



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Mariana Farias Gomes

**Qualidade das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na
perspectiva da continuidade do cuidado em saúde**

Recife

2023

Mariana Farias Gomes

**Qualidade das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na
perspectiva da continuidade do cuidado em saúde**

Tese de Doutorado em Saúde Pública
apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública do Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz, como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientadores: Antônio da Cruz Gouveia Mendes
Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Recife

2023

Título do trabalho em inglês: Quality of actions by the Family Health Support Center (NASF) from the perspective of continuity of health care.

G633q Gomes, Mariana Farias.
Qualidade das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na perspectiva da continuidade do cuidado em saúde / Mariana Farias Gomes. -- 2023.
176 p. : il.color, fotos.

Orientador: Antônio da Cruz Gouveia Mendes.
Coorientadora: Eduarda Ângela Pessoa Cesse.
Tese (Doutorado em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2023.
Bibliografia: f. 128-138.

1. Qualidade da assistência à saúde. 2. Continuidade da assistência ao paciente. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Mariana Farias Gomes

Qualidade das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na perspectiva da continuidade do cuidado em saúde

Tese de Doutorado Acadêmico apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências. Área de Concentração: Políticas de Saúde.

Aprovada em: 07 de dezembro de 2023.

Banca Examinadora

Profª Drª Gabriella Morais Duarte Miranda
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Raphaela Delmondes do Nascimento
Universidade de Pernambuco

Profª Drª Camila Pimentel Lopes de Melo
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Profª Drª Tereza Maciel Lyra
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz



Documento assinado eletronicamente por **Antônio da Cruz Gouveia Mendes, Pesquisador Voluntário Sênior**, em 31/01/2024, às 15:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriella Morais Duarte Miranda, Usuário Externo**, em 31/01/2024, às 15:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tereza Maciel Lyra, Pesquisadora em Saúde Pública**, em 31/01/2024, às 16:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camila Pimentel Lopes de Melo, Pesquisadora em Saúde Pública**, em 31/01/2024, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **RAPHAELA registrado(a) civilmente como RAPHAELA DELMONDES DO NASECIMENTO, Usuário Externo**, em 01/02/2024, às 09:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fiocruz.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3559455** e o código CRC **FD28D0A0**.

Às minhas filhas, Luma e Nina, que são luzes na minha vida.

AGRADECIMENTOS

A construção desta tese se deu por um período longo, maior que o esperado por mim, devido a tantos percalços no caminho. Antes, durante e depois da finalização desse processo, diferentes pessoas passaram por mim e ajudaram em pequenas ou grandiosas contribuições. Tenho consciência que foi através de cada uma delas que essa pesquisa ganhou a robustez e profundidade esperada.

Primeiramente agradeço a Deus, aos meus mentores e a toda espiritualidade que me acompanhou até aqui. Agradeço imensamente ao Vale do Amanhecer por toda ajuda espiritual que recebi em um espaço de amor, que ainda me permitiu trabalhar e servir ao próximo.

Agradeço às minhas filhas, Luma e Nina, por terem surgido durante esse período e em tão pouco tempo terem me ensinado tanto sobre o amor incondicional, *maitri*, demonstrando em pequenos gestos qual o verdadeiro significado da minha vida.

Ao meu companheiro Thiago, gratidão por toda presença, apoio e estímulo durante esse processo. Você sempre acreditou no potencial que está até mesmo além de mim.

À minha mãe, irmão e pai, obrigada por durante toda minha vida terem me incentivado aos estudos, acreditado em mim e me ajudado a trilhar meus caminhos profissionais para alcançar diversas conquistas.

Aos meus amigos, agradeço por entenderem as minhas ausências e mesmo assim se mantiveram ao meu lado na torcida que essa etapa finalizasse. Vocês são muitos, presentes em diferentes fases da minha vida. Apesar do receio em não mencionar alguém, escolho agradecer especialmente a alguns de vocês: Dudu, Bia, Pri, Pati, Alice, Becca, Lauana, Gabi, Everson e Rapha, gratidão pela partilha de alegrias e tristezas ao longo dessa caminhada.

Aos meus orientadores, Toinho e Duda, agradeço por me conduzirem durante todo esse processo com carinho e respeito. Toinho, por ter estado presente desde a banca de seleção e que ao longo de todo esse processo sentou incansavelmente ao meu lado em sua sala para me orientar e construir uma tese com a robustez e qualidade que o programa preconiza. A Duda, o agradecimento vem de tanto tempo, desde 2014, em que me acolheu e ensinou tudo que conheço até hoje sobre pesquisa e produção científica. Seu exemplo ao meu lado me fez vislumbrar e

admirar sua potência enquanto mulher e pesquisadora. Obrigada por ter sido minha amiga, me proporcionar tantos momentos alegres e de intimidade junto à sua família.

Aos meus colegas de turma do doutorado, gratidão pela caminhada lado a lado, com muito companheirismo, risos e desespero diante de tantos momentos vivenciados juntos.

A todos que compõem o Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, sendo professores, técnicos, assistentes e auxiliares, agradeço por todas as orientações e auxílios durante todos esses anos vinculada a essa instituição.

Agradeço também aos trabalhadores e gestores do SUS que me permitiram vislumbrar na gestão em saúde tanto potencial e inquietação frente às necessidades de saúde que gritam no cotidiano. Obrigada pelo espaço de trabalho profissional, de pesquisa do qual realizei esse e tantos outros estudos sobre nosso sistema público de saúde, e por fim, por ter me recebido como usuária em tantos momentos que necessitei.

