamos alguns questionamentos, como estes: Como se dá a organização da equipe multiprofissional/NASF-AB na atenção básica no Ceará, após mudanças políticas e gerenciais na atenção primária em saúde? As equipes vão seguir com ampliação ou redução do número de equipes, ou mesmo exclusão? Qual a compreensão dos gestores quanto à autonomia repassada para os municípios?

Assim, a dissertação agora toma como objeto a organização das equipes do NASF AB no Ceará, isto é, ao considerar a dimensão das políticas municipais e gerenciais na Atenção Primária, relativos ao financiamento após a emenda constituição 95 e após o Previde Brasil.

Convém assinalar, por oportuno, a relevância que significa este experimento, com o escopo de a comunidade ampliar sua óptica a respeito da importância da equipe NASF-AB no território, ensejando aos gestores a reflexão sobre a garantia da continuidade dos princípios do SUS, pois vai contribuir, decerto, para a continuidade da equipe NASF-AB na APS, ao acompanhar um modelo de saúde inclusivo e íntegro, proposto pelo SUS, e hoje carente de pesquisas no âmbito das novas circunstâncias de financiamento. Além disso, oferecerá subsídios às gestões municipal e federal, com vistas a implementar mudanças nos modos de financiamento do NASF-AB.

No que diz respeito à organização deste estudo, este está estruturado em sete seções, sendo elas: a presente seção denominada Introdução; Objetivos, em que são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo; Revisão de Literatura composta por quatro capítulos: 1 – Atenção Primária em Saúde e os Modelos de Atenção em Saúde. 2 – Decisão Política em saúde. 3 – Financiamento

da Atenção Primária em Saúde e Avaliação em Saúde. 4 – Percurso e desafios do Nucleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica, NASF-AB; Metodologia, onde são apresentados os métodos e técnicas de pesquisa utilizadas; Resultados e Discussão, em que é realizada a análise dos dados obtidos; e, por fim, as considerações finais do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a organização das equipes multiprofissional no Estado do Ceará, com suporte na dimensão política e gerencial.

2.2 Específicos

- a) Reconhecer no contexto da gestão municipal de saúde os elementos políticos e organizacionais para atenção multiprofissional prestada na APS.
- b) Identificar o modo como os municípios cearenses definem e estruturam a atenção prestada por equipes multiprofissional no âmbito legal e operacional.
- c) Discutir os desafios, limitações e ou avanços com a atenção prestada pela equipe multiprofissional da APS no Estado do Ceará.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção primária saúde e os modelos de atenção

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável por ser a porta de entrada do cidadão no sistema de saúde, assim como a integralidade e a coordenação do cuidado necessário (STARFIELD, 2002).

O Sistema Único de Saúde preserva - disputando seu direcionamento e apontando para um horizonte societário mais justo e igualitário - os princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1988).

Desde 2016, entretanto, constituiu-se um contexto ainda mais favorável à pauta privatista, materializada em contrarreformas deflagradas em diversas frentes das políticas sociais e, em específico, na saúde. Discursos e medidas adotadas explicitam a hegemonia da perspectiva de mercado na formulação das políticas do setor, tendo como alvo preferencial a atenção básica (MOROSINI, 2020).

No âmbito de um retrocesso nas conquistas do SUS, há pouco explanado, anteriormente, é impositivo o ato de se fortificar a constituição da Atenção Primária em Saúde.

Para Starfield (2005), a APS, quando organizada sob a lógica de seus atributos, proporciona uma influência positiva na saúde da população, como, em um exemplo, maior e melhor acesso aos serviços; imposição qualitativa do atendimento; mais enfoque preventivo; diagnóstico e tratamento precoces de problemas em saúde; e redução de cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais.

Na formulação correta e consistente da atenção primária em saúde no mundo e no Brasil, algum marco foi de relevo para a organização da assistência, com o intento de acobertar a população. Com isso, perpassamos momentos norteadores e importantes para termos a valorização e o modelo de saúde de hoje.

O desenvolvimento de Atenção Primária em Saúde é destacado no relatório de Lord Dawson (1920), mostrando a organização da rede, conforme está incluso no estudo de Starfield (2002). Após os oito anos da instituição do Seguro Nacional de Saúde na Grã-Bretanha foi divulgado um "texto oficial" (LORD DAWSON OF PENN, 1920), tratando da organização dos sistemas de serviços de

saúde. Distinguiu três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola.

Posteriormente à organização de Lord Dawson, há outro grande marco histórico internacional para a Atenção Primária, organizado em 1978: a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata (Almaty), no Cazaquistão (STARFIELD, 2002).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, foi estabelecido acordo e meta entre os países-membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000 por intermédio da APS. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde Para Todos no Ano 2000”. A Declaração de Alma-Ata foi um pacto assinado entre 134 países, quando chegaram ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial (MENDES, 2012).

O apelo lançado em Alma-Ata foi um marco fundamental e representou o ponto de partida para outras iniciativas, conforme foi, também, a Carta de Ottawa, elaborada na Conferência da Capital do Canadá, que listou condições e recursos fundamentais, identificando campos de ação na promoção da saúde e ressaltando a importância da equidade.

Continuando com avanços em 1988, a Conferência da Austrália enfatizou a importância das políticas públicas como pressuposto para vidas saudáveis, destacando a responsabilidade das decisões políticas, especialmente as de caráter econômico para a saúde (BRASIL, 1988).

Nesse concerto de revisões, o Brasil transitava pelo movimento da Reforma Sanitária, moto que nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início dos anos de 1970, cuja expressão foi empregada para se referir às mudanças e transformações necessárias na área da saúde (BRASIL, 2014).

A Reforma Sanitária Brasileira, com o tema Saúde e Democracia, estruturou-se nas universidades, no movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços. Este moto social consolidou-se na Oitava Conferência Nacional de Saúde (Brasília, de 17 a 21 de março de 1986) na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na

Constituição, por meio de emenda popular, a ideia de que “[...] a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado” (AROUCA, 1975).

As conferências – nas resoluções da VIII CNS (1986), XII CNS (2003), da XIII CNS (2008) e da XIV CNS (2012) – abordaram aspectos relativos à efetivação do direito à saúde, bem como matérias atinentes ao acesso aos serviços e à necessidade de reorganização da atenção, das práticas e dos modos de prestar cuidados, os quais são elementos constituintes do modelo assistencial (BRASIL 2004).

As proposituras da Reforma Sanitária resultaram na Carta Magna Cidadã de 1988, finalmente, na universalidade do direito à saúde, tendo se oficializado, também, o instituto do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Na formulação da assistência e ampliação do SUS, foram editados mais dispostos legais, determinando a criação de aparelhamentos programáticos, a exemplo de portarias na atenção primária, como: Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS, Programa Saúde da Família PSF, Estratégia Saúde da Família ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF. Tudo isto - convém evocar – representou, na configuração histórica da saúde no Brasil, uma assistência com a disputa entre o modelo biomédico hegemônico e propostas de padrões alternativos (BRASIL, 2010).

Desde o último século, dois moldes de atenção convivem, no País, de maneira contraditória e complementar: o padrão médico hegemônico e o modelo sanitário, consoante ensinam o médico e professor da Universidade Federal da Bahia, Jairnilson Silva Paim (2008).

Na visão de Paim, o debate se ampliou nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS), conduzindo para a pauta, na X CNS (1996), a necessidade de formulação de um modelo de atenção para a qualidade de vida, e, na XI (2000), “[...] esta questão reaparece como um dos subtemas de discussão: modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde” (PAIM, 2008).

O modelo médico hegemônico exprime, como traços fundamentais: individualismo; saúde/doença na lógica de mercadoria; ênfase no biologismo; descontextualização do sujeito; tratamento com base na “medicalização”; Medicina centrada na cura; estímulo aos procedimentos (exames, laboratórios); não há

controle social nem participação popular; exprime sérios limites em relação à efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde. Tem, entre suas modalidades de intervenção, o modelo médico assistencial privatista (BARROS 2002).

O modelo sanitarista utiliza-se da combinação das disciplinas biológicas e da epidemiologia; as ações são concentradas em certos agravos e riscos, grupos populacionais; as intervenções são focadas em campanhas.

O modelo assistencial à saúde diz respeito à maneira como “[...] são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais”, sendo válido expressar que é a maneira como se organizam e se articulam “[...] os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade” (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Na visão de Andrade (2014), os modelos devem um norte às técnicas em saúde, pois estas jamais são completamente moldadas por eles, porquanto é no âmbito do que fazer e do como fazer que as técnicas vão se readaptando, diversificando o seu uso, evidenciando tensões, limites que levam a uma requalificação e busca de novas técnicas e conceitos, e, na medida em que sucessos são alcançados na convergência entre diversos discursos, são produzidos outros modelos.

No tocante a um novo projeto, registramos o desenvolvimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve o Ceará como pioneiro. Conforme Avila (2011), o PACS se iniciou em 1987, quando foi utilizado como “frente de trabalho”, tendido para as mulheres, em regiões de seca, que executavam ações básicas de saúde.

Em entrevista com o Dr Carlile Lavor, em 2015, ele menciona sua experiência e, de sua esposa, Mirian, em 1979 e 1986, na seção regional de Iguatu-Ceará, que compreendia 14 municípios, acerca de como eram a atenção à saúde e os problemas sociais e econômicos, a pobreza, o sertão, as dificuldades de água, alimentação, a renda, a política etc.

Foi uma experiência especial. Tínhamos uma experiência grande de Planaltina\DF. Havia acumulado um conhecimento interessante nesse período, e foi fácil pensar em um sistema novo de saúde com as condições econômicas que existiam na época. O Ceará era muito pobre, e uma das coisas possíveis de ser feita era trabalhar com os indicadores da mortalidade infantil. E foi nessa perspectiva que começamos o trabalho dos agentes de saúde. Colocamos, em 1987, seis mil mulheres para trabalhar com a gente em uma coisa muito simples: trazer a mãe para o pré-natal, conseguir que o parto fosse em uma área assistida – ter um hospital onde a mãe pudesse ter seu filho e acompanhar o desenvolvimento daquela criança, o peso, a higiene e a vacinação. (LAVOR, 2015).

Na continuação da entrevista Dr Carlile, enfatiza que o seguimento do agente de saúde foi a interiorização dos enfermeiros.

Em 1987, tínhamos cerca de cinquenta enfermeiros para os 184 municípios do estado. Para implantar o programa dos agentes de saúde, pedimos aos municípios que contratassem enfermeiros, o que possibilitou a interiorização do enfermeiro. Em 1993, Odorico Monteiro assumiu a Secretaria de Saúde de Quixadá e viu a importância de contratar médicos. Lá em Iguatu mesmo, tínhamos uma enfermeira morando em cada distrito, mas o médico ia uma a duas vezes por semana. Naquele mesmo ano em Quixadá o Odorico lançou a ideia de que ao lado do enfermeiro houvesse também um médico, e foi quando se originou o Programa Saúde da Família. Paralelamente estava acontecendo a experiência do médico de família do modelo cubano em Niterói. (LAVOR, 2015).

Em 1991, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), que, em 1992, passou a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), que, em 2006, veio a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF). Desde então, é fundamental para reorganização da rede e fortalecimento da Atenção Primária com expansão em todo o Brasil (BRASIL, 2010).

Sobre essa lógica, exprime-se o argumento de que, no Brasil, o sistema de saúde assumiu o modelo de atenção primária para estabelecer metas e prioridades nacionais. A APS é, portanto, a forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população”. (BRASIL, 2007, p. 36).

Constitui um modelo assistencial com valores, princípios e elementos próprios que representou o primeiro contato com o sistema de saúde e o local do cuidado à saúde das pessoas, de suas famílias e da população à medida do tempo (BRASIL, 2010).

O modelo Saúde da Família (SF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF) conforma uma proposta de referência para incentivar mudanças no modelo assistencial em saúde (ROSA, 2005).

Como organização da APS, em 2006, foi elaborada e aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicita a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS. Na PNAB, atenção básica é definida como um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2017).

Desde 2003 e com o objectivo de promover a reorientação dos sistemas e serviços de saúde da região, ops propôs uma renovação completa do aps onde contempla o recurso humano como um pilar essencial para o desenvolvimento e transformação dos sistemas de saúde. Sendo assim, a ESF e a AB crescem com aumento de equipes e ampliação do cuidado no território. Nesse contexto do cuidado e, sobretudo, na visão da integralidade, em 2008, o Ministério da Saúde instituiu o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) como apoio às equipes de Saúde da Família e Atenção Básica, ampliando a oferta de cuidado e a resolubilidade da APS (BRASIL, 2008).

Em concordância com Paim (2003), necessitamos superar o modelo centrado na atenção e demanda espontânea, de atendimento a doentes, para incluir áreas de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, transpondo os muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população.

Com efeito, o NASF AB potencializa o modelo de atenção para promoção em saúde, redução de danos e o cuidado integral, trabalho multiprofissional, com práticas que propiciam uma tarefa colaborativa com saberes diferentes, visando a um atendimento mais qualificado (MACEDO, 2016).

Em consonância Texeira (2002), detalha uma visão mais focada sobre o modelo de saúde, incluindo três dimensões. Uma é de ordem gerencial, relativa aos mecanismos de conduzir a reorganização das áreas e serviços. A segunda tem caráter organizativo, concernente ao estabelecimento das relações, entre as unidades de prestação de serviços. A terceira - diz respeito às relações estabelecidas entre o

(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, tecnologia que operam nas práticas em saúde.

No tocante à complexidade tecnológica e ao modelo assistencial, consoante a óptica de Campos (1994), não deve ser entendido apenas o desenho organizacional e técnico dos serviços, mas se impõe incluir o modo como são produzidas as ações assistenciais e de que maneira o Estado se organiza para dar conta dessa responsabilidade.

Em consonância com esse modo de enxergar, Lucena *et al.* (2006) e Mendes (1994) apontam que o conceito e a conformação de modelo assistencial estão fortemente associados à realidade histórico-social de interesses de classes, bem como à evolução dos sistemas de saúde e das políticas de saúde.

3.2 Decisões políticas na área da Saúde

A constituição do SUS alia-se às políticas e portarias na saúde, sendo de relevo destacar, *in hoc sensu*, os arranjos governamentais que garantam com clareza a responsabilização, bem assim os modelos de atenção e seu financiamento que transitam na elaboração, como também, na desconstituição do Sistema Único de Saúde.

A consolidação efetiva do setor saúde, como um dos principais campos de ação do Estado e do capital, modelou outras necessidades para o desenvolvimento genérico e especializado das tecnologias da gestão em saúde. Administrar ou governar, tanto processos políticos implicados com a formulação e decisão sobre os caminhos a serem adotados, quanto de produção de atos de saúde, tornou-se necessidade imperativa para ordenar as melhores “máquinas organizacionais”. Sejam na óptica universalista e cidadã de um projeto social-democrata, ou na perspectiva mercantil e lucrativa da visão do capital, os seus modos, todos exigiam mais e melhor competência neste novo território (MERHY, 1999).

De acordo com Araújo (2012), existem um desafio e uma necessidade de imprimir outras modalidades da gestão em saúde, com o escopo de ultrapassar a predominância das maneiras tradicionais que não atendem a perspectiva democrática da reforma sanitária. *In hoc sensu*, vários estudos apontam para a

criação de modelos organizacionais com recorte democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia, direção colegiada em todos os níveis da organização, linha dos contratos da gestão, organogramas horizontalizados, dentre outros.

Merhy (1999), aposta no pensamento estratégico como meio de qualificar o planejamento, avaliação e gestão em saúde. Há quem chame a discussão para um modelo da gestão centrado nos usuários, onde estratégias, métodos e técnicas gerenciais estarão de acordo com as necessidades de saúde.

Na visão de Matus (1994), o modelo de uma organização racional corresponde, também na nossa interpretação, a uma organização planejada, criativa, participativa e também responsável. Três princípios de organização da Teoria Macroorganizacional do Planejamento Estratégico-Situacional - PES auxiliam-nos nessa tarefa: os princípios da responsabilidade, da descentralização e da subordinação dos formatos organizativos às práticas de trabalho e, destas, às estruturas mentais.

Na interpretação de Geovanella há uma construção de uma política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em um momento definido. Portanto, a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado.

Campos (2007), *in alia manu*, evidencia a noção de que a sustentabilidade política e econômica, bem como a legitimidade sanitária do SUS, dependem também de uma mudança do modelo de atenção realizado de maneira progressiva, mas que tivesse um grau importante de concomitância em todo o País.

Já existem diretrizes para essa reorganização, que, em geral, são aquelas originárias da tradição dos sistemas públicos de saúde: funcionamento em rede de serviços dotados de corresponsabilidade e caráter complementar da atenção; importância estratégica da atenção primária, redefinição do papel do hospital e das especialidades (desospitalização); trabalho interdisciplinar e redefinição dos paradigmas tradicionais da Medicina e da Saúde Pública; planejamento segundo necessidades de saúde, eficácia e eficiência e gestão com avaliação de resultados e do desempenho; regionalização e hierarquização da atenção; integralidade sanitária com atuação clínica e preventiva do sistema; e universalidade e saúde como direito (CAMPOS, 2007).

A expansão da rede de serviços de saúde, com a incorporação da assistência individual e o alargamento da ação estatal do bem-estar social, vivenciada amplamente após a Segunda Guerra Mundial e associada ao crescente interesse do capital no setor prestador de serviços de saúde, ampliou, também, as intervenções no terreno da administração. Tanto as burocracias estatais quanto as do capital viram-se ante a necessidade de estabelecer competências nos terrenos da organização e administração das redes de serviços de saúde como um todo (BRAGA; GOES, 1981).

Campos (2007) faz uma crítica à autonomia: *não concebo autonomia sem responsabilidade correspondente*; assim, nenhum município, mediante contratos de mútuas obrigações com Estado e União, estaria autorizado a não ter uma política, com metas e prazos bem definidos, de atenção primária e de vigilância em saúde. Quando as coisas não ocorrem conforme as diretrizes ou os planos, sempre a explicação seria algum fator externo ao Ente federal ou estadual em foco.

Geovanella, enfatiza que as definições de política de saúde se baseiam na função que essa política cumpre em dada sociedade, como, por exemplo, a política de saúde consiste em um conjunto de orientações normativas às relações entre Estado e sociedade, dirigidas para garantir um padrão de solidariedade vigente entre os grupos e indivíduos em uma sociedade concreta. Elas nos permitem aprofundar a análise de seus efeitos na reprodução ou transformação da estrutura social. Isso pode envolver a ampliação de ganhos econômicos, a manutenção de status de grupos sociais, a sustentação política dos grupos que estão no poder, dentre outros fatores.

Compreende-se que as políticas públicas são passíveis de constituir um meio poderoso para a efetividade do SUS, mas o NASF – AB suporta negativamente essas inconstantes transições políticas, falta de entendimento dos próprios coordenadores. Atualmente, a atenção primária transita em perda de uma equipe multiprofissional já introduzida desde 2008. Em razão do novo financiamento da APS, o NASF-AB terá continuidade, de acordo com o município, passando este a ter autonomia em continuar com as equipes.

Refletindo na crítica, em parágrafo anterior, Campos (2007) assevera que autonomia sem responsabilidade dá ensejo a uma desconstrução da assistência. As mudanças, autonomia e assistência integral, como se configuram com a transição da

equipe do NASF-AB? Para alguns, se desconstruem e deixam seus territórios sem a sua continuidade do apoio integral longitudinal.

Logo, paratimos para determeinada reflexão sobre os valores civicos da população? Será uma desconstrução do sus universal e integral?

Para Geovanela, a construção e difusão de valores cívicos – quando uma política de saúde desenvolve, como no caso do Brasil, referenciais de fortalecimento da esfera pública mediante a valorização de uma cidadania universal, da ampliação da consciência de direitos sociais, de relações sociais de solidariedade, da relevância da ação. A segunda questão consiste na ideia de que as políticas públicas, vistas como ação coletiva movida pelo interesse público, devem ser portadoras de um ideal e um projeto civilizatório, no sentido de que elas não são motivadas apenas pela necessidade de resolver problemas sociais, mas fundamentalmente pela vontade de construir uma nação.

É importante comentar sobre o poder do Estado. Como uma forma de análise da política que centra o processo decisório na sociedade e outra que centra na análise no papel exercido pelo Estado.

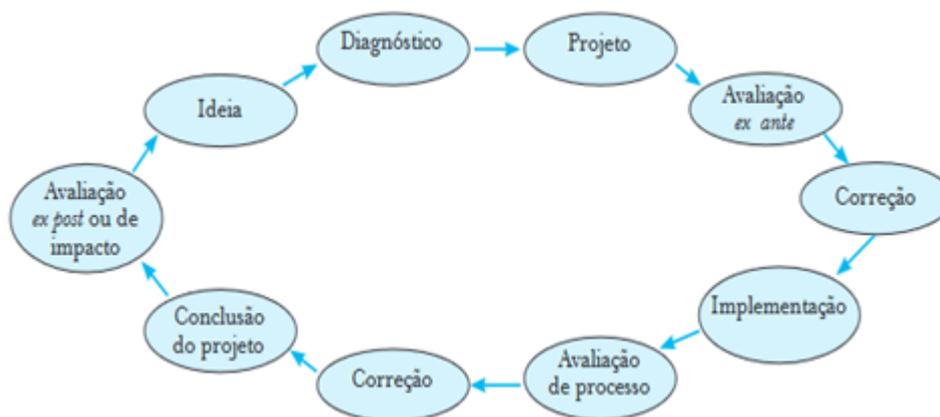
Geovanella contextualiza uma a abordagem societal, ou também conhecida como pluralista, o que se advoga é que o Estado é o produto da interação entre grupos livremente formados e constitui uma forma 'leve', permeável aos interesses e competições entre grupos que caracterizam as lógicas sociais. A escola pluralista vê o Estado como um espaço vazio onde grupos em disputa ou associados à burocracia governamental (corporativismo) imprimem direção às políticas. Ou seja, o acento da política está sobre o caráter societal do Estado, sobre a imersão das políticas públicas em uma complexidade das relações sociais.

Os marxistas consideram principalmente as estratégias dos atores e outros salientam a autonomia relativa do Estado diante dos interesses da classe capitalista. Marques (1997), afirma muito da teoria marxista sobre o Estado e a primazia da burguesia como principal ator político na definição das ações encontra respaldo direto na forma como se desenvolve a luta política. Porém, a crítica que pode ser feita sobre os interesses da burguesia definiriam a priori o resultado das lutas concretas que acontecem na sociedade.

A implementação de uma politica segue com um ciclo para Cohen e Franco (1994) assinalam que, para melhor visualizar os estudos de avaliação, deve-se partir de uma configuração que postule que toda política é composta de ações

sobrevindas entre a situação atual e uma nova. A situação atual é retratada por diagnósticos que têm por finalidade descrever, explicar e projetar uma determinada realidade. O ciclo da política compreenderia então: ideia – diagnóstico – projeto – avaliação ex ante – correção – implementação – avaliação de processo – correção – conclusão do projeto – avaliação ex post ou de impacto – ideia, tal como expresso na Figura abaixo.

Figura 1 – O ciclo da política



Fonte: Cohen, Franco, 1994.

Para Geovanela, o ciclo da política O estudo da política em fases faz crer que o ciclo de uma política é um ciclo de soluções de problemas de forma sistemática, mais ou menos linear e sequencial no tempo. Em outra perspectiva, a aplicação deste modelo carrega consigo o perigo de se imaginar que a política se comporta de forma previsível, ou que existe uma política melhor a ser implementada, cabendo aos analistas decifrá-la.

É importante destacar que no processo político de saúde já caminhamos e revolucianamos em conquistas como: constituição de 1988, no final da década de 1980 a consolidação jurídica e legal do SUS. Debates de proteção social, conquista do agente de saúde, programa saúde da família, núcleo de apoio a saúde da família, dentre outros.

No entanto, a decisão política são movimentos democráticos sendo necessário avançar em estudos que possibilitem uma análise mais precisa dos processos decisórios e das intermediações de interesses que envolvem a saúde pública.

3.3 Financiamento da APS e avaliação em saúde

O financiamento da APS é uma discussão crônica, com alinhamentos, ganhos e perdas na sua constituição. À extensão dos 30 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), inovações no modelo de financiamento do sistema de saúde e no desenho de arranjos organizacionais de serviços de saúde viabilizaram um rápido e consistente crescimento da cobertura de APS, transformando o modelo de atenção à saúde num país-continente e com grandes diferenças regionais, econômicas e socioculturais (MASSUNDA, 2019).

O financiamento do SUS é baseado na Constituição da República, de 1988, quando foram criadas as Leis Orgânicas da Saúde Institucionais (nº 8080/90 e nº 8.142/90) o Decreto nº 99. 438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993. Inicialmente, as NOB publicadas pelo Ministério da Saúde dirigiram a transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios, que assumiram, progressivamente, a coordenação da gestão do sistema de saúde em âmbito regional e local (BRASIL, 1996).

Castro (2018), evidencia o modelo de financiamento quanto à NOB de 1996, baseado num mecanismo de transferência regular e automático dos recursos federais – o Piso da Atenção Básica (PAB) – com repasse fundo a fundo. Todo município passou a receber de modo imediato um recurso *per capita*/ano para custeio das ações básicas de saúde (PAB fixo) e incentivos para a implantação de programas recomendados pelo Ministério da Saúde (PAB variável). A criação do PAB permitiu a superação, no âmbito da atenção básica, do modelo de pagamento por produção de serviços, havendo, também, estimulado a adesão dos municípios à ESF.

No ano de 2000, foi constituída a Emenda Constitucional nº 29, que estabeleceu percentuais mínimos de aplicação de recursos no SUS para a União, os estados e municípios. Mudanças importantes foram introduzidas na PNAB em 2017, com a Portaria nº 2.436, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), numa reestruturação que abrange diretrizes, modos de organização dos serviços, composição das equipes, processo de trabalho e escopo de práticas, com influxos sobre o modelo de atenção e o direito à saúde. Relativiza-se a universalidade, recomendando a cobertura de 100% da população apenas em áreas de grande dispersão territorial, lugares de risco e vulnerabilidade social.

Em novembro de 2019, o Ministério da Saúde criou o Previner Brasil, um novo financiamento da APS, proposta de financiamento que altera estruturalmente a lógica indutiva de organização da política de saúde e aportam três mudanças principais para a atenção básica: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova modalidade de pagamento por desempenho, deixando a equipe NASF como uma possibilidade para os municípios, a estes transferindo autonomia (BRASIL, 2019).

Harzheim (2021) contextualiza em seu artigo a ideiação de que a nova política que deixará de financiar as equipes do NASF não se sustenta, uma vez que apenas cerca de 35% dos profissionais (entre as categorias multiprofissionais possíveis) estão registrados no NASF, segundo o CNES. Estão os demais trabalhando, também na APS, no entanto, fora deste tipo de equipe, demonstrando que há vários arranjos institucionais já em curso nos municípios para o exercício da prática multiprofissional em APS, incluindo o apoio à Saúde da Família.

Conforme assinala Harzheim (2021), o NASF-AB tem modelos genéricos na APS que o substituem. Então, por que o NASF-AB é diferenciado no tocante ao financiamento do Previner Brasil? Sobretudo em não ter indicadores específicos?

A abrangência dos serviços da APS também é suscetível de ser comprometida, em função de a nova política haver deixado de financiar equipes do NASF, cuja atuação é descrita como de grande relevância para aumentar a capacidade resolutiva da APS, bem como a fim de apoiar a sua integração em redes de saúde.

O Previner Brasil acrescenta, ainda, uma Medida Provisória (MP), a de nº 890/13, convertida em dezembro na Lei nº 13.958/14, que institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e autoriza a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), instituição de direito privado, com modalidade paraestatal (Serviço Social Autônomo) (BRASIL, 2019).

Na descrição de Harzheim (2021), a necessidade de ampliação do escopo profissional será fortalecida com a publicação, ainda em 2019, da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), em que o Ministério da Saúde oferta um novo incentivo financeiro para o padrão ouro na formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem de Família e Comunidade e Odontologia na APS.

Este incentivo é destinado às vagas das equipes de Saúde da Família ocupadas com residentes médicos, enfermeiros ou dentistas afiliados a programas de Residência Médica e Multiprofissional aprovados pelo Ministério da Educação. Parece um controverso incentivo à Residência Multiprofissional em Saúde da Família, mas limita o NASF.

Morossini (2020), externaliza o Previne Brasil como uma proposta, sendo que o modo como ela se justificada evoca a imagem do cavalo de Troia, o presente grego dado aos troianos que levou ao interior da cidade os meios para a conquistar. Embrulhadas para presente, as mudanças que tais medidas comportam são expressas como meio para a solução dos problemas de autonomia da gestão local, de resolubilidade, acesso, eficiência e eficácia da atenção básica.

Desembrulhadas, revelam o potencial de acelerar e aprofundar a privatização e a renúncia do SUS aos princípios que, articulados, formam sua principal frente de luta: o direito universal e igualitário à saúde promovido com base na equidade, na integralidade da atenção e na participação popular.

Finalizamos com anseios para mudanças e novos alinhamentos pertinentes à política de financiamento. E, assim, a continuidade da equipe NASF-AB à população, com assistência integral, resolutiva, com arranjos construtivos para a atenção primária.

Nesse contexto de mudanças de financiamento e viabilidade dos programas em saúde. Que se torna necessário avaliação destes.

A avaliação permeia o campo da Saúde Pública. Ela torna possível obter informações destinadas à construção de julgamentos capazes de serem traduzidos em ações relacionadas não apenas à melhoria das políticas públicas, mas também ao auxílio de grupos sociais na compreensão e na modificação de seus problemas (TESTON; LUCI MARIA *et al.*, 2021).

A avaliação é uma ferramenta crescente com busca por transparência na gestão dos recursos públicos (FELISBERTO *et al.*, 2017).

Muitos países têm desenvolvido modelos para monitorar, medir e gerenciar o desempenho dos seus sistemas de saúde como forma de garantir a equidade, eficiência, efetividade das ações (ARAH *et al.*, 2003).

Os sistemas de saúde carecem de uma avaliação mais contextualizada, voltada ao cotidiano dos serviços e, e que transcenda próprio planejamento em saúde da década de 1980, reconhecido como um importante instrumento de formulação de políticas e de poder (TANAKA, 2017).

No entanto, os instrumentos de gestão devem estar alinhados para criar estratégias. Outros desafios atuais no campo da avaliação em saúde é sua institucionalização, o que significa incorporá-la e inseri-la nos processos de planejamento e de gestão (OLIVEIRA; REIS, 2016).

Na visão de poder de estado e posturas relacionadas as respostas avaliativas, Furtado *et al.* (2018) colocam que a avaliação de forma instrumental tem gerado críticas. Os autores questionam a forma de indução de políticas geralmente focada em resultados e considerada conservadora, visto não haver apoio institucional e nem auxílio financeiro, técnico ou científico aos mais mal avaliados e com desempenho fora do padrão, no sentido de buscar atenuar ou mesmo superar problemas sociais. Esta forma de indução de políticas, mostra-se inconciliável com a lógica pública.

Outrora, uma variedade de literatos expõe o desafio de uma avaliação com dados qualitativos. Assim, Carnut (2020) ressalta que uma das agendas em que os estudos avaliativos devem se assentar é o estudo e elaboração de instrumentos de avaliação com abordagem qualitativa, especialmente sobre o cotidiano dos serviços de saúde. Somado a isso, deve-se perseguir como esses recursos podem detectar as fragilidades das relações de comunicação entre serviços, ou seja, como identificam as lacunas na construção da intersectorialidade na vida concreta dos serviços.

Para Pisco (2006) a questão central do processo atual de avaliação não é tanto a técnica, ou seja, de como se fazem atividades de avaliação e melhoria. Os esforços devem se concentrar em como se estabelecer e se manter, de forma sustentada, essas atividades como parte do trabalho de um sistema de saúde. Nesta perspectiva, argumenta no sentido de se pensar a criação bem-sucedida de um sistema que, “de forma coerente e integrada, englobe os múltiplos esforços qualitativos que os profissionais ou as instituições estão a desenvolver de forma a potenciar os benefícios para os doentes”.

De acordo com Champagne *et al.* (2011b) a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análises:

- a) análise estratégica, que aprecia a pertinência da intervenção ou sua razão de ser;
- b) análise lógica, que examina a coerência da intervenção, ou seja, a adequação entre os diferentes objetivos e entre os objetivos e os meios (recursos, serviços ou atividades);
- c) análise da produção, que considera a produtividade e a qualidade dos processos;
- d) análise dos efeitos, que verifica a eficácia;
- e) análise da eficiência, que analisa as relações entre os recursos e os efeitos; e,
- f) análise da implantação, que verifica as interações entre a intervenção e o contexto de implantação na produção dos efeitos.

Dessa forma, o último tipo de análise apresentado, a análise da implantação consiste em especificar o conjunto de fatores que influenciam as mudanças obtidas após a introdução de uma intervenção, considerando as relações com o contexto durante sua implementação. Sua utilização é indicada quando a intervenção é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de distintas formas. Objetiva delimitar os fatores que facilitam ou comprometem uma intervenção em um contexto particular (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a).

Com a expansão da cobertura das equipes de SF e a exigência por melhores resultados, no ano de 2003, o MS iniciou um movimento de institucionalização do Monitoramento e Avaliação na AB com a definição de distintas iniciativas na gestão governamental (BRASIL, 2005; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A criação de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) na estrutura organizacional do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do MS e a publicação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para a AB marcam a proposição do gestor federal como indutor da institucionalização da avaliação e o papel estratégico da AB neste processo (BRASIL, 2005, p. 24).

Outras estratégias foram estabelecidas pelo Departamento de Atenção Básica do MS. Instrumentos autoavaliativos foram desenvolvidos e disponibilizados para uso da Atenção Básica: a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e, posteriormente, a Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB). O uso deste tipo de instrumentos busca qualificar os processos de trabalho e de gestão por meio do agir reflexivo relacionado a padrões de qualidade e ao orientar a ação das equipes por meio de ações planejadas acompanhadas de um plano de intervenção (BRASIL, 2012b).

Em 2011, foi proposto o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como estratégia para promover mudanças nas condições e funcionamento das UBS, de forma a ampliar o acesso e a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação na AB. O PMAQ-AB instituiu um componente variável que vincula parte do financiamento federal da saúde ao desempenho das equipes da estratégia SF no Programa. Na primeira edição, em 2012, foram avaliadas as equipes de SF e de Saúde Bucal (BRASIL, 2012c).

No primeiro ciclo, em 2011, o PMAQ-AB teve adesão de 71% dos municípios e 54% das equipes de AB do Brasil, levando milhares de equipes a incorporarem processos de autoavaliação, pactuação de metas e avaliação externa em seu processo de trabalho. No segundo ciclo, em 2013, a adesão atingiu 94% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2011).

No ano de 2013, no segundo ciclo de avaliação, foram incorporadas as equipes NASF e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2013).

As equipes NASF passaram pelo ciclo avaliativo previsto no programa, com as peculiaridades referentes ao seu processo de trabalho e também com as questões referentes ao apoio oferecido pelo NASF nos questionamentos feitos às equipes de AB apoiadas. No Brasil, 1813 equipes NASF fizeram adesão ao PMAQ3 e destas, 1773 foram avaliadas, com 285 equipes (16%) classificadas com desempenho muito acima da média, 604 (33%) com desempenho acima da média e 884 (49%) com desempenho mediano ou abaixo da média (BRASIL, 2015).

A incorporação das equipes NASF ao PMAQ-AB significa que elas serão objeto de autoavaliação, contratualização de metas e avaliação externa, com financiamento variável dependendo do desempenho (BRASIL, 2015).