RESUMO

GOMES, Mariana Farias. Qualidade das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na perspectiva da continuidade do cuidado em saúde. 2023. Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

A continuidade do cuidado, enquanto dimensão da qualidade, prevê a introdução de diferentes formas de assistência prestadas ao indivíduo, de forma coerente, lógica e complementar, corroborando para um cuidado longitudinal e coordenado. Dentre os níveis de atenção, a Atenção Básica é o lócus ideal para primeiro acesso e ordenamento para os demais níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo um cuidado contínuo através da equipe de referência e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diante disso, o presente estudo tem por objetivo analisar a qualidade das ações desenvolvidas pelo NASF quanto à continuidade do cuidado em saúde. Trata-se de um estudo exploratório, transversal, de cunho qualitativo, no qual a qualidade das ações do NASF foi investigada a partir da dimensão continuidade. O estudo foi realizado no município de Recife-PE, no Distrito Sanitário VI, e participaram profissionais do NASF e gestores. Foram realizadas entrevistas em profundidade e análise documental, com os dados coletados no período de julho a agosto de 2021. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo temática. Os resultados foram apresentados em quatro temas pré estabelecidos e 12 categorias emergentes. A qualidade nas ações do NASF foi percebida por profissionais e gestores, com elenco de prioridades diferentes entre os atores. A continuidade informacional tem se dado por caminhos construídos nas relações e interações profissionais estabelecidas na RAS, perpassando por espaços informais e com uso de tecnologias comunicativas. A continuidade relacional e comunicação estabelecida com os usuários tem se dado através de mecanismos que favorecem o diálogo efetivo e o entendimento das orientações recebidas. Evidencia-se a necessidade de cogestão nos espaços gestores para uma construção coletiva que discuta caminhos para promover maior conexão e articulação entre os pontos da RAS, com oferta, acesso e contrarreferência dos serviços.

Palavras-chave: qualidade da assistência à saúde; continuidade da assistência ao paciente; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

GOMES, Mariana Farias. Quality of actions by the Family Health Support Center (NASF) from the perspective of continuity of health care. 2023. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

Continuity of care, as a dimension of quality, foresees the introduction of different forms of assistance provided to the individual, in a coherent, logical and complementary manner, supporting longitudinal and coordinated care. Among the levels of care, Basic Care is the ideal locus for first access and ordering for the other levels of the Health Care Network (RAS), promoting continuous care through the reference team and the Family Health Support Center (NASF). Therefore, the present study aims to analyze the quality of the actions developed by the NASF regarding the continuity of health care. This is an exploratory, cross-sectional, qualitative study, in which the quality of NASF actions was investigated from the continuity dimension. The study was carried out in the city of Recife-PE, in Health District VI, and NASF professionals and managers participated. In-depth interviews and document analysis were carried out, with data collected from July to August 2021. The data was analyzed through thematic content analysis. The results were presented in four pre-established themes and 12 emerging categories. The quality of NASF's actions was perceived by professionals and managers, with a list of different priorities among the actors. Informational continuity has occurred through paths constructed in the professional relationships and interactions established in the RAS, passing through informal spaces and using communicative technologies. The relational continuity and communication established with users has been achieved through mechanisms that favor effective dialogue and understanding of the guidance received. The need for co-management in management spaces for a collective construction that discusses ways to promote greater connection and articulation between the points of the RAS, with supply, access and counter-referral of services, is evident.

Key words: quality of health care; continuity of patient care; primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modalidades de conformação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	28
Figura 2 -	Documentos normativos que orientam a organização e a estruturação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	29
Figura 3 -	Sete pilares da qualidade segundo Donabedian (1990).....	34
Figura 4 -	Tipos e dimensões de continuidade assistencial segundo a classificação de Reid, Haggerty e McKendry (2002)	39
Figura 5 -	Município do Recife-PE.....	44
Figura 6 -	Divisão dos Distritos Sanitários em Recife-PE.....	44
Figura 7 -	Linha do tempo do NASF em Recife-PE.....	54
Figura 8 -	Organograma da Secretaria Executiva de Atenção Básica da Prefeitura do Recife-PE.....	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Modalidades das eMulti de acordo com a carga horária da equipe, vinculação e composição profissional.....	31
Quadro 2 -	Matriz metodológica do estudo.....	51
Quadro 3 -	Temas e categorias emergentes do estudo	53
Quadro 4 -	Agenda padrão mensal das atividades por carga horária do profissional das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	58
Quadro 5 -	Produção do NAS, por semestre, no período de 2019 a 2022.....	61
Quadro 6 -	Ordem de priorização do que é importante para o NASF desenvolver ações com qualidade NASF.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMAQ-NASF	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ATAN	Área Técnica Alimentação e Nutrição
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DS	Distrito Sanitário
EPS	Educação Popular em Saúde
eqAB	Equipes de Atenção Básica
eqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
LAM-Saúde	Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Família e Atenção Básica
NASF-AP	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
NDI	Núcleo de Desenvolvimento Infantil
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PROADESS	Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro

PSE	Programa Saúde na Escola
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPA	Regiões Político-Administrativas
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SCNES	Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas Tradicionais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	O CUIDADO E SEU LUGAR NAS PRÁTICAS DE SAÚDE.....	19
2.2	O CUIDADO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: O NÚCLEO DE APOIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	25
2.3	A QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE	32
3	OBJETIVOS	41
3.1	GERAL.....	41
3.2	ESPECÍFICOS.....	41
4	METODOLOGIA	42
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	42
4.2	LOCAL DO ESTUDO	43
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	45
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA	46
4.5	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	47
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO NASF EM RECIFE.....	53
5.1.1	Processo de trabalho do NASF em Recife	55
5.1.2	Processo de trabalho da Coordenação do NASF em Recife	59
5.1.3	Produção do NASF em Recife pelo registro no e-SUS	61
5.1.4	O NASF nos planos municipais de Recife	61
5.2	PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DAS AÇÕES DO NASF	62
5.2.1	Como eu vejo e o que eu faço para ter qualidade no meu trabalho	63
5.2.2	Qualidade do NASF na visão gerencial	67
5.2.3	Qualidade x responsabilidade: quem deve implantar melhorias?	71
5.2.4	Gestor x profissional do NASF: O que é prioridade para desenvolver um trabalho com qualidade?	76
5.3	CONTINUIDADE DA INFORMAÇÃO	81
5.3.1	Transferência de informações em espaços formais e informais	81
5.3.2	Mecanismos para a transferência de informações	85

5.3.3	Utilização de instrumentos para construção de informações no trabalho compartilhado	89
5.4	PRÁTICAS RELACIONAIS E SEUS MECANISMOS DE COMUNICAÇÃO ...	94
5.4.1	Comunicação com a Estratégia de Saúde da Família	95
5.4.2.	Formação de vínculo entre profissional NASF e usuário	98
5.4.3	Mecanismos utilizados para efetividade da comunicação	102
5.5	GESTÃO, CONEXÃO E ARTICULAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS	108
5.5.1	Articulação e relação da gestão com os profissionais do NASF	108
5.5.2	A gestão e suas implicações na continuidade do cuidado	117
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO OBJETIVO ESPECÍFICO 2	139
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO OBJETIVO ESPECÍFICO 3 E 4	142
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO OBJETIVO ESPECÍFICO 5	146
	APÊNDICE D – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	148
	APÊNDICE E – ARTIGO PUBLICADO	151
	ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES	169
	ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RECIFE	176

1 INTRODUÇÃO

A discussão envolvendo a garantia de ações e serviços de saúde com qualidade é um fenômeno bastante debatido no campo da saúde, adquirindo relevância nas políticas públicas a partir dos anos 1990. As estratégias adotadas para garantir a qualidade das ações pretendiam superar os modelos e práticas anteriormente adotados, visando uma melhoria na segurança dos sistemas de saúde, na eficácia e efetividade das ações e serviços de saúde, bem como o grau de satisfação obtido pelos usuários do sistema (SERAPIONI, 2013).

Para Portela e colaboradores (2016), o fato de não planejar e desenvolver ações com garantia de qualidade nos serviços de saúde resultam em danos evitáveis ao consumidor final (usuário) e no aumento de custos para prestadores de serviços, investidores, governo e sociedade, gerando também piores resultados na saúde da população. Assim, estratégias para produzir melhoria na qualidade do cuidado em saúde requerem a incorporação de elementos técnicos, padronização das ações e, principalmente, de adequação e aperfeiçoamento nas interações pessoais imbricadas com o contexto que se implicam diretamente nos cuidados em saúde.

No campo da saúde, pensar em práticas de cuidado com garantia de qualidade requer um olhar diferenciado, com uma abordagem multidimensional. E isso se dá por diversos fatores: há uma complexidade dentro das práticas de saúde, ao considerar a integralidade do ser e seus aspectos biopsicossociais; existem diversos atores sociais e grupos de interesse envolvidos no fazer da saúde; e, por fim, a própria definição de qualidade engloba uma pluralidade de questões e aspectos a serem considerados. E diante do conceito e abordagem complexa, a avaliação da qualidade dessas ações requer que esses diversos fatores, objetivos ou subjetivos, sejam percebidos, captados e analisados nos diferentes contextos os quais estão sendo desenvolvidas as práticas de cuidado em saúde (UCHIMURA; BOSI, 2002; VALENTE, 2019).

Assim, a análise desses múltiplos aspectos implica na presença de culturas, competências e métodos de avaliação que sejam capazes de captar as singularidades e subjetividades presentes nas ações executadas, na estruturação de serviços e nas práticas profissionais adotadas de forma individual ou coletiva (SERAPIONI, 2013). E dentro desse lócus de cuidado com o indivíduo ou

comunidade, a resolubilidade dos problemas de saúde se dá também por uma união de fatores, incluindo nisso a necessidade de atuação de uma variedade de atores que (inter)agem nos sistemas de saúde, sendo amplamente instituída a adoção de práticas multiprofissionais.

A atuação multiprofissional em saúde surge como uma modalidade coletiva que consiste na relação entre múltiplas intervenções e interação de agentes de diversas áreas profissionais. Essa junção de saberes e práticas frente a um indivíduo ou comunidade visa atender as reais necessidades dos sujeitos, construindo uma rede de produção de cuidados através de atos sincronizados de compartilhamento de saberes, tecnologias e subjetividades no cuidado em saúde (SANTOS *et al.*, 2016).

As práticas multiprofissionais, quando efetivas, constroem um trabalho com interação entre condutas, práticas e serviços, permitindo assim um olhar mais holístico sobre o indivíduo e a efetivação da integralidade e continuidade nas práticas em saúde (PREVIATO; BALDISSERA, 2018; CINTRA *et al.*, 2019). A integração desses campos de saberes e dimensões biopsicossociais culminam em novos modos de agir, reorganizando os processos de trabalho em saúde com vistas a atender as necessidades de saúde dos indivíduos de forma longitudinal.

Considerando o sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), no seu primeiro nível de atenção, a Atenção Básica (AB), uma estratégia foi instituída para garantir uma maior resolubilidade das ações em saúde ofertadas pelas equipes de referência no território: os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF se operacionaliza através de uma equipe multiprofissional que, coordenando e executando ações assistenciais e pedagógicas, viria a apoiar matricialmente as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e AB, ampliando o escopo das ações realizadas nesse nível de atenção que é responsável por dirimir 80% dos problemas de saúde e coordenar o cuidado para os outros níveis de atenção dentro da rede de saúde (BRASIL, 2014; 2017).

Desenvolvendo ações assistenciais e pedagógicas, o NASF deve atuar de forma corresponsabilizada com as equipes nos territórios, aumentando sua capacidade de análise e intervenção frente às necessidades de saúde. O seu apoio matricial também envolve o aprimoramento do processo de trabalho das equipes, desenvolve ações de educação permanente, atendimentos compartilhados, realiza articulações intersetoriais e interdisciplinares, promovendo a integralidade, a

humanização dos serviços e o apoio à gestão (TITON DE SOUZA; CALVO, 2018; ZANONI *et al.*, 2020).

Esse trânsito da equipe NASF com as equipes da ESF e AB e suas interlocuções com demais serviços dentro na comunidade, promove a continuidade do cuidado dentro do território de maneira articulada e coordenada, visando à integração de profissionais e práticas de saúde que aumentem a qualidade do cuidado ofertado.

Diante disso e pensando no contexto de práticas de saúde ofertadas pela equipe multiprofissional do NASF em Recife-PE, tornou-se pertinente analisar a qualidade das ações desenvolvidas neste município no que concerne a continuidade dos cuidados prestados. Assim, essa tese de doutoramento se baseou na seguinte pergunta norteadora: Qual a qualidade das ações desenvolvidas pelo NASF quanto à continuidade do cuidado em saúde?

O estudo tem como objetivo geral: Analisar a qualidade das ações desenvolvidas pelo NASF quanto à continuidade do cuidado em saúde. Diante da complexidade do tema a ser estudado, será utilizado um desenho metodológico para captar essas dimensões qualitativas, que incluirá diferentes atores, exigindo técnica, esforço e criatividade para realizar as análises e interpretações necessárias para garantir com maior fidedignidade a apreensão do objeto estudado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CUIDADO E SEU LUGAR NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

A dimensão do cuidado é abordada por diferentes autores e perspectivas na literatura, mas que possuem um conjunto de aspectos que se relacionam como um ato intrínseco do ser humano e sua relação com o outro e com o mundo. Na etimologia da palavra, “cuidado” deriva do latim *cogitare-cogitatus*, cujo sentido é pensar, colocar atenção, preocupação. Também apresenta relação com a palavra ‘cura’, do latim *coera*, utilizada em contextos de relações de amor, amizade e desvelo (BOFF, 2012, 2020).