3.4 Percurso e desafios do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, NASF-AB.

A ampliação da AB brasileira era algo estudado e discutido de modo político. Assim, iniciou a idealização da construção de uma equipe multiprofissional.

A ampliação da APS já era vista em outros países. Com composição de equipes Multiprofissional na atenção Primária. A exemplo de Portugal, onde Geovanella *et al.* (2015), descreve sobre a reforma da APS, e embasa a composição da equipe composta por médicos especialista em saúde da família, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e, ainda, outros técnicos.

Outros países como Chile, Noruega, Canadá, França, Reino Unido, Cuba e alguns países da América Latina, também dispõem de ampliação da Atenção Primária em Saúde (GRAMERO; RAMIREZ, 2013).

Almeida e Medina (2021), apresentam em seu estudo uma linha do tempo do NASF, como pode ser visto na figura abaixo:

Figura 2 – Composição do campo burocrático e principais fatos e acontecimentos da linha do tempo da gênese e da emergência dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Fortaleza, 2023

MOMENTOS DE GÊNESE E EMERGÊNCIA DO NASF	ANO	COMPOSIÇÃO DO CAMPO BUROCRÁTICO						PRINCIPAIS FATOS/ ACONTECIMENTOS
		Presidente da República	Ministro da Saúde	SE	SAS	DAB	CGGAB	
Momento I	2000	Fernando Henrique Cardoso	José Serra	Barjas Negri	Renilson Rehem	Heloísa Machado de Souza	Afra Suassuna	Reuniões do CNS – ampliação da equipe mínima
	2001	Fernando Henrique Cardoso	José Serra	Barjas Negri	Renilson Rehem	Heloísa Machado de Souza	Afra Suassuna	11ª Conferência Nacional de Saúde (política de RH para o SUS); Plano Nacional de Educação (<i>Lei nº 10.172</i>); 1ª Censo de Saúde da Família; Saúde bucal na ESF
	2002	Fernando Henrique Cardoso	Barjas Negri	Barjas Negri	Renilson Rehem	Heloísa Machado de Souza	Afra Suassuna	PROESF; PLS Ato Médico
Momento II	2003	Luís Inácio Lula da Silva	Humberto Costa	Gastão Wagner	Jorge Solla	Afra Suassuna	Reneide Muniz	Início do Governo Lula; GT-MS de ampliação da equipe mínima
	2004	Luís Inácio Lula da Silva	Humberto Costa	Gastão Wagner; Antônio Alves de Souza; José Agenor Álvares	Jorge Solla	Afra Suassuna	Socorro Matos	Minuta de portaria NSI
Momento III	2005	Luís Inácio Lula da Silva	Humberto Costa; Saraiva Felipe	José Agenor Álvares; Arinaldo Rosendo	Jorge Solla; José Gomes Temporão	Luis Fernando Rolim Sampaio	Socorro Matos	Publicação da <i>Portaria nº 1.065 (NAISF) – 04/Jul/2005</i> ; <i>Revogação da Portaria nº 1.065 – 05/Jul/2005</i>
	2006	Luís Inácio Lula da Silva	Saraiva Felipe; José Agenor Álvares	Arinaldo Rosendo; Márcia Mazzoli	José Gomes Temporão	Luis Fernando Rolim Sampaio	Claunara Schilling	PNAB; PNPS; PNPIC
Momento IV	2007	Luís Inácio Lula da Silva	José Gomes Temporão	Márcia Mazzoli; Francisco Campos	José Gomes Temporão; José Carvalho de Noronha	Luis Fernando Rolim Sampaio	Claunara Schilling	Reapresentação da proposta do NAISF; Reativação do GT-MS de ampliação da equipe mínima
	2008	Luís Inácio Lula da Silva	José Gomes Temporão	Francisco Campos	José Carvalho de Noronha	Claunara Schilling	Núlvio Lermen Jr.	Publicação da <i>Portaria nº 154 (NASF)</i>

Fonte: Almeida; Medina (2021).

A partir do que foi elencado na Figura 1, nota-se que a ampliação da APS recebeu, primeiramente, o nome Núcleo de Saúde Integral (NSI), passando posteriormente para Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), até ser denominada como NASF.

É oportuno mencionar que na 11ª e 12ª Conferência Nacional de Saúde foi listada a necessidade de criar e assegurar incentivos tripartite, para a implantação de equipes multiprofissionais de apoio às equipes da ESF (BRASIL 2011, BRASIL 2012).

Em 2008 a Estratégia Saúde da Família e, sobretudo a população brasileira foram agraciadas por uma equipe de especialistas para APS, chamada Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008).

O NASF é uma equipe multiprofissional com uma proposta de trabalho promissora, como consta na Portaria nº 154, de 24 de junho 2008, revogada pela Portaria GM/ MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com o objetivo de aumentar a resolubilidade e a capacidade de resposta das equipes de Saúde da Família aos problemas da população (BRASIL, 2011).

As equipes são compostas por profissionais de áreas diversas do conhecimento que, atuando de maneira integrada às equipes de Saúde da Família, nelas incluídas os grupos de saúde bucal, qualificam o atendimento às pessoas. Espera-se que a inserção desses profissionais amplie a visão e as ações do cuidado, trazendo, como consequência, a diminuição do número de encaminhamentos a outros serviços e maior satisfação aos usuários (BRASIL, 2011).

Cada equipe de NASF é composta pelas seguintes profissões: médico acupunturista, pediatra, ginecologista/obstetra, homeopata, psiquiatra, geriatra, internista (clínica médica) ou médico do trabalho; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); profissional de saúde sanitária. Totalizam, pois, 19 profissões. Em 2011, eram 13 categorias e foram acrescentada outras profissões, consoante a Portaria 2.488/2011, crescendo de 13 para 19 ofícios (BRASIL, 2011).

É importante destacar o fato de que o NASF não configura um serviço de especialidades na Atenção Básica e deve realizar ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família, visando à ampliação da clínica e à mudança das práticas, contribuindo com uma melhor qualidade de vida para as comunidades (BRASIL, 2011).

No tocante aos tipos de NASF é possível evidenciar alguns dados que são apontados pela Portaria nº154/2008, que esclarece: o NASF 1 está vinculado a oito equipes para 20 equipes ESF como custeio de R\$ 20 mil. O NASF 2, a seu turno, era vinculado a três equipes para sete ESF, com o custeio de R\$ 6 mil. Destaco que, posteriormente, foi modificado para uma nova portaria (BRASIL, 2008).

É importante destacar o fato de que o NASF não configura um serviço de especialidades na Atenção Básica e deve realizar ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família, visando à ampliação da clínica e à mudança das práticas (BRASIL, 2011).

Autores já expressavam a limitação para vinculação de muitas equipes. Conforme Macedo (2016), os obstáculos enfrentados pelas equipes no trabalho do NASF quando do início de sua implantação está atrelado ao fato de haver muitas equipes o que dificultou o vínculo e a assistência com as equipes da ESF.

Assim, em 2011, a Portaria de nº 2.488 reduziu a vinculação das equipes. O NASF tipo 1 foi diminuído para oito equipes e no máximo quinze equipes ESF. O NASF tipo 2 no mínimo três equipes e no máximo sete equipes. (BRASIL, 2011).

Então, outra, Portaria de nº 3.124/2012, criou o NASF 3, de sorte que todo município com ESF é capaz de ter NASF-AB. Também os parâmetros de vinculação de NASF 1 foram reduzidos para no mínimo cinco e no máximo nove equipes da ESF, com carga mínima de 200 horas semanais, custeio mensal e incentivo de implantação de R\$ 20 mil. O NASF 2 foi reduzido para mínimo de três a quatro equipes da ESF, com carga mínima de 120 horas semanais, custeio mensal e incentivo de implantação de R\$ 12 mil. O NASF 3 vinculado de uma a duas equipes ESF, com carga mínima de 80 horas semanais, custeio mensal e incentivo de implantação de R\$ 8 mil. Os custeios foram atualizados pela Portaria 548 de 2013 (BRASIL, 2013). Segue abaixo o quadro 2 com resumo das portarias do NASF.

Quadro 1 – Sinopse das Portarias Relevantes do NASF. Fortaleza, 2023

Continua

Portarias Nº						Nota Técnica
158/2008	2.488/2011	3.124/2012	562/2013	1.171/2016	2.436/2017	27/01/2020
Criação do NASF	Aprovação da PNAB Redefine as categorias profissionais, Carga horária e parâmetros de vinculação	Criação do NASF 3 e redefina os parâmetros de vinculação	Início da Participação do NASF no PMAQ AB (2Ciclo)	Credenciamento das equipes de NASF em municípios com casos Confirmados de microcefalia.	PNAB Modificações dos conceitos. NASF passou de Núcleo de Apoio à Saúde da Família para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	O Ministério da Saúde anuncia que não realizará mais o credenciamento dos NASF (BRASIL, 2020).
NASF 1 Mínimo 5 Profissionais 40h cada Apoio 8-20 ESF PAB VAR: 20.000	NASF 1 Mínimo 200 h Cada CBO:20h-80hs Apoio: 8-15 ESF PAB VAR: 20.000	NASF 1 Apoio: 5-9 ESF PAB VAR: 20.000	Incentivo de Adesão: R\$ 400 para NASF 3, R\$ 600 para			Posteriormente deixa a cargo da gestão municipal seguir com as equipes de modo autônomo intitulada em equipes multiprofissionais.

Quadro 1 – Sinopse das Portarias Relevantes do NASF. Fortaleza, 2023

Conclusão

Portarias Nº						Nota Técnica
158/2008	2.488/2011	3.124/2012	562/2013	1.171/2016	2.436/2017	27/01/2020
NASF 2 Mínimo	NASF 2 Mínimo 120 h	NASF 2 Apoia 3-4	NASF 2 R\$ 1000 para			
Profissionais	Cada CBO: 20h-40h	ESF	NASF 1			
Apoio 3- 7 ESF	Apoia 3-7 ESF	PAB VAR;	Melhor			
PAB VAR: 6.000	PAB VAR; 8.000	12.000	desempenho			
		NASF 3	R\$: 2.000 para			
		Mínimo	NASF3			
		80h	R\$ 3.000 para			
		Cada	NASF2			
		CBO:20-	R\$ 5.000 para			
		40h	NASF1			
		Apoia 1-2				
		ESF				
		PAB VAR;				
		8.000				

Fonte: Elaborado pela autora.

Como uma estratégia inovadora, o objetivo do NASF consiste em apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Em relação às diretrizes que norteiam suas atividades, mencionamos: a ação interdisciplinar e intersetorial, a educação permanente em saúde dos profissionais e, sobretudo, da população, o desenvolvimento da noção de território, a integralidade, participação social, educação popular e, por último, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2011).

Em sua composição, o NASF expressa nove áreas estratégicas: Saúde da criança, do adolescente e do jovem; Saúde mental; Reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; Alimentação e nutrição; Serviço social; Saúde da mulher; Assistência farmacêutica; Atividade física/práticas corporais; e Práticas integrativas e complementares. Sendo assim, para que seja possível a aplicação de tal estratégia, configura-se uma equipe formada por profissionais de diversas áreas diversificadas do conhecimento, que devem trabalhar de maneira integrada com as equipes Saúde da Família, apoiando-as e compartilhando saberes. Portanto, sua característica de trabalho se baseia no apoio matricial, entendido como uma função gerencial, que se relaciona, horizontalmente, atuando como suporte na gestão de trabalho (BRASIL, 2011).

Com o percurso de dez anos de equipe, foram conquistados avanços quanto ao crescimento do número de equipes em todo o Brasil. Os NASF foram, então, denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB (BRASIL, 2017).

De 2007 a julho de 2012, foram implantados 164 núcleos de apoio à Saúde da Família, ocorrendo um aumento gradual no Estado da Bahia. Atualmente (novembro 2012), este é o segundo Estado com maior número de NASFs e o único com uma Política Estadual para o NASF, aprovado em CIB Resolução CIB/BA 66 de 2010, que dispõe as diretrizes estaduais para o NASF. (fonte: Núcleo de Apoio à Saúde da Família | Sesab saude.ba.gov.br), acessado em 18/10/21).

Cadastradas pelo Ministério da Saúde até o ano de 2019, o Ceará exibia 270 equipes, Minas Gerais, 455, Bahia, 338 e São Paulo tinha 304 equipes (BRASIL, 2021).

No contexto pandêmico da microcefalia ocorrido em 2015/2016, o Ministério da Saúde publicou portaria específica, a de número 1.171/2016. Para cada município que tivesse crianças com microcefalia, seriam credenciadas equipes NASF para apoio a crianças e famílias (BRASIL, 2016).

Após cinco anos da pandemia da microcefalia, aflorou a pandemia da COVID-19, infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave com elevada transmissibilidade (BRASIL, 2021).

Em noticiário relacionado às crianças com microcefalia na pandemia do coronavírus, que já matou [4 de dezembro de 2021] 615.221 pessoas no Brasil, o artigo intitulado “Crianças com microcefalia por zika regredem na pandemia: desaprendendo a falar e a comer”, assinala (GUIMARÃES, 2021):

No Nordeste do Brasil, epicentro do surto de Zika que assustou o mundo em 2015, mães e cuidadoras relatam um retrocesso visível no desenvolvimento de suas crianças, que dependem de uma rotina pesada de terapias e estímulos para conquistarem autonomia em atividades simples como comer, dormir e falar.

Em momento pandêmico da covid-19, com um quantitativo elevado de óbitos, os territórios continuam com pacientes com sequelas respiratórias, motoras, neurológicas, mentais, e suas famílias sob luto e cuidado, carentes de um apoio integral da APS e, sobretudo, da equipe NASF–AB.

De maneira desconstrutiva, a equipe e a população vivenciam um novo financiamento que limita a continuidade das equipes, passando a ser uma possibilidade conforme novo apoio monetário chamado Previne Brasil. Assim, evidenciamos as vivências e configurações estabelecidas de um novo modelo de financiamento da atenção primária.

Em análise do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ–AB), é previsto o índice do NASF, composto por indicadores importantes: a média 50 atendimentos individuais, 12 visitas domiciliares registrados por profissional do NASF e a média de 12 atendimentos compartilhados, oito atendimento em grupo (BRASIL, 2017).

As atividades de apoio direto às equipes de SF e SB, por meio desses atendimentos, devem ter intervenções frequentes na rotina de trabalho de um profissional do NASF e abrangem tanto a dimensão clínica e sanitária quanto a pedagógica ou até ambas ao mesmo tempo (BRASIL, 2014).

O PMAQ titula parâmetros quantitativo e expressa que o atendimento em grupo possibilita a ampliação da capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, bem como amplia as ofertas/ações de saúde na AB. As atividades desenvolvidas em grupo não devem ser pensadas apenas como uma possibilidade de atendimento à grande demanda, mas numa perspectiva de socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e elaboração de projetos coletivos (BRASIL, 2017).

Em levantamento de pesquisas quanto às temáticas citadas nos periódicos sobre o NASF-AB, em alguns estudos atuais, se repetem os seguintes contextos: o processo de trabalho do NASF; a atuação profissional; o gerenciamento da equipe, o escopo de práticas; os arranjos da gestão e o financiamento.

A atuação da equipe é integrada, o que permite realizar discussões de casos clínicos; o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, possibilita a formulação conjunta de projetos terapêuticos, de modo a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também são intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2010).

Conforme a Portaria do MS nº 154, de 2008, que instituiu os NASF em uma proposta de apoio matricial para as equipes da ESF, foram neles projetadas ações interdisciplinares, de apoio (discussões de casos e projetos terapêuticos) e outras típicas da ação generalista da APS (promoção, prevenção, planejamento), sem valorizar sua atuação assistencial como referência especializada, embora não a proíba. Neste entendimento, alguns municípios regulamentaram portarias próprias para um trabalho mediante a necessidade local (BRASIL, 2008).

Santos (2017) evidencia que o apoio matricial do NASF para a ESF se materializa por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os profissionais, bem como da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de APS. No cotidiano do trabalho, o matriciamento facilita ações possíveis e o esclarecimento diagnóstico, que, muitas vezes, é base para a estruturação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O NASF não é porta de entrada, faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como serviço com unidade física independente ou especial, não sendo de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários,

devem ser regulados pelas equipes de Atenção Básica). As equipes devem atuar nas estruturas físicas das próprias Unidades Básicas de Saúde e no território.

As equipes não conformam um serviço de especialidades, consoante a Portaria GM/MS nº 3.124, de 28 dezembro de 2012. Nesse sentido, algumas críticas são induzidas ao NASF quanto à sua potencialidade, sendo pouco explorado o seu potencial de provisão de cuidado especializado.

Campos (2007) retrata a prática clínica especializada pensada no apoio matricial que, proposto e acrescido às funções assistenciais dos especialistas, trata-se de dar apoio técnico-pedagógico a equipes de referência (equipes de Saúde da Família), além de oferecer ações de cuidado especializado, reforçando os vínculos dos usuários com a equipe de Saúde da Família.

Em formulações posteriores, há atenuação desse ofício de provisão de cuidado clínico especializado: o apoio matricial é considerado “complemento dos mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação”, mas a função assistencial continua existindo genericamente. Já na diretriz federal para atuação dos NASF-s, contrariamente, sua função assistencial especializada diretamente ao usuário individual não foi priorizada (CAMPOS, 2007).

Na visão de Tessir (2016), os NASFs são, em muitos locais, subexplorados como equipes assistenciais de retaguarda especializada, em razão das diretrizes oficiais focadas no apoio e em ações generalistas de promoção e prevenção da APS, subutilizando a competência nuclear dos profissionais matriciadores. De outra parte, em locais onde eles atuam somente com assistência especializada, ocorre o inverso, e aí devem fazer também apoiotécnico às equipes de APS, melhorando sua resolubilidade e contribuindo na sua educação permanente, concretizando o matriciamento.