Leonardo Boff foi um dos autores que fez uma ampla reflexão sobre a temática, no qual considera que o cuidado, antes de tudo, é a raiz primeira do ser humano. Trata-se de algo anterior à existência, sendo uma pré-condição para o ser humano sentir-se conscientemente como um ser-no-mundo. O autor afirma que “ser homem/mulher é ser constituído de cuidado” (BOFF, 2012, p. 53).

E dentro dessa perspectiva existencial, o cuidado tem um sentido que vai muito além de um ato, tornando-se um modo de ser ético/ moral do ser humano no mundo. Não é apenas uma ocupação, considerando o uso das coisas no cotidiano, nem somente uma preocupação. O cuidado é um projeto do ser, estando implícito assim nas suas relações do humano com a sua existência (SEBOLD *et al.*, 2016).

Em se tratando do seu caráter antropológico-filosófico, Boff (2012) destaca um dos maiores pensadores do século XX que se debruçou sobre o tema: Martin Heidegger (1889-1976). À luz de Aristóteles, Heidegger desenvolveu a ideia de que o cuidado é o modo de ser primeiro de todo ser humano em sua relação para com o mundo. Em sua obra *Ser e Tempo*, Heidegger afirma que o cuidado significa um fenômeno ontológico-existencial básico, ou seja, um fenômeno base que possibilita a existência humana enquanto humana.

Para Cestari e colaboradores (2017), a essência desse cuidado em Heidegger se expressa na existência autêntica, libertando-se do anonimato e impessoalidade. Permite-se assim transcender sobre o mundo e si mesmo, fazendo-se sair da indiferença da vida cotidiana. Tem-se assim o cuidado como raiz humana, no qual toda ação vem acompanhada e imbuída de zelo e presença.

Partindo dessa mesma perspectiva, Ayres (2009) também designa o cuidado como próprio do ser humano. Esse cuidado está sempre se exercendo sobre a sua própria existência, muitas vezes como um ato inconsciente e não intencional, mas intrínseco no seu modo de ser e lidar com a vida.

O cuidado, então, pertencente à natureza do ser humano, é considerado implícito na saúde, visto como a ética natural nas práticas exercidas pelos profissionais de saúde. Apesar de estar dentro do conjunto de ações realizadas para obter boas condições de vida, este ganhou um caráter mais específico, principalmente na medicina e enfermagem, como uma atitude e envolvimento dentro das práticas de atenção à saúde e cura (BOFF, 2012).

Sebold e colaboradores (2016) trazem a discussão que dentro das práticas de saúde há a relação do cuidador e do ser cuidado, e que o cuidado se apresenta nas ações e atitudes de desvelo por meio do diálogo, empatia e compreensão. Essa presença é uma abertura para a possibilidade de ser e estar com o próximo, assumindo comportamentos que revelam responsabilidade, temporariamente, pelo outro. Há também de se considerar que o cuidar pode (ou não) caminhar juntamente com a clínica e a atenção à saúde (SLOMP JÚNIOR; FRANCO; MERHY, 2022).

Cabe ressaltar aqui que, apesar do cuidado ser predominantemente associado ao campo da saúde, este não está restrito somente à saúde, sendo encontrado também na sociologia. Neste último, se compreende que ações de cuidado tomam uma perspectiva de apoio social fundamental na vida coletiva. Essas discussões, estudos e reflexões vêm ganhando notoriedade em outras áreas, como a filosofia e antropologia, considerando o cuidado como elemento que influencia as relações sociais (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2019).

Ao analisar como o cuidado foi se adentrando nas discussões e práticas da saúde, Almeida (1986) e Waldow (2006) (apud BOFF, 2012) apontam três momentos principais. No primeiro o cuidado estava centrado no sujeito profissional, médico ou enfermeiro, no sentido da habilitação e preparo profissional na utilização dos materiais e técnicas, bem como a sua maneira cuidadosa de realizar tais práticas. Nesse momento já se iniciava uma visão de saúde que não se restringia as práticas de cura focalizadas.

No segundo momento, frente aos avanços tecnológicos da modernidade, o cuidado se fundamentou mais nos princípios científicos. O surgimento de novos aparelhos diagnósticos, de intervenção e fármacos fez com que os profissionais

tivessem que adquirir mais conhecimentos e incorporar habilidades na utilização desses novos aparatos. É o momento do “cuidado com os meios” (BOFF, 2012).

É importante também nesse momento discutir sobre o cuidado na área médica, que diante da sua ciência de precisão no diagnóstico e tratamento dos corpos, os profissionais passaram cada vez mais a se especializar em subáreas e a depender, quase que vitalmente dentro da sua profissão, do conhecimento, habilidade e acesso a essas tecnologias. Por outro lado, diante dos diversos processos de adoecimento, sua implicação com os determinantes sociais e suas possíveis “práticas de diagnóstico e cura”, tem-se a rediscussão da importância do médico generalista e de uma medicina mais globalizadora e eficaz (MERHY; CECCIM, 2009).

O terceiro e último momento, centrou-se na atenção ao paciente e o seu cuidado. Esse movimento ganhou mais força principalmente com a enfermagem nos anos 60 e 70, no qual diante das teorias assistenciais de cuidado, o paciente passou a ser visto de maneira mais holística e complexa, envolvendo a contribuição de outros saberes, como a antropologia, filosofia, ética, psicologia, sociologia e ecologia. Aqui, o cuidado em saúde envolve todas essas percepções e compreende o acompanhamento nos processos de cura e resgate à vida (BOFF, 2012).

Boff (2012) discute que há um esforço para combinar esses diversos momentos devido aos bons resultados alcançados com a questão de formação e preparo profissional, o uso das tecnologias e o olhar mais integral no ser humano. Essa consciência integradora permite um olhar complexo e ampliado sobre as práticas de saúde, sendo o cuidado um ato implícito na atenção à saúde.

Slomp Júnior, Franco e Merhy (2022) discutem que quando se fala em saúde, o cuidado se relaciona com três grupos de sentidos diferentes, podendo ser o cuidado como significado toda e qualquer prática de saúde; o cuidado em saúde como uma clínica integral e emancipatória; e o cuidado em saúde como uma micropolítica no encontro intercessor.

Para o cuidado em saúde, essa visão mais ampla se faz necessária, pois não se pode somente atribuir um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o tratamento e cura de uma enfermidade. Ayres (2009) trata essa questão como um constructo filosófico, no qual o cuidado envolve:

Uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2009, p. 42).

O mesmo autor ainda traz à tona a discussão sobre a crise do entendimento desse cuidado dentro da área da saúde, no qual citando a área médica, reflete que essa atenção à saúde tem passado por uma crise de confiança diante do exorbitante progresso tecnológico da medicina e sua progressiva incapacidade de estar cuidando de corpos e necessidades. É evidente que os avanços tecnológicos trouxeram e ainda trazem benefícios à saúde da população, mas não se pode negar que, apesar de ocupar lugar importante, as tecnologias e seus procedimentos avançados sozinhos não elucidam todas as verdades, levando em consideração os seus limites para lidar com questões multidimensionais e complexas que envolvem a saúde.

Se utilizar das práticas de saúde através de atos prescritivos e protocolos definidos, muito baseados na clínica e na epidemiologia, produzem projetos terapêuticos que medicalizam e normatizam as vidas, limitando os atos de cuidado presentes nos encontros, trocas e no trabalho vivo em ato, que se apresentam nas multiplicidades existenciais nas vidas e territórios (MERHY *et al.*, 2019).

Quando pensamos em necessidades em saúde, o cuidado se permeia frente às vulnerabilidades do indivíduo, que momentaneamente podem estar em risco frente a sua autonomia humana. E diante de possibilidades de desenvolvimento de doenças, agravos ou danos, faz-se necessário compreender a essência do cuidado nessa presença vulnerável. E entendendo o campo da saúde como trabalho vivo, deve-se produzir práticas de cuidado envolvendo os instrumentos (tecnologias duras), o saber técnico (tecnologias leve-duras) e as relações entre sujeitos (tecnologias leves), aplicando esse cuidado considerando as singularidades do indivíduo (CESTARI *et al.*, 2017).

Ayres (2009) reflete sobre a visão da assistência à saúde como um mix de ciência e arte, sendo essa última uma dimensão supostamente esquecida ao longo dos anos e avanços da modernidade, resultando em “muita tecnociência porque pouca arte, ou pouca arte porque muita tecnociência” (p. 58).

Frente a essa polaridade, esse trecho elucida algumas questões trazidas pelo autor:

Dito de outra forma, é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam. Narcísica, a Medicina tecno-científica encantou-se consigo mesma. [...] O conflito entre esses dois polos não passa, portanto, de um artifício de imagem: o que parece uma negação de um ao outro não é mais que a busca do melhor ângulo para o mesmo reflexo. [...] Arte e ciência oferecem uma à outra um enorme poder e, nesse encantamento mútuo, deixaram muitas vezes de se perguntar: poder de quem, poder porque, poder para quê? (AYRES, 2009, p. 59-60).

Esses apontamentos nos trazem reflexões sobre o cuidado e sua potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e de vida, fugindo da objetificação das práticas e corpos, utilizando das interações terapêuticas como espaços de subjetividades, diálogo e trocas diante dos sujeitos (AYRES, 2009). Há uma necessidade de revalorizar outros tipos de saberes nessa interação com o outro, como os populares, valores pessoais, sociais, espirituais, utilizando essa sabedoria prática do cuidado assistencial, que mesmo apoiados pela tecnologia, não se deixam resumir a ela a ação em saúde.

Corroborando com essas reflexões, Merhy e Ceccim (2009) defendem que essa prestação do cuidado se dá na produção política dos seres, e não apenas nos registros de assistências. A orientação do cuidado centrada na atenção à saúde no usuário não se relaciona a fatores externos ao encontro, como as rotinas, protocolos e técnicas, mas sim na centralidade do próprio encontro, implicando na constitutividade de relações de alteridade. Assim, “o cotidiano do cuidado passa a ser visto como um campo particular de produção da saúde e não como um campo particular da prestação da assistência” (MERHY; CECCIM, 2009, p. 5).

Quando se verifica essas relações com pouca escuta e sensibilidade referente às demandas de vida trazidas pelos usuários, percebe-se uma diminuição da porosidade do próprio encontro, no qual esses sujeitos não encontram espaço para partilhar desejos e questões que não sejam consideradas como prioridade na clínica e nos *modus operandi* dos serviços (MERHY *et al.*, 2019). Pensar em cuidado nas práticas de saúde implica na oferta de atenção, bem-estar, segurança e conforto ao paciente. Relaciona-se com a escuta qualificada e acolhimento

humanizado, estabelecido através de uma relação entre profissional e usuário que respeite as subjetividades (DIAS; FRICHE; LEMOS, 2019).

Há a necessidade de resgatar o cuidado na relação profissional-paciente, no qual o cuidar de si não deve ser esquecido ou subestimado, mas compreendido e considerado através dessas trocas na singularidade do outro (CESTARI *et al.*, 2017). E diante dessa crise no modo de fazer saúde, o cuidado precisa estar de volta na centralidade das práticas, reiterando a necessidade de reaver essa relação profícua, acolhedora e de respeito nas ações de saúde, que oriente a gestão dos serviços, a formação e construção ética dos profissionais, resultando em uma transformação nas ações assistenciais propriamente ditas.

E para, além disso, deve-se refletir que relação de cuidado exercida pelo profissional envolve diversos outros atores, sua dinâmica de relações sociais e as redes de atenção. Considera-se assim uma miríade de relações, no qual existe um indivíduo que está envolto por questões pessoais, conflitos familiares, rivalidades, e um profissional de saúde que também se apresenta sob uma complexa rede de relações, inclusive intra e interprofissionais (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2019).

Esse cuidado contextualizado, que reconhece a produção de cada existência de vida singular e em cada território, favorece a produção de melhores modos de conviver e de dialogar com a diversidade, permitindo ampliar as potências das vidas. É uma construção ativa, operando a saúde de modo ampliado, em oposição ao modelo hegemônico, produzindo arranjos e manejos terapêuticos em favor da vida (MERHY *et al.*, 2019).