Moretti (2016), avalia a redução de encaminhamentos à atenção secundária, buscando diminuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). Concluiu que, de 1998 a 2016, houve uma expansão das equipes de Saúde da Família em todo Brasil: 40.490 foram implantadas em 5.483 municípios, cobrindo 64,2% da população. O número dos NASF no Nordeste e a respectiva cobertura populacional foram maiores, em relação às demais regiões. De outra banda, ocorreu maior queda de ICSAB na região Centro-Oeste, que possui menor número de NASF implantados. Em síntese, a pesquisa de Moretti observou

que os determinantes sociais do Nordeste são diferentes do Centro Oeste, dificultando a comparação.

Quanto ao processo de trabalho, Macedo (2016) aponta (des)articulação das equipes de apoio e de referência, o que limita a operacionalização das diretrizes do NASF. Relata, ainda, que as pactuações entre gestor, equipe do NASF e da ESF, com definição criteriosa das estratégias a serem implementadas, juntamente com a atuação do coordenador, potencializam a articulação e a integração das equipes e ações de saúde no território, melhorando a logística das unidades de saúde e reunindo novos projetos na perspectiva de qualificar a atenção à saúde no território.

No tocante à formação dos profissionais, Melo *et al.* (2018) indica, ainda, em suas pesquisas que os profissionais do NASF se queixam de má formação para o exercício do apoio matricial e da dificuldade para legitimar práticas interdisciplinares nas ESF.

Em consonância com Macedo (2016), evidencia-se a ideia de que a maioria dos profissionais atuantes nos NASF em estudo, independentemente de sua especialidade, compartilha da mesma proposta formadora, que se mostra dissonante em relação ao modelo de atenção que se propõe implantar no SUS, no qual a ênfase está nas ações de promoção da saúde e prevenção, sem desconsiderar as de cura e reabilitação.

Quanto ao desempenho e à gestão, Cavalcante (2016) percebeu, na gestão da organização do NASF Arcoverde/PE, o esforço das equipes para o alcance de resultados e desempenhos mais quantitativos, como é o caso do plano de metas incentivado pelo modelo gerencial, existindo, ainda, a possibilidade de que haja despreocupação relativamente ao fator qualitativo nos serviços prestados.

Nessa contextura, Nascimento e Oliveira (2010), no que concerne às ações desenvolvidas pelo NASF, entendem que elas visam a imprimir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial no seu aspecto meramente numérico. Seu principal desafio é a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que, historicamente, prioriza quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em prejuízo da resolubilidade na Atenção Básica e a avaliação de choque e de indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas, em danos às qualitativas.

Para Melo *et. al.* (2018) o funcionamento do NASF no cotidiano dos serviços tem ocorrido de modo heterogêneo e, por vezes, tenso, a depender da realidade local em que o NASF se insere.

Cabral (2016) critica a concepção de equipes mínimas de saúde (ESF) e de um núcleo que apoia várias destas equipes (NASF), demonstrando a intenção dos governos do País em enxugar/reduzir os investimentos na saúde pública. Tomando como exemplo o NASF, é uma evidente prova do corte de verbas para investir na contratação de mais profissionais.

Outrora autores relatam, entretanto, que o funcionamento do NASF no cotidiano dos serviços tem ocorrido de modo heterogêneo e, por vezes, tenso, a depender da realidade local em que o NASF se insere (MELO *et al.*, 2018).

Trata-se de um estudo que elege como objeto de análise a práxis de um grupo social, mais particularmente a organização do processo de trabalho de equipes dos núcleos de apoio à Estratégia Saúde da Família, configurando-se como um campo permeado por intensa produção subjetiva, a qual também determina a produção de sentidos e significados atribuídos aos fenômenos sociais, resultantes da trama intersubjetiva tecida no contexto das relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos que integram este cenário.

Ante a este entendimento, a pesquisa será orientada pela tradição qualitativa de investigação em saúde, considerando que a singularidade desta experiência em suas múltiplas dimensões não é passível de redução à mensuração quantitativa.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Natureza do estudo

Trata-se de um estudo que elege como objeto de análise a práxis do gerenciamento da equipe multiprofissional/NASF–AB no estado do Ceará, mais particularmente a organização das equipes multiprofissional antigo NASF–AB no Ceará enfatizando a dimensão política e gerencial nos sistemas municipais de Saúde.

Configura-se como um campo permeado por intensa produção subjetiva, a qual também determina a produção de sentidos e significados atribuídos aos fenômenos sociais, dialéticos, resultantes da trama intersubjetiva tecida no contexto da política de cada município e a relação com os patamares federal e municipal que integram este cenário.

Ante a este entendimento, a pesquisa será orientada pela tradição qualitativa de investigação em saúde, considerando que a singularidade desta experiência em suas múltiplas dimensões não é passível de redução à mensuração quantitativa, uma vez que incorpora o significado e a intencionalidade como inerente aos atos, relações e estruturas “[...] como construções humanas significativas”. (MINAYO, 2000, p. 21).

4.2 Tipo de estudo

A investigação agora relatada conforma um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A classificação descritiva se tem por descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2008).

4.3 Local e período do estudo

O estudo foi realizado nos 184 municípios do Ceará. No período de 27 de junho de 2022 e até 31 de agosto de 2022. O Estado do Ceará denota organização e funcionamento em cinco regiões de saúde, nos termos da Lei Estadual n.

17.006, de 2019, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Art. 2º). As atuais cinco macrorregiões de saúde passam a se configurar como regiões de saúde, nos termos do art. 3º, da Lei n. 17.006, de 30 de setembro de 2019, coordenadas pela Secretaria de Estado da Saúde, em articulação com os municípios que as integram, nos seguintes termos: I – Região de saúde de Fortaleza; II – Região de saúde do Cariri; III – Região de saúde do Sertão Central; IV – Região de saúde do Litoral Leste; V – Região de saúde de Sobral § 1º. As vinte e duas regiões de saúde definidas no Plano Diretor da Regionalização (PDR) de 2018 deverão estar configuradas no território de cada uma das cinco regiões de saúde e serão instâncias de planejamento local (CEARÁ, 2021).

4.4 Cenário do estudo (população e amostra)

Têm-se como população os 184 gestores municipais do estado do Ceará, sendo a amostra os 80 gestores que responderam à pesquisa. Os municípios foram devidos pelas cinco macrorregiões; Região de Fortaleza, Região Sertão Central, Região Litoral Leste, Região Sobral, Região do Cariri. Conforme imagem representativa abaixo.

Figura 3 – Distribuição dos municípios que responderam à pesquisa.

Fortaleza, 2023



Fonte: Elaborada pela autora.

4.4.1 Sujeitos do estudo

Os participantes do estudo foram 80 gestores, dividido em 47 Secretários de Saúde e trinta e três Coordenadores da Atenção Básica.

Os 80 sujeitos desse estudo estão caracterizados em um quadro de variáveis, conforme representado em Apêndice E.

4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão

A pesquisa adotou como critério de inclusão: estar secretário de saúde ou coordenador da Atenção Básica à Saúde dos 184 municípios cearense e aceitar em participar da pesquisa com respostas até 31/08/2022 (conforme cronograma do estudo).

Como critério de exclusão: municípios que não tem equipe NASF-AB/ Equipe multiprofissional no município, assim como a duplicação de respostas pormais de um município.

4.5 Técnica e instrumento de coleta de dados

Para a realização da coleta de dados foi realizada um questionário eletrônico (*Google Forms*) com questões fechadas e abertas. Incluindo questões sóciodemográficas, como também referente à organização do NASF-AB, gerenciamento, decisão política em manter ou não manter as equipes, assim como os desafios do NASF.

4.5.1 Etapa exploratória da pesquisa

A coleta de dados ocorreu conforme data prevista no cronograma da pesquisa. Em 27 de junho de 2022. Foi aplicado aos questionários eletrônicos e adotou-se a estratégia de envios via *e-mails* ou *WhatsApp* três vezes na semana. O monitoramento do retorno com resposta se deu através de registros diários da pesquisadora, o que também permitiu acompanhar e requisitar mais parcerias a fim de aproximar o estudo dos gestores nos municípios. Com isso, mantivemos contatos

com algumas Coordenadoria Regional de Saúde – CRES para facilitar o envio para os Municípios. Assim, aplicação e o envolvimento da pesquisa foi crescendo. Em 31 de agosto de 2022, conforme cronograma finalizo a pesquisa com 91 respostas. Com atribuição dos critérios de exclusão, 11 questionários foram excluídos. Sendo sete de gestores municipais que responderam duas vezes. E quatro de gestores municipais responderam que não tinha NASF. Os registros foram devidamente armazenados, pelo pesquisador, sendo garantido o absoluto sigilo das informações, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos. Organização e Análise de dados

Para a etapa de organização e análise dos indicadores, recorreremos ao método de Análise de Conteúdo Minayo (2006), numa perspectiva crítico-reflexiva. Para a coleta de dados foram utilizadas fontes primárias, entre elas um questionário eletrônico e a observação sistemática.

Na coleta de dados, para fontes primárias, a operacionalização do questionário, foi aplicado de modo eletrônico com 14 questões de múltiplas escolhas e 6 questões abertas norteadoras, conforme consta no Apêndice C.

Não custa repetir que os dados serão analisados com base na Análise de Conteúdo, há pouco mencionada, numa perspectiva crítica e reflexiva, conforme está em Minayo (2006), com ênfase em eixos temáticos, por possibilitar a descrição e a explicação de um pensamento, o qual é compreendido por meio da linguagem e da observação, como núcleos e instrumentos de comunicação entre as pessoas. Este método permite apreender a realidade por meio do conteúdo manifesto e latente, em busca da objetivação do conhecimento.

Desse modo, a sistematização do processo de análise dos resultados at-se-á aos seguintes passos:

- a) **Ordenação dos dados:** consiste no primeiro contato com o material empírico coletado, envolvendo a transcrição dos questionários eletrônicos, organização dos relatos em determinada ordem, organização dos dados observados. Em seguida, à leitura geral do material transcrito e organizando os distintos indicadores obtidos nos questionários e no diário de campo.
- b) **Classificação dos dados:** momento de uma relação entre os dados empíricos, objetivos e pressuposto teórico da pesquisa. Esta ocasião compõe-se de três etapas. Etapa I – período realizado com a construção de planilhas organizativo dos questionários eletrônicos,

pesquisa sobre o censo dos municípios envolvidos na pesquisa, leitura flutuantes. Etapa II- período realizado de análise das questões subjetivas, com o objetivo de esclarecer núcleos de sentido com suporte nas ideias centrais sobre o tema. Construção de quadro que sintetiza as três categorias identificadas e, em cada uma, os agrupamentos de unidades de sentido. Assim, o trabalho analisado pôde ter seu sentido interpretado em subpartes, capazes de revelar todo o seu repertório de forma precisa e sintetizada.

c) Análise dos dados: consiste no movimento de inflexão sobre o material empírico. Seguindo com a construção de quadro que sintetiza as três categorias identificadas e, em cada uma, os agrupamentos de unidades de sentido.

A figura 2 sintetiza as três categorias identificadas e, em cada uma, os agrupamentos de unidades de sentido. Assim, o trabalho analisado pôde ter seu sentido interpretado em subpartes, capazes de revelar todo o seu repertório de forma precisa e sintetizada.

Quadro 2 – Categorias (Unidades de Sentido). Fortaleza, 2023

Categoria 1- Equipe multiprofissional/ NASF-AB: decisão política e limites gerenciais na construção do cuidado integral
<p>Integralidade como princípio fundamental do NASF AB</p> <p>Continuidade das equipes NASF AB por decisão política local</p> <p>Ausência de financiamento federal para o NASF AB.</p> <p>Centralização nos indicadores do Previner Brasil para médicos, enfermeiros, dentistas.</p> <p>Valorização do NASF-AB no enfrentamento da Covid 19 para alguns municípios</p>
Categoria 2 - Desafios gerenciais e a heterogeneidade operacional dos Nasf-AB
<p>Alta demanda para atendimento individual versus atividade de promoção em saúde</p> <p>Formação dos profissionais na graduação sem escopo generalista</p> <p>Cultura da população e dos profissionais direcionados para modelo biomédico</p> <p>Coordenação do NASF AB sem diretrizes sólidas para as práticas em território</p> <p>Atividades realizada pelo NASF AB de modo heterogênea</p> <p>Fragilidade nas relações interprofissionais</p>
Categoria 3 – Fortalecer equipes multiprofissionais na APS: entre o possível e o ideal
<p>Fortalecimento da APS com apoio do NASF AB e suporte em rede</p> <p>Custeio do NASF AB em esfera federal e mais valorização à nível federal</p> <p>Mais equipes multiprofissionais presentes no território com melhores condições de trabalho</p> <p>Melhores condições de trabalho</p> <p>Revelância do trabalho do NASF AB em linhas de cuidado na APS</p>

Fonte: elaborada pela autora.

Os resultados foram apresentados conforme as respostas dos gestores seguindo as categorias empíricas nas quais se foi construiu. Para não expor os gestores e seus municípios, eles foram identificados pela letra “M” de município seguida de um número 1, 2, 3 em ordem crescente de acordo com o quantitativo, e seguido das letras a, b, c, d, e, f que corresponde as seis questões a saber: M1a, M1b, M1c, M1d, M1e, M1f, M2a, M2b, M2c, M2d, M2e, M2f. M73f.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo consiste em um recorte da pesquisa intitulada “Organização das equipes multiprofissional NASF-AB no Estado do Ceará dimensões política e gerencial nos sistemas municipais de saúde”, submetida no comitê de Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Esta investigação obedece às normas relativas pesquisas envolvendo seres humanos [*in anima nobili*, diferentemente da busca com animais inferiores, que é *in anima villi*] da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e será submetida à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Do Ceará (UECE). A participação dos gestores e coordenadores de saúde do estudo será realizada por um questionário mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), obedecendo aos aspectos éticos contendo os riscos e benefícios do estudo.

Em concordância com a Resolução Nº 510/16 toda pesquisa tem riscos e benefícios. Os riscos perfazem as possibilidades de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente. Os benefícios são contribuições atuais ou potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para (BRASIL, 2016).

Os riscos do estudo consistem em possíveis constrangimentos, porque eles avaliarão aspectos relacionados da equipe multiprofissional NASF - AB a continuidade das equipes após o previne Brasil ou o descredenciamento das equipes, as limitações com as equipes, dados inerentes das equipes NASF. Esses riscos serão amenizados pela garantia do anonimato proporcionado pelos formulários, os quais serão respondidos de forma individual e após a sua conclusão serão enviados de forma virtual para evitar o constrangimento e a garantia da privacidade

de respostas. Para evitar riscos que possam causar estresse, cansaço ou aborrecimento aos 184 participantes da pesquisa no que se refere ao preenchimento do questionário, os mesmos serão esclarecidos que a interrupção do processo de coleta de dados pode ser realizada quando desejarem, a qualquer momento, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio.

Como Benefícios para a sociedade de um modo geral. Sobretudo, para a população que necessita do NASF-AB e de uma Atenção Primária em Saúde com modelo de saúde inclusivo e íntegro, proposto pelo SUS, e hoje carente de pesquisas no âmbito das novas circunstâncias de financiamento. Além disso, oferecerá subsídios às gestões municipal e federal, com vistas a implementar mudanças nos modos de financiamento do NASF-AB equipe multiprofissional e para os secretários de saúde, coordenadores de atenção básica estaremos identificando como está organização das equipes no estado do Ceará após o Programa Previne Brasil.

O resultado da pesquisa servirá para comunidade científica. Para fortalecimento do SUS.

Destacamos, ainda, que o estudo não terá encargos financeiros para os participantes nem para a instituição (APÊNDICE A).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) em 14 de junho de 2022, conforme parecer: 5.467.663 (Anexo).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção buscou revelar os resultados da pesquisa, com a intenção de descrever e fazer inferências acerca organização das equipes multiprofissionais na atenção básica no Ceará em sua dimensão política e gerencial nos sistemas municipais de saúde. Classifico equipe multiprofissional e NASF-AB como EMAB – Equipe multiprofissional da Atenção Básica.

5.1 Equipes multiprofissionais/NASF-AB (EMABS): decisão política e limites gerenciais na construção da integralidade

A decisão política do governo federal em novembro de 2019, ao instituir o Previner Brasil como modelo orientador do financiamento da APS, produziu mudanças, limitações e mesmo a exclusão das equipes NASF-AB (BRASIL, 2019). Estas mudanças passam a ser concentradas e operadas diretamente pelos gestores municipais de saúde, cabendo a estes a escolha de decidir dar continuidade às equipes multiprofissionais.

Nesse contexto, os participantes do estudo compreendem que romper com a manutenção das equipes NASF-AB compromete a integralidade, resolutividade, longitudinalidade do cuidado integral pela APS. Destacam em suas repostas a importância em manter as equipes multiprofissionais, mesmo com fragilidade no financiamento. Observa-se a seguir falas de gestores que destacam a perspectiva do protagonismo da EMABS para o cuidado integral:

A manutenção das equipes se dá pela importância de categorias diversas, por saberes diversos no cuidado ampliado e longitudinal do usuário do SUS. A lógica matricial em que as equipes atuam aumenta o repertório de cuidado para as equipes mínimas. Agir assim conseguiu e acreditou estar em consonância com os princípios de diretrizes do SUS. (M71a)

A presença de diversas categorias traz principalmente, a possibilidade do cuidado integral e longitudinal do nosso usuário. (M37c).

A manutenção se deu devido ao reconhecimento da necessidade desse trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional perante a população, sendo necessário assumir essa responsabilidade de custeio do serviço pelo município. Mantemos a equipe porque somos conscientes da sua importância na promoção saúde para nossos municípios. (M34a)

Devido à importância das equipes multiprofissionais na resolutividade dos casos na Atenção Básica. A gestão manteve a política assim mesmo. Temos residência multiprofissional, então temos a necessidade de preceptores para e mesmo sem financiamento direto as equipes são mantidas com profissionais em diversas especialidades. (M27a).

O Manual de Diretrizes do NASF-AB define e destaca a integralidade como a principal diretriz a ser praticada pelos NASF-AB, sendo compreendida em três sentidos:

(1) abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia do cuidado longitudinal; (2) práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura. (3) organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2009, p. 16).