Sem estabelecer ordem de hierarquia ou prioridades, Ayres (2009) elenca algumas motivações para essa reconstrução do cuidado nas práticas de saúde: Voltar-se a presença do outro, estreitando as relações terapêuticas e de troca ativa entre os indivíduos, e superando a perspectiva individualista e cientificista no ato de cuidar, no qual se ampliam e utilizam outros espectros de saberes nas práticas de saúde; Otimizar a relação, no qual a utilização de tecnologias leves (interações intersubjetivas nos atos de cuidado em saúde) fortalece a dimensão comunicacional e uma ausculta sensível (como no acolhimento) e aumenta o vínculo e responsabilização do cuidado; e Enriquecer horizontes, em que se ampliam a racionalidade biomédica com outros espectros e saberes, fomentando a efetivação das práticas com a interdisciplinaridade e intersetorialidade, como também a

abertura de novos espaços assistenciais que favoreçam a efetivação de outras racionalidades terapêuticas, como a expressão artística e linguagens corporais.

É preciso, pois, resgatar o cuidado como uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial, implicando em mudanças significativas no ideário do campo político da saúde com discussões e proposições que permitam reconstruir as suas práticas para que possamos cada vez mais chamá-las de cuidado.

2.2 O CUIDADO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Diante das questões multidimensionais e complexas que envolvem a prestação do cuidado em saúde para com os indivíduos, limitar a atuação em um único profissional / profissão não permite as condições para a efetivação de uma prática de cuidado mais integral e eficaz diante das necessidades dos sujeitos.

Visando atender as demandas assistenciais dos indivíduos, a atuação multiprofissional em saúde se configura como uma rede potente de produção de cuidado que se utiliza de um trabalho coletivo com a interação de agentes de diversas áreas profissionais. Essa junção de saberes, tecnologias e subjetividades do cuidado visa atender as reais necessidades dos sujeitos e comunidade, constituindo assim práticas mais integrais de cuidado em saúde (SANTOS *et al.*, 2016).

Essa visão de cuidado multiprofissional amplia a racionalidade biomédica com outros espectros de saberes, práticas e terapêuticas, que mediante uma atuação multidisciplinar, efetiva a introdução de campos assistenciais que fortalecem as práticas de saúde. Considera-se assim uma oferta de práticas assistenciais mais holísticas, indo de encontro à própria definição do que é saúde, que, para além dos aspectos fisiológicos dos sujeitos, requer também a apreensão dos múltiplos determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais que afetam a vida dos indivíduos.

Assim, diante da concepção e necessidades de saúde, o foco de atuação profissional frente ao processo saúde-doença deixa de ser centralizado no indivíduo, reconhecendo esse sujeito dentro da sua inserção familiar, histórica, social, cultural e econômica, requerendo do profissional o desenvolvimento de práticas

interdisciplinares e articuladas no seu processo de trabalho, vindo a romper com o modelo biomédico e hospitalocêntrico tão hegemônico nas práticas de saúde (CINTRA *et al.*, 2019).

Dentre os níveis de atenção no sistema de saúde brasileiro, a AB é o lócus onde a integração multiprofissional é essencial para operar o processo de trabalho em saúde. Essa efetiva organização permite uma maior integralidade das ações e resolução dos problemas de saúde, melhorando assim o cuidado com os usuários e comunidade. A integração de diferentes saberes envolve a discussão dos casos e condutas, construindo assim um trabalho conjunto que se estende para além da junção de diferentes conhecimentos técnicos (CINTRA *et al.*, 2019; PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Diante disso, Cintra e colaboradores (2019) fazem uma ponderação apontando que essa composição multiprofissional nem sempre é sinônimo de uma prática interdisciplinar e com integralidade. Há de se considerar o modo de funcionamento do grupo e de que maneira se articulam esses diferentes saberes, de forma a facilitar (ou dificultar) essa atuação diante dos casos e seus múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença.

Assim, é importante frisar que apenas incluir novas especialidades na AB não assegura a qualificação do cuidado, pois pode se resumir a uma mera aglutinação de práticas desarticuladas de diferentes especialidades. Essa interação entre profissionais e núcleos de saber deve ser realizada a partir de novas formas de organização do trabalho, mecanismos de cogestão, comunicação e integração, com o intuito de reorientar e qualificar os modelos de atenção (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018).

Soratto e colaboradores (2015) elucidam ainda mais sobre essas questões do trabalho em equipe na ESF, apontando para uma possível dicotomia nas práticas multidisciplinares: a primeira que considera a junção do trabalho fragmentado de cada profissional, no qual esses atores desenvolvem suas atividades com relativa independência e pouca interação; e a segunda que se relaciona a intersecção desses saberes e condutas, o que compactua com a integralidade das ações em saúde. É através dessa atuação integrada com cooperação, colaboração, com integração de saberes, práticas e necessidades que se criam forças coletivas de transformação das práticas fragmentadas, individualizadas e antagônicas, sendo

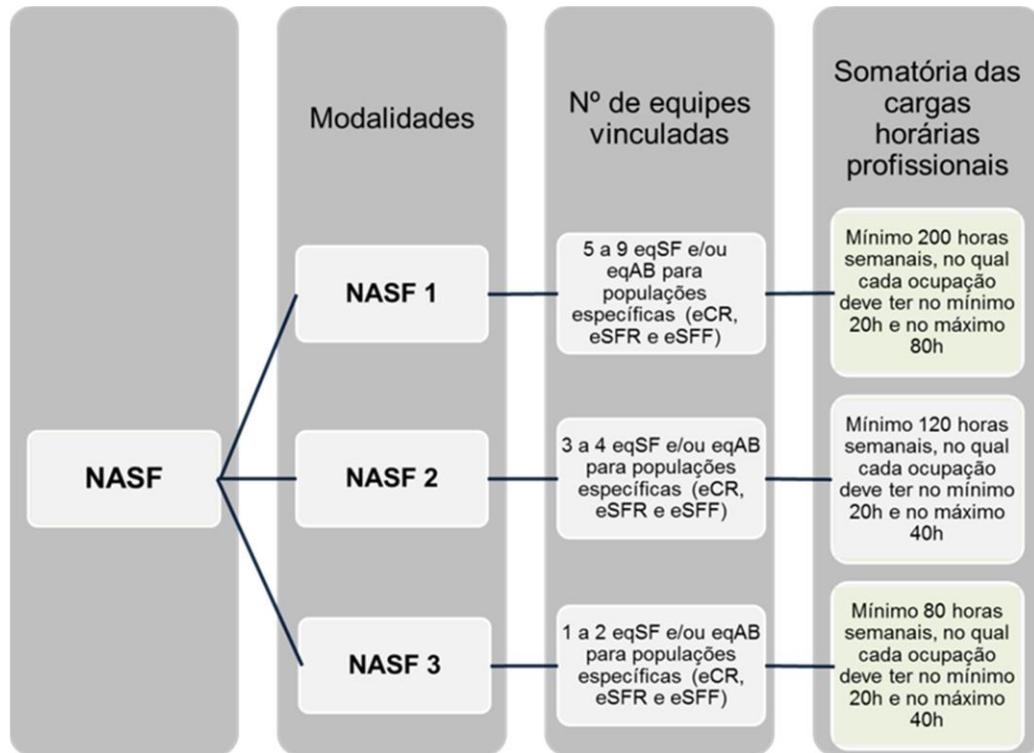
esses promovedores de uma saúde mais integral e resolutiva (CINTRA *et al.*, 2019; SORATTO *et al.*, 2015).

Na AB, além da equipe multiprofissional que compõe a ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde - ACS, podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal), há também uma equipe que presta apoio matricial a essa equipe de referência: o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O NASF surge em 2008 como uma estratégia para aprimorar o complexo trabalho envolvido na ESF, ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2014; 2017).

Em relação a composição da equipe multidisciplinar do NASF, essa pode ser composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, dentre eles: assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico ginecologista/obstetra, médico acupunturista, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária. A sua composição é planejada a partir das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2017).

A equipe NASF se dividia em modalidades – 1, 2 e 3 –, dependendo da carga horária e quantidade de eqSF e eqAB ao qual estivessem vinculados (BRASIL, 2014). As modalidades e conformação das equipes estão detalhadas na Figura 1.

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



Fonte: GOMES, 2018.

Legenda: NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; eqSF: Equipe de Saúde da Família; eqAB: Equipe de Atenção Básica; eCR – Equipe Consultório na Rua; eSFR – Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF – Equipe Saúde da Família Fluvial.

O apoio dado pelo NASF a essas equipes no território é realizado através de uma tecnologia de gestão denominada apoio matricial, complementando o processo de trabalho das equipes de referência (no caso, as eqAB e eqSF). Esse apoio matricial se dá através de uma retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência, se responsabilizando conjuntamente com a atenção aos problemas de saúde do território, atuando de maneira personalizada e interativa. Nesse sentido, o apoio matricial do NASF deve se dar a partir das necessidades e limites dessas equipes, contribuindo para um aumento da capacidade de cuidado e efetividade das ações na AB (LUCENA, 2019; ZANONI *et al.*, 2020).

O apoio matricial perpassa pela integração e articulação entre os apoiadores e as equipes de referência, personalizando e democratizando as relações interprofissionais no cuidado em saúde. Essa metodologia de trabalho favorece a integração dialógica entre as distintas profissões da saúde e permite a responsabilização clínica e sanitária no trabalho nos territórios, ampliando as

possibilidades terapêuticas e oportunizando o cuidado integral (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018).

Através do apoio matricial e responsabilização compartilhada, o NASF propicia o aprimoramento do processo de trabalho na AB, possibilitando o aumento da capacidade de análise e intervenção frente às necessidades de saúde. Para isso, conta com a utilização de algumas ferramentas tecnológicas, como a Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2014).

O NASF se estrutura desde sua implantação através de um arcabouço legal e normativo, com a publicação de portarias e materiais instrutivos, visando a sua definição e organização do processo de trabalho (Figura 2).

Figura 2 - Documentos normativos que orientam a organização e a estruturação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Documentos normativos	Conteúdo
Portaria MS/GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
Caderno de Atenção Básica nº 27. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2010)	Apresentação das diretrizes e processo de trabalho pelo NASF
Oficina de qualificação do NASF (2010)	Discussão sobre a qualificação da atuação das equipes NASF em relação à redução da mortalidade infantil
Portaria MS/GM nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012	Redefine os parâmetros de vinculação dos NASF Modalidades 1 e 2 às eqSF e/ou eqAB para populações específicas e cria a Modalidade NASF 3
Portaria MS/GM nº 256, de 11 de março de 2013	Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos NASF no SCNES
Portaria MS/GM nº 548, de 04 de abril de 2013	Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os NASF modalidade 1, 2 e 3
Caderno de Atenção Básica nº 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano (2014)	Material que visa apoiar e ofertar ferramentas para a implantação e qualificação do processo de trabalho do NASF
Instrumento de autoavaliação para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. AMAQ NASF (2015)	Material de apoio para a autoavaliação das equipes NASF
Portaria MS/GM 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

Fonte: Adaptado de Gomes (2018).

Legenda: NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; eqSF: Equipe de Saúde da Família; eqAB: Equipe de Atenção Básica; SCNES: Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde; AMAQ NASF – Autoavaliação para os Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

Destaca-se que em 2017 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revisada e o NASF recebeu uma nova nomenclatura: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017). Essa mudança fez com que essa equipe prestasse apoio para além da Equipe de Saúde da Família (eqSF), incluindo agora outras equipes da AB (eqAB) presentes em Unidades Básicas Tradicionais (UBS).

Cabe abrir um parêntese aqui para destacar sobre essa atualização da PNAB. Melo e colaboradores (2018) fizeram uma reflexão crítica em relação a essas mudanças na PNAB, considerando o contexto de desmontes, retrocessos e desafios na AB. Em relação ao NASF, a nova PNAB não trouxe mudanças quanto à carga horária da equipe e nem as categorias profissionais. Entretanto, a nova nomenclatura parece anunciar outra forma de atuação do NASF, perdendo a função de apoio dentro da sua lógica matricial. Além disso, as equipes passaram a cobrir também as UBS, aumentando a demanda sobre as equipes e forma de atuação, podendo gerar uma maior dificuldade de operar na lógica do apoio matricial com este tipo de serviço.

Vale ressaltar também que ao longo de todos esses anos de existência, o NASF passou por diversas reformulações, inclusive com mudanças na nomenclatura. Como dito, houve a mudança de nomenclatura a partir da nova PNAB de 2017, que renomeou a equipe como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017). Outra portaria, nº 99 de 5 de fevereiro de 2020, que redefine o registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os denominou como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) (BRASIL, 2020).