As equipes de NASF-AB contribuem para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.(BRASIL, 2011).

Conforme Starfield (2002), a integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão, podendo ser compreendida como “atendimento integral”, focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Nesse contexto de atividades desenvolvidas pelas equipes do NASF-AB a PNAB de 2011 cita como tais: realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território (BRASIL, 2011). Sobre o assunto os gestores citam suas vivências.

Mantivemos as equipes priorizam atendimento em programas de desenvolvimento infantil, assistência ao pré-natal e ao diabético e hipertenso (M59a).

Nossas equipes multiprofissionais desenvolvem as atividades de grupos de promoção em saúde, grupos terapêuticos e atendimentos individuais (M60b).

[...] Organizados para atender ao fluxo de linhas de cuidados específicas nas UBS. (M59b)

Assim os gestores reconhecem a importância do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), entendem que possui um papel primordial para a manutenção da saúde, visto que as demandas de saúde na rede de serviços da atenção primária necessitam da participação de outros profissionais, proporcionando desse modo, resolutividade e abrangência dos serviços oferecidos pela atenção básica.

Mantemos a equipe para a melhoria no cuidado geral do paciente, pois temos que contribuir para o cuidado integral aos usuários do SUS, buscando analisar e avaliar sempre a intervenção sobre problemas e necessidades de saúde. Focando no cuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde. (M73a).

O estudo ao abordar os gestores sobre a criação e manutenção das EMABS e comparar com o registro oficial na plataforma do CNES encontra algo divergente. Os 80 gestores participantes sinalizaram em suas respostas que optaram por manter as equipes multiprofissional. Entretanto, o registro oficial do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, CNES, constam 31 somente cadastrados (BRASIL, 2022).

Após análise do CNES, é visível um questionamento sobre as equipes Nasf-AB em sua nova política: se nesta nova era de autonomia local é obrigatório o cadastro do CNES? Como também se questiona as 49 respostas de gestores que responderam manter as equipes multiprofissional e não as registrarem no CNES. A decisão política é fundamental para a implantação de políticas públicas de saúde. O não optar pelas equipes multiprofissionais compromete diretamente a ampliação da atenção básica e fragiliza os princípios e diretrizes SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica, principalmente integralidade, resolutividade e longitudinalidade do cuidado e ordenação da rede.

Hogwood e Gunn (1984), destacam que a implementação de decisões políticas se constitui num elemento primordial da política pública. A implementação não é uma fase estanque. É complexa e diversa, pois implementar é “pôr em ação” e, com isto, muitas questões podem vir a ser reformuladas. A maneira como uma política pública será colocada em curso pode se constituir de forma destoante de sua formulada.

Com isto, a avaliação é uma ferramenta para subsidiar processos de tomada de decisão. No campo das políticas públicas em saúde o desenvolvimento de tecnologias, as crises no financiamento, o envelhecimento das populações e, ao

mesmo tempo, a busca pela garantia do acesso a serviços de qualidade por usuários cada vez mais exigentes tornam a tomada de decisão uma tarefa complexa e difícil (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b) como colocado pelo gestor M27c:

Para a implantação de equipes multinacionais não há financiamento tão pouco os indicadores que serviram para financiamento não contemplam a produção de equipes profissionais sendo voltadas para as categorias tradicionais do PSF, a saber, médico dentista e enfermeiro considerando a atual política um atraso na consolidação do atendimento interdisciplinar e multiprofissional na atenção básica. (M27c)

Com a mudança do financiamento da atenção básica os gestores relatam a respeito da nova maneira de prover incentivos com os indicadores do Previner Brasil, uma vez que centraliza a assistência à saúde e isto corrobora com a fundamentação do modelo biomédico que ainda se mantém. Isto implica em um retrocesso no modelo de saúde, tornando-o um modelo hegemônico, mesmo com o avanço de modelos mais centrados nas necessidades da população, mais democráticos, horizontais e descentralizados. Os modelos de gestão impactam diretamente sobre o cuidado e o gradiente de saúde da população.

Para Souza *et al.* (2012), a diretriz do SUS que mais confronta com o modelo hegemônico do sistema é a integralidade, que pode ser definida como uma bandeira de luta do sistema de saúde.

Nesse contexto, e tendo em vista a organização das Redes de Saúde a integralidade, é vista como um desafio, na perspectiva do entendimento da multidimensionalidade do ser humano; seja no que diz respeito à relação de referência e contrarreferência no âmbito do SUS e de integração entre os níveis de atenção. Neste âmbito, destaca-se, positivamente, a recente implantação das redes de atenção, as quais configuram-se em arranjos organizativos de ações e serviços com vistas à integralidade do cuidado. As redes preveem ações orientadas a atender as necessidades de saúde da população, prestadas de modo contínuo e integral por equipe multiprofissional que compartilham objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL 2010).

Diante do modelo biomédico ainda presente se torna necessário transformação na atenção básica. Mudanças de paradigma e sobretudo cenários políticos que valorizem os preceitos da Atenção Primária de Saúde, reportando-se a conferência da Alma Ata (1978).

A ausência de indicadores do Previne Brasil para o NASF-AB traduz a desvalorização das Equipes Multiprofissionais da AB à nível do governo federal. Sendo assim, as atividades de atendimento e atividades de promoção e prevenção de saúde do EMABS são direcionadas para a soma dos indicadores dos médicos, enfermeiros e dentistas.

Na visão de Morosini, Fonseca e Farias (2020), com o Previne Brasil o sistema de saúde brasileiro passa a restringir sua assistência a capacidade de cadastramento das pessoas pelos municípios, distanciando-se do princípio universal em que as transferências de recursos deveriam ser associadas ao conjunto da população dos municípios. Rompe por completo toda lógica da atenção primária à saúde e a universalidade do sistema.

Na avaliação de Mendes, Melo e Carnut (2022), o Previne Brasil “Não fez uma reestruturação, como dizem. Essa é uma estratégia de desmonte da atenção primária e traz embutida uma visão seletiva da política de saúde”. A extinção do financiamento diretamente relacionado aos NASF representa uma importante mudança na condução do financiamento, no sentido de não haver mais incentivos à implementação de ações multiprofissionais, típicas do modelo universal e integral do SUS.

Estudiosos comentam o desestímulo à manutenção das equipes multiprofissional, relatando que a exclusão de fonoaudiólogos, fisioterapeutas e nutricionistas do Programa de Residência Multiprofissional elimina um diferencial positivo do sistema brasileiro e coloca em risco o princípio da integralidade, ademais com a previsão de vínculos precários por dois anos (SETA; REIS; RAMOS, 2020).

É oportuno destacar a Residência Multiprofissional e a preceptorial como um ganho para o território, uma soma e um brilho a mais para ESF. Nesse contexto o desmonte reflete diretamente na residência e na organização dos municípios que não tem EMBS para fomentar com a preceptorial.

Na mesma ótica, Deslandes e Iriart (2012) acentuam que o monitoramento e avaliação de políticas, programas e estratégias de saúde são de extrema importância para o seu aperfeiçoamento.

No contexto de cuidado integral, e o momento pandêmico da COVID-19, gestores destacam a Equipe Multiprofissional como apoio positivo na continuidade do atendimento integral, mas com necessidade de recursos e limitação de ampliação das equipes, como se pode verificar nas falas abaixo:

Diante da real necessidade da população, principalmente depois da pandemia, ampliamos o número de profissionais, mesmo isso trazendo um impacto financeiro maior, porque entendemos que a promoção a saúde e o fortalecimento das ações multiprofissionais, trará um resultado positivo e satisfatório a população. (M72a)

As metas previstas no Previne Brasil não se apresentaram coerentes com os desafios surgidos na Pandemia, quando os serviços foram readequados a nova ordem de emergência sanitária da SAR-CoV2. (M32c)

Devido ao aumento da demanda de pacientes nos pós-pandemia, os recursos oriundos do previne Brasil, se tornam insuficientes para manter o quadro da equipe mult. (M69c)

Houve nítida contradição entre o previsto no Previne Brasil e os desafios surgidos na Pandemia, quando os serviços foram readequados a nova ordem de emergência sanitária da SAR-CoV2. (M32b).

Em vivência da pandemia COVID-19, estudos afirmam o apoio efetivo das equipes no enfrentamento a pandemia do COVID -19. O processo de trabalho do NASF foi gradativamente se reestruturando ao longo do tempo em decorrência da crise sanitária. As equipes direcionaram suporte para as ESF através do teleatendimento de pacientes suspeitos de contaminação pelo COVID-19. Apoiando os processos de monitoramento online ou presencial, dando suporte na organização das unidades de saúde e das tendas com matriciamento com as equipes para os casos mais complexos (SILVA; GOEBEL, 2022).

Entretanto, diferentemente do que ocorreu na endemia do vírus ZIKA/microcefalia, em que as EMABS a partir da portaria de n.1.171 de 16 de junho de 2016, tiveram um aumento dos incentivos referentes ao NASF, durante a pandemia da COVID-19, em 2020, as equipes NASF- AB foram excluídas, ficando a critério dos municípios darem continuidade ou não a esta equipe multiprofissional.

Dessa forma, sem apoio federal, sem incentivos, durante o período pandêmico da COVID-19, em vez do número de equipes multiprofissionais aumentarem, houve grande diminuição destas equipes a partir da vigência do Previne Brasil.

No tocante ao credenciamento de novas equipes após a implementação do Previne Brasil, que se deu no mesmo período da pandemia do COVID-19, os gestores relatam que:

Reduziu o número de profissionais. (M18b)

Diante da real necessidade da população, principalmente depois da pandemia, ampliamos o número de profissionais, mesmo isso trazendo um impacto financeiro maior, porque entendemos que a promoção a saúde e o fortalecimento das ações multiprofissionais, trará um resultado positivo e satisfatório a população. (M72a)

A equipe foi reduzida a 2 profissionais que são efetivos, não tendo ocorrido outras contratações. (M18a)

Sobre o assunto, Mendes, Melo e Carnut (2022) contextualizam que a COVID-19 e o quadro da crise sanitária deveriam ser o lócus de destaque de participação do SUS como política de Estado. Com o fortalecimento SUS, especialmente na APS, deveria ser política prioritária desenvolvida pelo governo federal. No entanto, a APS segue com a valorização de um “SUS operacional”, marcado por arranjos institucionais frágeis para fortalecer o acesso universal, por um lado, e por outro, por propiciar um espaço prioritário de crescimento do capital privado nesse nível de atenção.

Em função das doenças infecciosas de alto contágio necessitar de respostas rápidas do sistema de saúde, o que se pode observar no cenário brasileiro no que diz respeito a estas respostas, é um sistema historicamente subfinanciado, apresentando congelamento dos gastos públicos por meio da Emenda Constitucional (EC) 95, manifestando dificuldades em enfrentar, com eficiência, o cenário de pandemia descrito (COELHO; FERREIRA; MENDONÇA, 2020).

Nesse contexto autores apresentam uma perspectiva satisfatória no enfrentamento da Covid-19 e a atuação das EMABS é evidenciado em citação abaixo.

A riqueza de experiências de atuação NASF-AB que apareceram aponta para a possibilidade deste componente do sistema sanitário de contribuir para o enfrentamento da crise trazida pela pandemia de COVID-19, no fortalecimento da APS e no cuidado da população. Ademais, é perceptível que muitas experiências são semelhantes entre si, obviamente com suas especificidades locais, o que indica que as expertises das equipes NASF-AB foram mobilizadas tanto para as atividades desenvolvidas na APS quanto para os próprios profissionais de saúde. Desafios também foram pontuados e servem de alerta para o aprimoramento e valorização das atividades realizadas por essas equipes na APS (BRASIL, 2020).

Por fim, os gestores destacam que mantem as equipes multiprofissionais com ênfase na construção da continuidade do cuidado já existente no território. No entanto, o seguimento das equipes é uma problemática financeira que fragiliza

assistência à saúde de qualidade, indo contra os princípios da integralidade, diminuindo a capacidade resolutiva da APS. As equipes necessitam seguir suas práticas com condições políticas, econômica favorável.

5.2 Desafios na gestão do cuidado e a heterogeneidade operacional das Equipes Multiprofissionais da Atenção Básica (EMAB)

Conforme portaria GM 154 de 2008 do NASF à atuação destes que seja de forma integrada e colaborativa com as equipes AB, seguindo a lógica do apoio matricial, que envolve a atuação conjunta das duas equipes, em atividades de natureza técnico-pedagógica e clínico-assistencial (BRASIL, 2008).

O NASF-AB apresenta uma heterogeneidade operacional. Uma diversidade de cultura nasfiana que dificulta uma fala homogênea do fazer NASFAB. Desde sua implantação assuntos relativos à portaria como: acentuado número de equipes da ESF para uma equipe multiprofissional, as diversas atividades realizadas pelo NASF-AB *versus* atendimentos individuais. Dentre outros que são pertinentes a uma cultura biomédica/hegemônica que ainda perpetua na graduação de profissionais de saúde, na cultura dos profissionais e por fim em uma população que pouco valoriza as atividades de promoção em saúde.

Nesse contexto, os gestores evidenciam limites operacionais na prática.

Gerou um impacto negativo na assistência à saúde. O matriciamento já não existe. A demanda agendada é gigante, fazendo com que se criem filas de espera para os atendimentos. (M39c)

Hoje temos uma fila de espera, uma demanda reprimida significativa para as nossas EMABS dentro do nosso território. Teríamos necessidade de expansão tanto de quantidade de profissionais como diversidade. (M42f)

[...] Atendimentos no modelo individual em grande quantidade. (M55f)

Dessa forma, ao serem questionados a respeito da transição do NASF-AB para Equipe multiprofissional os gestores apontaram que houve aumento nos atendimentos individuais. Ainda sobre o assunto os gestores relataram que:

Gerou um impacto negativo na assistência à saúde. O matriciamento já não existe. A demanda agendada é gigante, fazendo com que se criem filas de espera para os atendimentos. (M39c)

Voltou a ser por produtividade como gestões anteriores comprometendo a qualidade. É importante alcançar meta de indicadores sempre porque isso demonstra qualidade de vida. Mas vincular repasse a alcance de metas não achocorreto. (M45c)

Impacto negativo, pois antes o dinheiro era destinado exclusivamente para equipe do nasf, hoje vem em um montante. (M68c)

Seguimos os mesmos padrões do nasf com um profissional de casa área. (M43b)

Atendimentos no modelo individual em grande quantidade. (M55F)

Observa-se um representativo aumento de atendimentos por demanda espontânea e a redução das atividades de grupo. As equipes continuam realizando as ações conforme as diretrizes do NASF-AB. Houve pouca ampliação de agenda para atendimentos em grupo de promoção de saúde.

O foco do NASF-AB em ações colaborativas conflita com as demandas dos usuários por atendimentos de reabilitação, sobretudo na ausência dos serviços nos demais níveis de atenção. A falta de recursos materiais adequados para as ações de reabilitação gera condições precárias para o atendimento resolutivo (LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; AZEVEDO; KIND, 2013; FORMIGA; RIBEIRO, 2012; LANCMAN; BARROS, 2011).

Sampaio *et al.* (2012) comentam em seu artigo sobre o NASF-AB e seus dispositivos de gestão, destacando dois pontos de análise: o primeiro revela que os documentos ministeriais sobre a temática deixam margem para uma diversidade de interpretação sobre a organização dos NASF-AB e seu papel na conformação de redes de saúde locais; e o segundo, aponta para uma disputa no contexto local sobre como operacionalizar o NASF-AB, permitindo a coexistência de diferentes modelos, sendo relatada pouca clareza dos profissionais quanto ao modo de operar o apoio matricial.

É válido repensar que existe uma carência de inversão de ordem da atenção primária para atenção secundária é algo comum os pacientes não irem ao posto de saúde e irem para o hospital.

É importante destacar o período de transição NASF-AB para equipe multiprofissional está vinculado com a pandemia COVID-19, em que as atividades em grupos foram canceladas e os profissionais mudaram sua rotina para teleatendimento, dentre outros. É válido destacar que no período de realização da

pesquisa, entre junho e agosto de 2022, as atividades da atenção primária já seguiam com fluxo normal.

Outras problemáticas que foram citadas pelos gestores foram a fragilidade na graduação e a cultura da população, como se vê nos fragmentos abaixo:

A fragilidade na formação profissional e compreensão da população quanto à importância das atividades coletivas são desafios. (M65f)

Adesão da população aos trabalhos coletivos. (M52f)

Conseguíamos alcançar muito mais a população quando se realizavam atividades coletivas. (M22e)

Desafio da Migração da lógica curativista para a profilática na população e até mesmo em alguns profissionais. (M8f)

Outro entrave vem sendo a conscientização da população quanto à necessidade de procurar atendimento na sua USF de cadastro. (M8c)

Macedo 2012 ressalta que existe uma carência na formação profissional em atividades voltadas para atenção primária com foco em grupos e atividades de cunho preventivo.

Em consonância com o caderno de atenção básica de 2014, a formação com atuação interdisciplinar do Nasf-AB exige formação diferenciada, pois está fundamentada na integração de profissionais de diferentes especialidades e profissionais generalistas, que atuam nas equipes de AB (eAB) ou da Estratégia Saúde da Família (ESF), operacionalizadoras desse nível assistencial por meio de ações de apoio/suporte e a partir do compartilhamento de práticas e saberes em saúde (BRASIL, 2014).

No que tange a vinculação das equipes multiprofissional, os gestores apontam que existe apoio das EMABS em 5 a 9 equipes da ESF/ Atenção Básica.

A portaria inicial do NASF 2008, cita: Art. 5º Definir que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família (Brasil 2008). Definir que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família. PORTARIA Nº 3.124, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012, define: Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); – Cada

NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). (BRASIL, 2008, 2012).

A constituição de diretrizes do NASF junto a ESF coloca que: “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL; CAB/NASF, 2009).

Como ampliar abrangência com apoio de muitas equipes da ESF. Observa-se que já reduziu, mas ainda é um problema. Difícil a qualidade de um serviço com um grande número de equipes para ser rede de serviço.?

Macedo (2012) relata a quantidade de equipes que o NASF tem que dá apoio a ESF, configura como um entrave o número de equipes para o desenvolvimento de práticas construtora da integralidade. Assim, tem-se a fragmentação do trabalho e do cuidado, a vinculação entre NASF, ESF e usuários é dificultada, o que também limita as possibilidades de potencializar os grupos existentes, por terem que se dividir para outras unidades. O que torna difícil desenvolver um acompanhamento continuado, primando pela resolutividade e, sobretudo, pela qualidade para os usuários.

Uma das temáticas abordadas pelo gestor M24f foi a ausência da educação permanente somada ao momento pandêmico.

Além da falta do recurso, treinamento para os profissionais que precisam estar sempre em aprendizado para melhorar os atendimentos pós-pandemia. (M24f).

Macedo (2012) destaca também carência na educação permanente, somado com o alto número de equipes da ESF a serem apoiadas por cada equipe NASF. O que compromete a oferta e a qualidade das ações de cuidado à população.

O processo de trabalho do NASF-AB com a equipe saúde da família é visto pelos gestores como algo desintegrado sendo considerado um dos desafios do NASF-AB.

Falta de transporte, e a limitação da cobertura por equipe. Equipes desintegradas (M38f)

A interação entre profissionais da equipe multiprofissional e das equipes de saúde da família. (M 67f)

Encaminhamentos desnecessários e muitos profissionais não entenderem o fazer do nasf. (M23f)

As equipes apresentam necessidade de melhorar a relação da equipe na perspectiva assistencial e interação com os pacientes. (M32f).

Organizar as agendas de trabalho de forma a continuar contemplando as diretrizes do NASF, tendo em vista as particularidades do momento em que vivemos, não somente pela mudança que a Previnde Brasil trouxe e a demanda de atendimentos que surgem, principalmente nesses pós-pandemia. (M28f)

A organização dos fluxos de atendimento, tendo como principal obstáculo a demanda elevada. (M35f).

Na visão de Souza e Medina (2018), a comunicação aparece limitada à técnica e ao caráter pessoal, com tímida construção de um projeto assistencial comum. Existem relações assimétricas de poder e subordinação dos profissionais aos médicos, além de relativa independência técnica individual na execução das atividades de cada agente.

Na percepção de Nascimento e Oliveira (2010) as formações específicas dos profissionais da AB e do Nasf não dão suporte a essas práticas compartilhadas de trabalho, acrescentando a complexidade da sua operacionalização. Embora se reconheça a dificuldade em captar e mensurar a colaboração entre profissionais, no âmbito assistencial e técnico-pedagógico, preconizado pelo apoio matricial, também se reconhece a importância de esforços nesse sentido; e a avaliação do PMAQ é um deles.

Devemos acrescentar em consonância com Macedo 2012, a desarticulação do NASF com a ESF. Tal desarmonia é notória quando ainda se preconiza um modelo ultrapassado de médico tecnicista ainda presente nos dias atuais com profissionais ainda amarrados ao médico e com isso as ações muitas vezes não se concretizam.

No tocante ao gerenciamento os gestores descrevem alguns municípios com a mesma política do NASF-AB. Outros com aumento da demanda individual e redução das atividades coletivas. No geral, as equipes estão sobre uma coordenação específica titulado por coordenador; em outros o coordenador é um

membro da própria equipe e estes articulam com atenção básica planejam e realizam cronograma com pactuações conforme os relatos abaixo.

Uma nutricionista faz o papel de gestora do NASF, acompanha os programas do Ministério da Saúde, e, em conjunto com a Coordenadora da Atenção Básica, monitora no e-gestor os indicadores do Previne. Importante ressaltar que está dedica-se apenas a atividades de gestão, havendo uma segunda nutricionista na assistência. É papel desta, fazer reuniões com os profissionais, buscando sempre melhorias nos processos de trabalho. (M8d)

É coordenada e gerenciada por uma coordenadora com formação acadêmica de enfermeira que está juntamente com a equipe desenvolvendo ações de promoção a saúde e prevenção de doenças. (M15d)

Ele é gerenciado por um profissional da própria equipe, supervisionado pela coordenação da APS. (M25d)

Uma gerência que trabalha em consonância com toda sua equipe, mantendo o bom funcionamento do serviço. (M29d)

Não temos um gestor exclusivo para NASF, no momento a gestão é coordenada pela Gestora da APS. (M31d)

O estudo de Brocal *et al.* (2018), evidenciou a gestão das equipes NASF-AB a existência de coordenação foi referida por 92,6% das equipes. Resultado positivo foi observado em quase todos os estados, com mais de 75,0% das equipes informando a existência de coordenação, exceto Mato Grosso (64,7%). Destaca-se, entretanto, o registro de equipes sem coordenação em quase todos os estados, exceção observada nos estados de Roraima, do Espírito Santo e no Distrito Federal, nos quais todas as equipes registraram haver coordenação.

No contexto de outras ideologia de coordenação nasfiana é fortalecida por, Paizzi *et al.* (2017) com o relato que a instituição de uma coordenação para o Nasf conferiu maior autonomia e fortaleceu o sentido de equipe do grupo de profissionais. Outro aspecto fundamental para o início dos trabalhos foi a decisão de limitar os atendimentos individuais, destinando a maior parte do tempo para apoio pedagógico.

No tocante as atividades realizadas pela equipe multiprofissional NASF-AB, os gestores relatam que:

Seguimos os mesmos padrões do NASF com 1 profissional de casa área (M43b)

[...] Intervir diretamente junto à população, realizando intervenções na consulta inicial (consulta compartilhada), em uma sala de espera, diminuir uso contínuo de psicotrópicos através de grupos terapêuticos e/ou intervenções aos sintomas leves, melhorar a assistência aos usuários portadores de doenças crônicas por meio de práticas físicas, educação em saúde, orientações nutricionais (M9e)

[...] Profissionais possuem agenda de atividades dentro das equipes de saúde da família, ou seja, eles realizam os atendimentos na área de abrangência das equipes realizando salas de espera, grupos, atendimento individuais em parceria com os profissionais das equipes. (M67a)

[...] as intervenções relacionadas a saúde mental [...]. A equipe multi também busca disponibilizar a atenção em saúde nos domicílios, escolas e outros equipamentos da rede. (M31e).

[...] atuam em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, realizando ações de apoio: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais. (M41c)

[...] ao suporte terapêutico e incentivo ao trabalho preventivo à saúde da população. (M52a)

[...] As equipes trabalham com fluxo e protocolos pré-estabelecidos e atendem nas unidades básicas, assim como no centro de reabilitação (M25b).

Outros estados destacam experiência do NASF-AB no enfrentamento da covid 19. Conforme REDE APS, os estados da Bahia, Minas Gerais, Alagoas, Rio Grande Do Sul, Pernambuco relatam atuação do NASF-AB no enfrentamento da covid 19, como: algumas atividades como reorganização do espaço e do processo de trabalho, telemonitoramento, produção e divulgação de vídeos, produção e divulgação de materiais escritos, produção e distribuição de máscaras para grupos vulneráveis, orientação para auxílio emergencial e outras atividades (BRASIL, 2022).

Alguns estudos têm constatado pouca clareza acerca das atribuições dos profissionais do NASF, além de dificuldades relacionadas à formação em saúde, que se mantém fragmentada e centrada no núcleo específico de cada profissão. Entre as atividades preventivas e de promoção da saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais, configurando-se como um dos atributos próprios da ABS.

5.3 Fortalecimento das equipes multiprofissionais na APS entre arranjos ideal e possível

A complexidade do cuidado integral e o fortalecimento na atenção primária à saúde, a teoria *versus* a realidade prática dos gestores e suas visões diante de cada território, é manifestada por cada gestor através de sua relação com a saúde, o meio ambiente, o desenvolvimento humano, a participação popular, o controle social e as decisões políticas.

A visão da integralidade na perspectiva do Ministério da Saúde tem a função de direcionar as ações operacionais do SUS, porém os conceitos que se apresentam são complexos e carecem de uma definição clara quanto a sua aplicação na prática assistencial, em contextos diversos, mas principalmente na APS. Nesse sentido, os gestores relatam a fundamental importância das equipes Nasf ab como fortalecimento da APS e como suporte em rede:

A equipe multiprofissional é fundamental no processo de trabalho na APS (M49a)

Acho muito importante, pois as intervenções multi ampliama capacidade do cuidado na APS, a acessibilidade a profissionais com conhecimentos complementares, como nutricionistas, assistentes sociais, como também as intervenções relacionadas a saúde mental. A equipe multi também busca disponibilizar a atenção em saúde nos domicílios, escolas e outros equipamentos da rede. (M31e)

Geovanella 2008 compreende que os serviços de saúde da APS no Brasil, devem ter atributos de universalidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

Nesse contexto Tesser (2017) e Campos e Oliveira (2015) complementam o cuidado especializado como uma das ações que os "nasfianos" podem e devem realizar, articulando-o ao suporte às equipes já priorizado nas diretrizes do nasf. Tal ação pode ser um avanço inédito nas relações entre cuidado especializado e APS, continuum e coordenado de cuidados colaborativos, muito procurado nos sistemas públicos universais de saúde valorizadores da integralidade.

Ainda nesse contexto o NASF-AB é considerado pelos gestores como um bom suporte em rede para Atenção Básica.

Com os profissionais em território, cuida-se de condições básicas em saúde específicas (nutrição, atividade física, farmacológica, assistência social, reabilitação física, saúde mental e etc). Por cuidar de condições básicas, evita-se que tais condições simples se agravem e que ocorram encaminhamentos desnecessários, o que demanda menos dos serviços especializados, que são mais caros para a saúde pública, além de conseguir fazer encaminhamento/referências para os serviços especializados com mais qualidade, e assertivos quanto à demanda que o usuário necessita. (M71e)

É notória a importância da AP e NASF na sequência da prevenção de doenças, o que interfere diretamente na atenção secundária e terciária à saúde. (M35e)

Atenção básica precisa de suporte para resolver ou lidar com problemas existentes em seu território e as equipes do Nasf dão esse suporte. (M64e)

Dessa forma, pode-se dizer que o NASF-AB se constitui em retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no lócus da própria AB. O NASF-AB desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes (BRASIL, 2010).

Além disso, o apoio e a atuação do NASF-AB também podem se dar por meio de ações que envolvem coletivos, tais como ações sobre os riscos e vulnerabilidades populacionais ou mesmo em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe. Essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente pelo que cada momento, situação ou equipe requer (BRASIL, 2009).

As EMABS são citadas pelos gestores como um trabalho de relevância em diversas linhas de cuidado.

Benéfico, pois conseguimos intervir diretamente junto à população, realizando intervenções na consulta inicial (consulta compartilhada), em uma sala de espera, diminuir uso contínuo de psicotrópicos através de grupos terapêuticos e/ou intervenções aos sintomas leves, melhorar a assistência aos usuários portadores de doenças crônicas por meio de práticas físicas, educação em saúde, orientações nutricionais. (M9e)

Mantivemos e as equipes priorizam atendimento em programas de desenvolvimento infantil, assistência ao pré-natal e ao diabético e hipertenso. (M59a)

[...] a equipe multiprofissional por acreditarmos que estes profissionais quando somados e equipe de saúde da família são extremamente importantes e indispensáveis, principalmente no acompanhamento dos portadores de DNCT e gestantes. (M67a)

[...] a equipe multiprofissional, é de grande relevância em diversas linhas de cuidado. Com um trabalho permanente no território, sem a menor possibilidade de redução/inexistência da mesma. (M58a)

São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). As RAS são sistematizadas para responder as condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (PORTER; TEISBERG, 2007), que implica a continuidade da atenção à saúde nos diferentes níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária (MENDES, 2011).

É importante ressaltar que o processo de trabalho do NASF divide-se em nove áreas estratégicas: atividade físico-práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL 2010).

As demais falas dos secretários de saúde e coordenadores da atenção básica são pertinentes ao custeio das equipes multiprofissionais a nível federal para continuidade da manutenção das equipes e ampliação das equipes com cobertura em zona rural e melhores condições de trabalhos.

Falta de recurso financeiro para manutenção dos profissionais e equipamentos necessários aos atendimentos. (M54f)

Falta de recursos para custeio, demandas crescentes dos usuários desses serviços (M6f)

Falta de recurso é o maior desafio, pois essas equipes precisam de equipamentos, materiais de expediente, transporte. Para as ações serem mais efetivas e constantes. (M9f)

Financiamento adequado estímulo do ministério através de habilitações e equipes multiprofissionais e custeio adequado para as ações intersetoriais a serem realizadas nas unidades básicas pelas diversas profissões da Saúde. (M27f)

A necessidade de estender o atendimento e ter Transportes suficiente para os profissionais atenderem todos os cantos do município. (M7f)

A descentralização destes serviços para a zona rural que ainda carece muito dele.

Sub financiamento para ampliar equipes e dar melhores condições de trabalhar; adesão da população (M52f)

Financiamento geral da equipe para recursos humanos e materiais, visto que ficou a cargo da gestão municipal, atrelado a isso e conseqüentemente prejudicando aumento de quadro de profissionais, o atendimento às comunidades mais distantes, necessidade de recursos materiais para o desenvolvimento da promoção e recuperação da saúde. (M56f)

No contexto de aumento de equipes é destacado o aumento do número destas pelas crescentes demandas como também pela extensão das equipes para territórios mais distantes. Atrelados a problemática, tem-se a dificuldade com o transporte, insumos, como também a dificuldade de contratar determinadas categorias, além da carência em educação permanente.

Muita demanda para os todos os profissionais, insuficiência de recursos, falta de políticas públicas e capacitação para os profissionais. (M44f)

Financiamento adequado estímulo do ministério através de habilitações e equipes multiprofissionais e custeio adequado para as ações intersetoriais a serem realizadas nas unidades básicas pelas diversas profissões da Saúde. (M20f)

Falta de um transporte exclusivo para os profissionais fazer seus atendimentos domiciliados. (M13f)

Carência de profissional Fonoaudióloga. (M11f)

O baixo financiamento para cumprir os pisos salariais e a dificuldade de encontrar profissionais de algumas categorias, como TO e Fono. (M25f)

Devido à dificuldade de contratação/escassez de profissionais como Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional, tem sido o maior desafio para a população. (M23f)

Para otimizar os atendimentos, seria necessário contratação de mais profissionais como: Fisioterapeuta Fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicopedagogo. (M21f)

Esse processo de desfinanciamento burocratizado e dificultoso, que impede a execução orçamentária, inclusive de municípios de grande porte que dispõem de um corpo técnico razoável para gerir esse novo modelo, acena para o fato perverso do “SUS operacional”. Em outras palavras, esse esvaziamento de recursos justifica caminhos para a privatização por dentro do sistema, que se utiliza do contexto da crise sanitária e econômica para reordenar formas de alocação que simulam mais recursos financeiros, porém de difícil operacionalização. Assim, a APS

vai se desertificando, tornando-se um solo árido de recursos até que se justifique a necessidade de privatizá-la (MENDES; MELO; CARNUT, 2022).

A extinção do financiamento diretamente relacionado aos NASF-AB representa uma importante mudança na condução do financiamento, no sentido de municípios não terem condições de manter as equipes e sobretudo a barreira de implantação de novas equipes.

Tendo em consideração que as ações de educação permanente se embasam nos problemas cotidianos e no protagonismo dos profissionais, investir nessas ações pode contribuir para o fortalecimento e comprometimento dos profissionais, assim como motivá-los e mantê-los nos serviços de saúde (BROCARD *et al.*, 2018).

Outro aspecto importante está direcionado para a atualização cotidiana das práticas segundo os aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, além da construção conjunta de práticas organizacionais, interinstitucionais e/ou intersetoriais, voltadas para as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (FERREIRA *et al.*, 2019).

O fortalecimento da APS vai além das práticas. Também requer valorização profissional, com melhoria salarial, planos de cargos e carreira (PCC), concursos e incentivos para os profissionais.

Sobre o assunto, os gestores compartilham da mesma visão e comentam a necessidade de recursos financeiros.

Insuficiência de profissionais, recurso para pagamento, baixos salários, demanda subestimada. (M3f)

O baixo financiamento para cumprir os pisos salariais e a dificuldade de encontrar profissionais de algumas categorias, como TO e Fono. (M25f).

No tocante de valorização profissional Schuster e Dias 2018, destacam que os PCCS viabilizam crescimento profissional e que há uma reação em cadeia, visto que, percebendo as possibilidades de desenvolvimento e crescimento dentro da instituição, o profissional poderá enxergar novas possibilidades nesse ambiente, motivando-se para o trabalho e sendo influenciado em seu planejamento pessoal. Todos esses fatores, integrados, podem gerar mais motivação e comprometimento, refletindo em resultados positivos para a organização.

O estudioso Scalco (2018) afirma que a valorização do trabalhador representa um dos fatores determinantes para a motivação e a manutenção do trabalhador nos serviços.

Além da valorização profissional o trabalhador é reflexo positivo para equipe e para a população.

Com base no fortalecimento da APS como elemento estruturante do SUS, é necessário mudanças na estrutura, financiamento, recursos humanos, provimento de profissionais e apoio das equipes em rede. São esforços e reformas políticas que tornam uma APS forte e inovadora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu reconhecer como se organizam as equipes multiprofissionais presentes no Estado do Ceará, sendo possível analisar as falas dos gestores no que diz respeito da importância destas equipes para atenção básica e como suporte de rede.

Dessa forma, foi possível destacar que as equipes multiprofissionais têm elementos políticos do SUS que somam para uma APS com resolubilidade e longitudinalidade, favorecendo a construção do atendimento integral.

Apesar dos resultados satisfatórios encontrados em relação à importância das equipes multiprofissionais, os gestores relataram uma limitação financeira para dar continuidade a estas equipes, devido à falta de investimento nelas com a nova política de financiamento Previde Brasil.

No que se refere ao gerenciamento das equipes multiprofissionais e o modo de operacionalizar as equipes multiprofissionais e os antigos NASF-AB, é possível perceber os desafios provenientes dos modos heterogêneos de gerenciamento. Ou seja, o modo de operacionalizar é realizado de maneira fragmentada e sem uma clareza de seguimento. Tal operacionalização é questionada desde a primeira portaria do NASF, nº 158/2008, onde a falta de clareza para a gestão era um ponto divergente.

A autonomia dos municípios com as equipes multiprofissionais é questionada pela gestão. Há pouca clareza sobre tal autonomia o que proporciona dificuldades no gerenciamento. Favorecendo mais os atendimentos individuais e deixando por esquecido as práticas de promoção de saúde, o apoio matricial e os dos grupos em saúde.

O grande impacto das equipes multiprofissionais se dá pela política de financiamento da APS que está ligado a ideologias políticas do País. O SUS já sofre com o desfinanciamento desde a emenda constitucional nº 95, de 2016, que congelou os gastos da União com despesas primárias no SUS por 20 anos. Diante das recorrentes reduções de financiamento que já vinham ocorrendo, culminando com a redução de 2019, proposta pelo novo financiamento Previde Brasil, ocorreu a desconstrução e exclusão do NASF-AB, impactando diretamente nas gestões municipais, gerando também uma desconstrução de um dos princípios da SUS, como a integralidade, resolutividade, longitudinalidade do cuidado. Assim, alguns

municípios mantêm as equipes multiprofissionais, outros não, afetando a população e a construção de rede.

Dessa forma, é possível considerar que se faz necessário um chamado de reforma na APS de modo urgente, visto que sem ela não será possível que as equipes multiprofissionais, bem como outras equipes, possam se desenvolver e funcionar de maneira adequada. Tal reforma deve proporcionar maior valorização das equipes multiprofissionais e de seus membros em todo o Brasil; mudanças no cenário político, proporcionando melhores financiamentos, aumento salarial dos profissionais, cursos de extensão, direcionamentos políticos bem definidos que enfatizem mudanças verdadeiras.

É necessário que o sistema de saúde, em todos os níveis de atenção básica, seja avaliado a fim de expressar o cumprimento das portarias/projetos e assim poder quantificar e qualificar os processos de trabalho em suas rotinas.

7 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

É oportuno destacar as fragilidades da pesquisa no tocante ao instrumento. Por ser um questionário eletrônico os e-mails institucionais de alguns gestores apresentaram erros; outros demoraram a enviar um retorno dos questionários ou enviaram os questionários incompletos.

Devido à dificuldade de ter acesso aos gestores pelo e-mail institucional, foi necessária a construção de uma rede de apoio de informantes- chave ligados aos setores das regionais de saúde a fim de obter o retorno dos questionários respondidos. Outro aspecto limitante é a disponibilidade de tempos dos gestores para responderem aos questionários, devido às atribuições inerentes do cargo que ocupam.

Por fim, a pandemia que impactou direta e indiretamente os processos de trabalho da pesquisa limitando o avanço deste estudo no que diz respeito a não realização de entrevistas presenciais, sendo necessário recorrer ao questionário eletrônico. Os limites e impactos da pandemia foram também gerados pelos próprios anseios oriundos de dúvidas e incertezas do momento pandêmico.

8 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

É recomendada a criação de uma política norteadora para regionais de saúde, dando apoio aos secretários através de normas orientadoras e normas técnicas, que incentivem e valorizem a necessidade de equipes multiprofissionais.

Ter os estados como fomentadores no financiamento de estruturas necessárias na APS e na manutenção das demais, seja por estratégia de consórcios intermunicipais de saúde e/ou adoção de piso estadual de saúde, ou outras formas de financiamento, são fundamentais para a correção das distorções existentes a fim de avançar em melhorias na qualidade da assistenciada população.

É recomendado também a realização de treinamentos direcionados para os secretários de saúde e coordenadores sobre instrumentos de planejamento e de gestão do SUS. Cursos para os profissionais de saúde que fomente as necessidades locais e sazonais; bem como o rompimento de práticas setoriais isoladas, fortalecendo a integralidade das ações em saúde, educação, ação social, geração de renda e meio ambiente, promovendo ações integradas com colaboração e diálogos intersetoriais que promovam a melhoria da construção de rede.

Por fim, é recomendada a criação de sistemas de avaliação apropriados, informatizados, que levem em consideração os princípios da APS; acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação com o objetivo de responder as necessidades de saúde das pessoas, com a responsabilização dos governantes garantindo a sustentabilidade, são fundamentais para garantir uma melhor qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. **Rede de pesquisa em atenção primária a saúde**. Experiências de atuação NASF no enfrentamento da COVID-19. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/06/05/experiencias-de-atuacao-nasf-no-enfrentamento-da-covid-19/>. Acesso em: 5 set. 2021.
- ALMEIDA, E. R.; MEDINA, M. G. A gênese do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, p. 1-10, out. 2021.
- ANDRADE, A. C. P. **Álcool e crack**: os desafios à produção do cuidado na atenção primária à saúde. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, 2014.
- ARAH, A. O. *et al.* Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 15, n. 5, p. 377-398, out. 2003.
- ARAÚJO, C. E. L.; PONTES, R. J. S. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). **Cien. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2357-2365, set. 2012.
- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 1975.
- ÁVILA, M. M. M. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Cien. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, jan. 2011.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde Soc.**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 67-84, jul. 2002.
- BRAGA, J. C.; GOES, S. G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1981. 226 p.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizado por Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).
- BRASIL. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica nº 3, de 2020**. Dispõe sobre Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/21/SEI-MS0013484477Nota-Tecnica.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: AMAQ 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. *In*: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 12a Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sérgio Arouca. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/>. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Adelaide. Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde, 5-9 de abril 1988; Adelaide; Au. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**, Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Medida Provisória nº 890. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das equipes de atenção primária e saúde mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019. Institui incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da atenção primária à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/>. Acesso em: 3 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016**. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade**: documento síntese para avaliação externa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. **Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 13 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
7. Acesso em: 15 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCAtool - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006. v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687 de 30 março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 30 p. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. **Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 3 jun. 2021.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007.[]

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

CAMPOS, G.W.S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. *In*: CAMPOS, GWS. **Planejamento sem normas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, p. 53-60, 1994.

CARNUT, L. Theorizing about performance evaluation of health systems from the perspective of civil society. **Open J. Soc. Sci.**, China, v. 8, n. 6, p. 394-411, jun. 2020.

CASTRO, A.L.B.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Financiamento da atenção primária à saúde no Brasil. *In*: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (OrgS.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, prática e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 73-93.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N. A.; ANDRADE, M. V.; SOUZA, K. V. M.; ROCHA, R.; MACINKO, J.; HONE, T.; TASCA, R.; GIOVANELLA, L.; MALIK, A.M.; WERNECK, H.; FACHINI, L. A.; ATUN, R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, [S.l.], v. 394, n. 10195, p. 345-356, jul. 2019.

CAVALCANTE, W. B. **A concepção de público e privado de gestores do núcleo de apoio a saúde da família de arcoverde - PE: um estudo a partir do pensamento de Hannah Arendt**. 2016. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) – Centro Acadêmico do Agreste Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru, 2016.

CEARÁ. (Estado). Secretaria de Saúde. **Planejamento estratégico 2019-2023**. Fortaleza: SESA. Disponível em: <https://www.seplag.ce.gov.br/institucional/menu-planejamento-estrategico>. Acesso em: 25 out. 2021.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, set. 1997.

CHAMPAGNE, F. et al. A análise da implantação. *In*: BROUSSELE, A. *et al.* (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011a. p. 217-38

CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise da implantação. *In*: BROUSSELE, A. *et al.* (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011a. p. 217-238.

COELHO, O. C. S.; FERREIRA, A. T. M.; MENDONÇA, R. D. Pandemia COVID-19 e Ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na Rede SUS. **Aps em Revista**, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 156-167, dez. 2021.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. *In*: BRASIL. **Ministério da Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

DELEON, P.; VOGENBECK, D. M. The policy sciences at the crossroads. *In*: FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. (Orgs.). **Handbook of public policy analysis: theory, politics and methods**. Boca Raton: CRC Press, 2007. p. 3-14.

DESLANDES, S. F.; IRIART, J. A. B. Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de ciências sociais e humanas em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2380-2386, dez. 2012.

ENTREVISTA: Dr. Carlile. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 153-160, 2015. Supl. 2, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00087>. Acesso em: 20 jul. 2021.

FISHER, F. **Reframing public policy**: discursive politics and deliberative practices. Nova Iorque: Oxford University Press, 2003.

FURTADO, J. P. *et al.* Planejamento e avaliação em saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 1-12, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GUIMARÃES, L. **Crianças com microcefalia por zika regridem na pandemia**: estão desaprendendo a falar e a comer. São Paulo: BBC News Brasil, 2021. (Caderno Saúde). Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/bbc/2021/06/29/covid-19-coronavirus-pandemia-criancas-microcefalia-regridem.htm>. Acesso em: 25 out. 2021.

HARZEHEIM, E. Previne Brasil: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Cien. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>. Acesso em: 10 maio 2020.

HILL, M. **The public policy process**. 5. ed. Harlow: Pearson Education, 2009.
LUCENA, A. F.; PASKULIN, L. M. G.; SOUZA, M. F.; GUTIERREZ, M. G. R. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. Esc. Enf.**, v. 40, n. 2, p. 292-298, 2006.

MACEDO, M. A. V.; GUIMARAES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C.; MORAIS, A. P. P.; CARNEIRO, C. Análise do Processo de Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Município do Nordeste Brasileiro. **Rev. Gerenc. Polít. Salud**, [S.l.], v. 15, n. 30, jun. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articula.oa?id=545446742013>. Acesso em: 26 jul. 2021.

MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. **Democratic governance**. New York: The Free Press, 1995.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciênc. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1181-1188, ago. 2020.

MATUS, C. **El PES en la practica**. Caracas: Fundación ALTADIR, 1994.

MELO, E. A.; MIRANDA, L.; SILVA, A. M.; LIMEIRA, R. M. N. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 42, n. 1, p. 328-340, set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s122>. Acesso em: 2 ago. 2022.

MENDES, Á.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, e00164621, jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>. Acesso em: 6 dez. 2022.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

MENDES, E. V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995. 310 p.

MENDES, E. V. **O Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2012.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINOLETTI, A.; ROJAS, G.; HORVITZ-LENNON, M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 440-447, set. 2020.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, agência de desenvolvimento da atenção primária e carteira de serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00040220, jun. 2020.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde**: os desafios da avaliação em saúde. São Luís: Edufma, 2016.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 229- 238, jan. 2015.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. (Orgs.) **Epidemiol e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.

PANIZZI, M. *et al.* Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde debate**, v. 41, n. 112, 155-170, jun. 2017.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; SANTOS, M. R.; FRANÇA, T.; GARCIA, A. C. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do sus. **Physis**, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 685-704, fev. 2008.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, dez. 2006.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SABATIER, P.; SCHLAGER, E. Les approches cognitives des politiques publiques: perspectives américaines. **Rev Fran. Science Politique**, [S.l.], v. 50, n. 2, p. 209-234, dez. 2000. Disponível em: http://www.persee.fr/doc/rfsp_0035-2950_2000_num_50_2_395465. Acesso em: 20 jun. 2022.

SAMPAIO, J.; SOUSA, C. S. M.; MARCOLINO, E. C.; MAGALHÃES, F. C.; SOUZA, F. F.; ROCHA, A. M. O.; SOUZA NETO, A. A. ; OLIVEIRA SOBRINHO, G. D. de. O NASF COMO DISPOSITIVO DA GESTÃO: limites e possibilidades. **Rev. bras. ciênc. saúde**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 317-324, jun. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/12572>. Acesso em: 28 fev. 2023.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L.; BOTELHO, H.; SOUSA, J.C. Desafios organizacionais para fortalecimento da atenção primária à saúde em Portugal. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, [S.l.], v. 39, n. 3, p. 359-369, set. 2015.

SCHUSTER, M. S.; DIAS, V. V. Plano de carreira nos sistemas de gestão público e privado: uma discussão a luz das teorias motivacionais. **Rev. Adm. IMED**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 1-17, jun. 2012.

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa previne Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26, n. 2, p. 3781-3786, ago. 2021.

SILVA JÚNIOR, A. G. S.; ALVES, C. A. Modelos de atenção da família. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. *In*: MIROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

SILVA, A. S.; GOEBEL, R. O. R. A função do núcleo ampliado de saúde da família - nasf ab frente o novo cenário de pandemia: teleatendimento de pacientes suspeitos de COVID-19. **Rev Cient Faculd Edu Meio Amb**, [S./], v. 13, mar. 2022.

SOUZA, C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, [S./], v. 39, p. 11-24, fev. 2003.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na aps? **Saúde em Debate**, [S./], v. 42, n. 2, p. 145-158, out. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, abr. 2005.

TANAKA, O. Y. Avaliação em Saúde: novos tempos, novas construções. *In*: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. (Orgs.). **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TERRAZA NÚÑEZ, R.; VARGAS LORENZO, I.; VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac. Sanit.**, [S./], v. 20, n. 6, p. 485-495, jun. 2006.

TESSER, C. D. Núcleos de apoio à saúde da família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, jun./set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>. Acesso em: 11 jan. 2017.

TESTON, L. M.; MENDES, Á.; CARNUT, L.; LOUVISON, M. Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. **Physis**, [S./], v. 31, n. 1, e310127, jan. 2021.

TESTON, L. M.; MENDES, Á.; CARNUT, L.; LOUVISON, M. Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. **Physis**, [S./], v. 31, n. 1, e310127, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310127>. Acesso em: 3 mar. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration on primary health care**. Astana. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>. Acesso em: 2 jul. 2021.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

PROJETO DE PESQUISA: Organização das Equipes Multiprofissional – Nasf-AB no Ceara: Dimensões Política e Gerencial Nos Sistemas Municipais De Saúde

PESQUISADOR: Mirnis Aparecida V. de Macedo

ORIENTADOR: Prof(a): Dra Ana Patrícia

Prezado(a) Secretário(a) Municipal de Saúde,

Estamos desenvolvendo a pesquisa "Organização das Equipes NASF-AB: dimensões política e gerencial nos municípios do Estado do Ceará", vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), na Universidade Estadual do Ceará. Este estudo é conduzido pela mestranda Mirnis Aparecida Vieira de Macedo, sob orientação da Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais.

Tem-se por objetivo: Analisar a organização das equipes de NASF AB nos municípios do Estado do Ceará, com ênfase na dimensão política e gerencial. O motivo que nos leva a pesquisar esta temática deve-se ao contexto atual de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, com implicações na organização e financiamento das equipes NASF- AB. Desse modo, mostra-se oportuno compreender como os municípios têm possibilitado ou não a atuação das equipes do NASF-AB, considerando sua autonomia política e gerencial na execução da política de saúde.

CONVIDAMOS você, SECRETÁRIO(A) DE SAÚDE de município do Estado do Ceará, a participar desta pesquisa! Ressaltamos que:

1. Sua participação se dará mediante o preenchimento de um formulário eletrônico, com questões objetivas e questões abertas.
2. Sua participação é voluntária e a qualquer momento poderá solicitar sua exclusão da pesquisa. A sua recusa não lhe trará prejuízos de qualquer natureza. Será garantido o anonimato de todas as suas respostas.
3. Esse estudo apresenta riscos mínimos relacionados à dimensão moral, intelectual e/ou psicoemocional, expressos em desconforto, constrangimento e/ou insegurança quanto a proteção do sigilo, os quais serão minimizados pela garantia do anonimato, pela possibilidade de desistir de responder a pergunta, ou ainda, poderá entrar em contato com o pesquisador e solicitar esclarecimentos e apoio.
4. Em estudos como este, os benefícios ao participante são indiretos, e estão relacionados à possibilidade de oferecer aos gestores subsídios para a reorientação e fortalecimento da política local de atenção primária, assim como o fortalecimento do NASF-AB, equipe multiprofissional.

5. Você não receberá remuneração pela participação. Ressalta-se também que sua participação não envolverá custos pessoais. Porém, de acordo com a resolução 510/2016 em seu Art. 2 - "o participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização".
6. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.
7. Esta pesquisa tem finalidade estritamente acadêmica e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará.
8. Caso deseje esclarecimentos éticos sobre a pesquisa, poderá obter diretamente com o coordenador do estudo ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, nos contatos abaixo:

Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700 - Itaperi- CEP 60.714-903 - Fortaleza-CE
Brasil

Contato: (85) 3477.3122

Pesquisador responsável:

MIRNIS APARECIDA VIEIRA DE MACEDO

Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PPGSF)/UECE

Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Itaperi, Fortaleza, Ceará. CEP 60714-903E-

mail: mirnis.vieira@aluno.uece.br

ATENÇÃO: Você poderá fazer e guardar cópia deste TCLE.

*Caso não concorde participar, poderá sair dessa página.

*Para participar do estudo e ter acesso ao questionário, manifeste sua concordância clicando no item CONCORDO EM PARTICIPAR.

Por sua participação e contribuição, muito obrigado!!!

Você concorda em participar da pesquisa?

() Sim

() Não

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS DO(A)GESTOR (A)

Caro(a) Secretário(a),

Nesse espaço, apresentamos perguntas sobre dados sobre suas características pessoais e profissionais.

SUA RESPOSTA É MUITO IMPORTANTE!

1. Município onde exerce o cargo de gestor em saúde:

2. Idade (faixa etária)

19 - 29 anos () 30-39 anos ()

40 - 49 anos () 50-59 anos ()

60 anos ou mais () Outro ()

3. Gênero:

() Feminino

() Masculino

() Outro. Se outro, qual ()

() Prefiro não dizer

4. Estado civil

() Solteiro

() Casado/União estável

() Separado/divorciado

() Viúvo(a)

() Outro

5. Qual a sua categoria profissional?

6. Possui Pós-Graduação?

Especialização Mestrado Doutorado Outros

7. O seu município tem NASF-AB/Equipe multiprofissional implantado?

Sim Não

8. Se sim, quantas equipes de NASF-AB/Equipe multiprofissional está implantadas no município?

uma equipe duas equipes

três a cinco equipes Seis equipes ou mais

Não se aplica

9. Qual o período de implantação das equipes NASF-AB/Equipe multiprofissional no município?

2008-2016

2017-2019

2020-2022

10. Na vigência do Previne Brasil, houve DESCREDENCIAMENTO de equipe NASF-AB/equipe multiprofissional no seu município?

Sim

Não

Não se Aplica

11. Na vigência do Previne Brasil, houve CREDENCIAMENTO de novas equipes NASF-AB/equipe multiprofissional no seu município?

- Sim
- Não

12. Atualmente, no seu município, a equipe NASF-AB/equipe multiprofissional está vinculada a quantas equipes da ESF?

- 5 a 9 equipes da ESF/Atenção Básica
- 3 a 4 equipes da ESF/Atenção Básica
- 1 a 2 equipes da ESF/Atenção Básica
- Não há vinculação à equipes ESF/Atenção Básica, após o Previne Brasil

13. Você considera que a mudança no modelo de financiamento para as equipes multiprofissionais: (pode marcar mais de uma opção)

- Aumentou a autonomia do município para o gerenciamento das equipes.
- Os recursos federais são insuficientes para manter o funcionamento das equipes.
- A manutenção das equipes implantadas exigiu maior contrapartida financeira do município.
- A mudança no financiamento não alterou a organização e funcionamento das equipes NASF-AB ou multiprofissionais no município.
- Fez com o município reduzisse o número de equipes NASF-AB

14. Na transição da Equipe NASF-AB para Equipe Multiprofissional, ocorreram mudanças na atenção à saúde da população? (pode marcar mais de uma opção)

Sim. Ocorreu aumento dos atendimentos por demanda espontânea. ()

Sim. Ocorreu redução das atividades de grupo.

Não, as equipes continuam realizando as ações conforme as diretrizes do NASF.

Sim, as equipes ampliaram as agendas de atendimentos em grupo para promoção da saúde.

Não, as equipes continuam atendendo os casos encaminhados pelas equipes da ESF que estão vinculadas.

Processos de Organização e Gestão do NASF

Nesta seção temos algumas questões abertas, sendo importante sua resposta para melhor compreensão da dimensão gerencial do NA nos municípios cearenses.

1. Considerando o contexto da atual Política Nacional de Atenção Básica, comente sobre a decisão da gestão municipal em manter ou não as equipes de NASF-AB ou Equipes Multiprofissionais em Saúde da Família.

2. Comente sobre a organização das equipes do NASF/Equipe multiprofissional no seu município, considerando o contexto do Previner Brasil .(composição, quantidade, agendas de trabalho, etc).

3. Comente sobre o impacto do modelo de financiamento proposto pelo Previner Brasil na gestão do NASF-AB/Equipe multiprofissional no seu município.

4. Comente sobre o gerenciamento das equipes de NASF-AB/Equipes Multiprofissionais no seu município?

5. Como você avalia o impacto da atuação do NASF-AB/Equipe Multiprofissional na saúde da população?

6. Quais os desafios que você encontra na gestão das equipes de NSF-AB/Equipes Multiprofissionais?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: Organização das Equipes Multiprofissionais– Nasf-AB no Ceara: Dimensões Política e Gerencial Nos Sistemas Municipais De Saúde

PESQUISADOR: Mirnis Aparecida V. de Macedo

ORIENTADOR: Prof(a): Dra Ana Patrícia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar do estudo: Organização Das Equipes NASF- AB no Estado do Ceará: Dimensões Políticas Municipais de Saúde no Ceará, realizado por Mirnis Aparecida Vieira De Macedo. Nesse estudo pretendemos: Analisar a organização das equipes de NASF AB no Estado do Ceará, com suporte na dimensão política e gerencial .

O motivo que nos leva a estudar esse assunto deve-se ao contexto atual do NASF-AB, quanto às mudanças políticas e incertezas das equipes NASF-AB no Ceará, passando a ser uma dúvida e/ou exclusão do seguimento das equipes na APS - o que torna fundamental o delineamento de discussões acerca da autonomia financeira dos municípios com a mudança do financiamento da atenção primária.

Sua participação consistirá em responder questionário eletrônico, os dados preservam a identidade dos participantes, utilizarei o método qualitativo. O(a) senhor(a) será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador(a) ou pela instituição.

Esse estudo apresenta baixo risco, consistem em possíveis constrangimentos, a perguntas relacionadas as equipe multiprofissional nasf - ab no tocante a continuidade das equipes após o previne Brasil ou o descredenciamento das equipes, as possíveis limitações, e os demais dados inerentes ao nasf-ab /equipe multiprofissional. Esses riscos serão amenizados pela garantia do anonimato proporcionado pelos formulários eletrônico, os quais serão respondidos de forma individual e após a sua conclusão serão enviados de

forma virtual para evitar o constrangimento e a garantia da privacidade de respostas. Para evitar riscos que possam causar estresse, cansaço ou aborrecimento aos 184 participantes da pesquisa no que se refere ao preenchimento do questionário, os mesmos serão esclarecidos que a interrupção do processo de coleta de dados pode ser realizada quando desejarem, a qualquer momento, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio para a dimensão moral, intelectual, social, em suas falas, o qual está relacionado ao possível desconforto ou constrangimento diante de algumas perguntas. Este risco será minimizado pela realização do questionário eletrônico.

Sua participação trará como benefícios. Para a sociedade de um modo geral. Sobretudo, para a população que necessita do NASF-AB e de uma Atenção Primária em Saúde com modelo de saúde inclusivo e íntegro, proposto pelo SUS, e hoje carente de pesquisas no âmbito das novas circunstâncias de financiamento. Além disso, oferecerá subsídios às gestões municipal e federal, com vistas a implementar mudanças nos modos de financiamento do NASF-AB. Serão garantidos o sigilo de identidade e privacidade dos dados coletados durante todas as fases da pesquisa. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Conforme prevê a resolução 510/2016 em seu Art. 2 O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável, Mirnis Aparecida Vieira de Macedo, e-mail:mirnisv@hotmail.com e telefone (85) 999073336. E Com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará , encontra-se disponível para quaisquer esclarecimentos pelo fone:

(85) 3101-9890, e-mail: cmepes@uece.br, endereço: AV. Dr. Silas Munguba, 1700, Campos Itaperi – Fortaleza – Ceará, Horário de funcionamento: 8h às 12h e 13h às 17h de segunda a sexta.

Acordando com esse Termo de Consentimento, você autoriza o(a) pesquisador(a) a utilizar os dados coletados em ensino, pesquisa e publicação, estando a sua identidade preservada.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação: () aceito participar da pesquisa () não aceito participar da pesquisa

APÊNDICE C - VARIÁVEIS DO ESTUDO

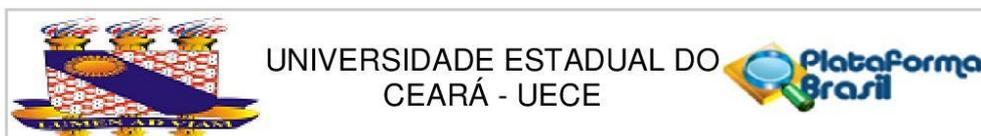
Idade	Gênero	Formação	Pós-graduação	Função
40- 49 anos	Feminino	Nutricionista	Alimentação e nutrição na APS; sobrepeso e obesidade na aps.	Secretário de Saúde
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde da família	Coordenador da AtençãoBásica
50-59 anos	Feminino	Fisioterapeuta	Gestão pública	Secretário de Saúde
30-39 anos	Masculino	Enfermeiro	Saúde da família	Coordenador da AtençãoBásica
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Gestão em saúde	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Masculino	Enfermeiro	Obstetrícia	Coordenador da AtençãoBásica
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde da família; obstetrícia	Coordenador da AtençãoBásica
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Não	Secretário de Saúde
50-59 anos	Feminino	Fisioterapeuta	Pediatria e neonatologia	Secretário de Saúde
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Não	Secretário de Saúde
30-39 anos	Feminino	Fisioterapeuta	Trauma ortopedia	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Masculino	Administrador de empresa	Recursos humanos	Secretário de Saúde
19 - 29 anos	Feminino	Enfermeira	Obstétrica e neonatologia em andamento	Secretário de Saúde
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde do trabalhador e gestão em saúde	Secretário de Saúde
30-39 anos	Feminino	Administrador de empresas	Gestão do trabalho e educação em saúde	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Masculino	Enfermagem	Especialização em saúde da família	Coordenador da AtençãoBásica
40- 49 anos	Masculino	Administrador	Não tenho	Secretário de Saúde
30-39 anos	Masculino	Enfermeiro	Saúde da família	Secretário de Saúde
30-39 anos	Feminino	Biomédica	Ciências da saúde-cursando	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Assistente social	Gestão saúde e auditoria, saúde mental,	Secretário de Saúde
30-39 anos	Masculino	Fisioterapeuta	Não	Coordenador da AtençãoBásica
19 - 29 anos	Masculino	Enfermeiro	Gestão e auditoria	Coordenador da AtençãoBásica
30-39 anos	Feminino	Secretaria	Não	Secretário de Saúde

40- 49 anos	Masculino	Fisioterapeuta	Saúde coletiva	Secretário de Saúde
50-59 anos	Feminino	Enfermeiro	Saúde da família	Coordenador da AtençãoBásica
50-59 anos	Masculino	Dentista	Saúde pública	Secretário de Saúde
19 - 29 anos	Feminino	Enfermeiro	Não	Coordenador da AtençãoBásica
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Obstetrícia	Coordenador da AtençãoBásica
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde mental	Coordenador da AtençãoBásica
40- 49 anos	Feminino	Assistente social	Gestão em saúde e saúde da família	Coordenador da AtençãoBásica
50-59 anos	Masculino	Cirurgião dentista	Gestão em saúde, gestão do trabalho e educação em saúde, direitos sanitário,	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Enfermeiro	Obstetrícia e neonatologia	Coordenador da AtençãoBásica
40- 49 anos	Masculino	Serviço social	Não	Secretário de Saúde
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Mestrado em avaliação de políticas públicas na UFC.	Coordenador da AtençãoBásica
40- 49 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde da família, saúde pública, serviços e sistemas do sus e gestão da clínica	Coordenador da AtençãoBásica
19 - 29 anos	Feminino	Enfermeira	Infectologia/ saúde pública e ESF	Coordenador da AtençãoBásica
40- 49 anos	Feminino	Gestão	Não tenho	Coordenador da AtençãoBásica
50-59 anos	Feminino	Pedagoga	Epidemiologia	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde pública e auditoria	Secretário de Saúde
30-39 anos	Masculino	Odontologia	Ortodontia	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Enfermeira	Vigilância em saúde e educação profissional em saúde	Secretário de Saúde
50-59 anos	Feminino	Enfermeira	Sistema local de saúde e epidemiologia	Secretário de Saúde
30-39 anos	Masculino	Biólogo Técnico em enfermagem Enfermeiro em formação	Vigilância em saúde	Coordenador da AtençãoBásica

30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde da mulher - ginecologia e obstetrícia	Coordenador da AtençãoBásica
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Gestão	Coordenador da AtençãoBásica
40- 49 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde da família	Secretário de Saúde
30-39 anos	Feminino	Enfermeiro	Saúde da família, obstetrícia, neonatologia	Coordenador da AtençãoBásica
30-39 anos	Feminino	Enfermeiro	Saúde pública	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Enfermeira	Atenção primária; obstetrícia; saúde do trabalhador e gestão	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Masculino	Administração	Saúde	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Masculino	Enfermeiro	Obstetrícia	Secretário de Saúde
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Mestrado em enfermagem	Coordenador da AtençãoBásica
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde do trabalhador e enfermagem neonatal	Coordenador da AtençãoBásica
19 - 29 anos	Masculino	Enfermeiro	Pós-graduado em saúde pública	Coordenador da AtençãoBásica
40- 49 anos	Feminino	Assistente social	Assistência social e saúde	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Enfermeira	Vigilância em saúde	Secretário de Saúde
30-39 anos	Feminino	Fisioterapeuta	Saúde da família e comunidade	Coordenador da AtençãoBásica
50-59 anos	Feminino	Médico	Pediatria	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Masculino	Enfermeiro	Gestão pública de saúde	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Farmacêutica	Bioquímica	Secretário de Saúde
30-39 anos	Feminino	Farmacêutica	Gestão	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Enfermeira	Gestão em saúde pública	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Enfermagem	Saúde mental e sobrepeso e obesidade	Secretário de Saúde
30-39 anos	Masculino	Fonoaudiólogo	Saúde da família	Secretário de Saúde
50-59 anos	Masculino	Cirurgião dentista	Saúde da família (UNA-UFC) e gestão por evidência (inst. Síriolibanês)	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Farmacêutica	Gestão	Secretário de Saúde
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde pública	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Enfermeira	Gestão, saúde, educação	Coordenador da AtençãoBásica
50-59 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde coletiva	Secretário de Saúde
30-39 anos	Masculino	Enfermagem	Gestão	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Enfermagem	Auditoria	Secretário de Saúde

40- 49 anos	Feminino	Enfermeiro	Saúde da família	Coordenador da AtençãoBásica
30-39 anos	Masculino	Fisioterapeuta	UTI / traumato-ortopedia	Coordenador da AtençãoBásica
50-59 anos	Feminino	Enfermagem	Educação em saúde	Coordenador da AtençãoBásica
40- 49 anos	Feminino	Gestora hospitalar	Auditoria hospitalar	Secretário de Saúde
19 - 29 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde coletiva	Coordenador da AtençãoBásica
30-39 anos	Feminino	Enfermeira	Saúde pública com ênfase na atenção primária; gestão e auditoriaem saúde	Coordenador da AtençãoBásica
30-39 anos	Masculino	Fisioterapeuta	Gestão em saúde	Coordenador da AtençãoBásica
40- 49 anos	Feminino	Pedagoga	Saúde publica	Secretário de Saúde
40- 49 anos	Feminino	Enfermagem	Saúde pública e saúde da família	Coordenador da AtençãoBásica

APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAL - NASF AB NO CEARÁ: DIMENSÕES POLÍTICA E GERENCIAL NOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.

Pesquisador: MIRNIS APARECIDA VIEIRA DE MACEDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57831822.4.0000.5534

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.467.663

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (UECE), que toma por objeto de investigação a organização das equipes de NASF-AB no Ceará. Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida junto aos secretários municipais de saúde do estado do Ceará. Serão aplicados formulários eletrônicos para obtenção dos dados. A coleta de dados está prevista para o período de junho a agosto de 2022. As pesquisadoras informam que os secretários dos 184 municípios cearenses serão convidados a participar do estudo por e-mail eletrônico, que será obtido por meio dos sites das secretarias de saúde. O material empírico será organizado e analisado com base no método de Análise de Conteúdo Temática, numa perspectiva crítico-reflexiva. A pesquisa tem orçamento estimado em R\$ 12.661,00, com recursos próprios das pesquisadoras.

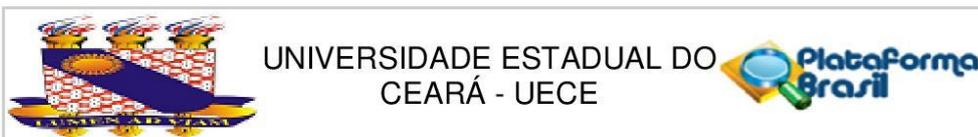
Objetivo da Pesquisa:

Analisar a organização das equipes multiprofissional no Estado do Ceará, com suporte na dimensão política e gerencial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram apresentados no TCLE

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.467.663

1) riscos: Esse estudo apresenta baixo risco, consistem em possíveis constrangimentos, porque eles avaliarão aspectos relacionados da equipe multiprofissional nasf -ab a continuidade das equipes após o previne Brasil ou o descredenciamento das equipes, as limitações com as equipes, dados inerentes das equipes nasf. Esses riscos serão amenizados pela garantia do anonimato proporcionado pelos formulários, os quais serão respondidos de forma individual e após a sua conclusão serão enviados de forma virtual para evitar o constrangimento e a garantia da privacidade de respostas.

Benefícios: Para a sociedade de um modo geral. Sobretudo, para a população que necessita do NASF-AB e de uma Atenção Primária em Saúde com modelo de saúde inclusivo e íntegro, proposto pelo SUS, e hoje carente de pesquisas no âmbito das novas circunstâncias de financiamento. Além disso, oferecerá subsídios às gestões municipal e federal, com vistas a implementar mudanças nos modos de financiamento do NASF-AB.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e exequível, com potencial de oferecer análises que possam subsidiar a reorientação de políticas públicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras apresentaram adequadamente os termos obrigatórios.

- 1) Folha de rosto
- 2) Projeto de pesquisa
- 3) TCLE
- 4) Orçamento

Recomendações:

Enviar relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

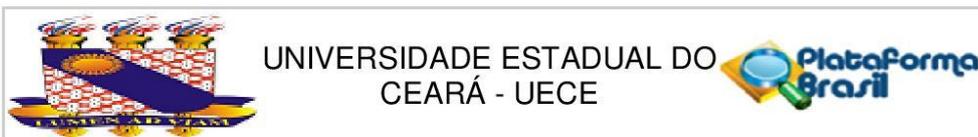
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.467.663

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1919311.pdf	30/03/2022 22:10:36		Aceito
Folha de Rosto	ANEXO.pdf	30/03/2022 22:08:32	MIRNIS APARECIDA VIEIRA DE MACEDO	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	30/03/2022 22:06:06	MIRNIS APARECIDA VIEIRA DE MACEDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	30/03/2022 22:04:58	MIRNIS APARECIDA VIEIRA DE MACEDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/03/2022 22:01:51	MIRNIS APARECIDA VIEIRA DE MACEDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 14 de Junho de 2022

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br