A mudança mais recente instituída foi a Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, que definiu e criou incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na AB. Nessa normativa ficou definido que as equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da AB, que nestas se incluem o NASF, serão agora denominadas como eMulti (BRASIL, 2023).

Apesar de nesta portaria ter havido uma mudança mais significativa em relação ao nome da equipe, o processo de trabalho do NASF permaneceu com

diversas ações que os mesmos já realizavam, como os atendimentos individuais, em grupo e domiciliares, as atividades coletivas, apoio matricial, discussões de casos, a oferta ações de saúde à distância, atendimento compartilhado, construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território, práticas intersetoriais (BRASIL, 2023).

A eMulti ficará vinculada a uma ou mais das seguintes tipologias de equipes ou serviços: equipe de Saúde da Família (eqSF); equipe de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR; equipe de Consultório na Rua - eCR; equipe de Atenção Primária - eAP; ou equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial - UBSF. Já em relação à modalidade das equipes, as eMulti são classificadas em três conformações de acordo com a carga horária de equipe, vinculação e composição profissional, conforme quadro a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 - Modalidades das eMulti de acordo com a carga horária da equipe, vinculação e composição profissional.

eMulti Ampliada	Ser vinculada a no mínimo 10 e no máximo 12 equipes, no mesmo município ou em um conjunto de municípios
	Cumprir a carga horária mínima de 300 horas semanais por equipe
	Não compor a carga horária de equipe com mais de 120 horas da mesma categoria profissional ou especialidade
eMulti Complementar	Ser vinculada a no mínimo 5 e no máximo 9 equipes
	Cumprir a carga horária mínima de 200 horas semanais por equipe
	Não compor a carga horária de equipe com mais de 80 horas da mesma categoria profissional ou especialidade
eMulti Estratégica	Ser vinculada a no mínimo 1 e no máximo 4 equipes
	Cumprir a carga horária mínima de 100 horas semanais por equipe
	Não compor a carga horária de equipe com mais de 40 horas da mesma categoria profissional ou especialidade

Fonte: A autora. Baseado na Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023 (BRASIL, 2023).

Como é muito recente, essa nova conformação para o NASF ainda não teve sua real aplicabilidade dentro de alguns municípios porque há um processo de cadastro, credenciamento, pactuações em colegiados gestores e por fim uma futura homologação pelo Ministério da Saúde (MS) para que de fato sejam instituídas nos municípios. Também não foram encontradas ainda produções acadêmicas que relatem a implantação dessas equipes e suas repercussões para a AB e usuários.

Diante dessas tantas mudanças de nomenclatura e indefinição conceitual, inclusive bem recentes, nesta tese será adotada a denominação NASF para se

retratar sobre essas equipes multiprofissionais, considerando que esse termo é amplamente conhecido e utilizado no cotidiano dos serviços de saúde e em produções acadêmicas.

2.3 A QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

Ofertar ações, serviços e programas com garantia de qualidade tem se tornado primordial na área de saúde principalmente a partir da década de 1980, inclusive sendo um ponto de debate prioritário pela Organização Mundial da Saúde (OMS), organizações internacionais e governos nacionais. Progressivamente a qualidade foi sendo considerada como componente estratégico pelos países, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado (SERAPIONI, 2009; VUORI, 1982; WHO, 1989).

Várias foram as razões que contribuíram para a implementação de estratégias de garantia da qualidade nos sistemas de saúde, dentre elas a ineficiência e custos excessivos, acesso desigual aos serviços de saúde, inadequada segurança dos sistemas de saúde e a insatisfação dos usuários (SHAW; KALO, 2002). E para uma gestão adequada dos recursos e estruturação organizacional nos serviços de saúde, torna-se pertinente discutir a qualidade do sistema de saúde para promoção de melhores resultados (DUTRA; GOMES, 2020).

Discorrendo brevemente sobre o ponto de vista histórico, Serapioni (2009) traz que inicialmente o tema da qualidade dos cuidados em saúde interessava somente a pequenos grupos de médicos que visavam a garantia da qualidade pela prática profissional, verificando as formas de redução da variabilidade dos resultados terapêuticos. Posteriormente, principalmente a partir dos estudos de Donabedian (1989) que desenvolveu sobre a temática de maneira conceitual e metodológica, outros pontos entraram na discussão sobre a qualidade, como sua dimensão técnico-científica e gerencial. Por último e não menos importante, diante das diversas reflexões e abordagens orientadas para a humanização da atenção e valorização das relações entre profissionais e pacientes, os usuários foram vistos como importantes na avaliação e satisfação da qualidade dos serviços oferecidos.

Contudo, há de se discutir algumas questões sobre a qualidade nas ações em saúde. Uma delas é em relação à complexidade presente no termo qualidade

(SERAPIONI, 2013; UCHIMURA; BOSI, 2002). Seu conceito é complexo e polivalente, se apresentando sob diferentes compreensões e definições, e isso está relacionado a diversos fatores: a) a própria concepção de saúde é complexa, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais; b) há uma diversidade de atores que agem nos sistemas de saúde, necessitando na maioria das vezes de abordagens multiprofissionais e interdisciplinares; c) as ações de saúde não produzem bens, mas serviços que se relacionam a um trabalho imaterial; d) há intrinsecamente uma multidimensionalidade na definição de qualidade, abordando aspectos objetivos e subjetivos; e) a concepção de qualidade pode ser modificada de acordo com o contexto cultural, histórico, político, institucional e social.

Essa complexidade, que enriquece o seu conceito, torna também difícil sua interpretação. Em vista disso, alguns autores preferem não adotar interpretações restritivas, evidenciando assim uma série de dimensões da qualidade na saúde. Outros a fazem de maneira mais focalizada, fazendo referência a qualidade como eficácia técnica, ou relacionada aos custos, ou considerando somente a percepção dos pacientes. Serapioni (2009) afirma que “a qualidade em saúde não se relaciona, exclusivamente, com um ou outro dos aspectos mencionados, mas é o resultado de uma profícua integração e conexão entre eles” (p.71).

Outra discussão pertinente se diz respeito a duas dimensões da qualidade do cuidado: uma objetiva e outra subjetiva. A objetiva assume seus aspectos e características que podem ser mensuráveis, através de instrumentos, indicadores e tendências observáveis. Já a última, a subjetiva, trabalha com as singularidades presentes nos espaços de vivências da realidade social, sentimentos, crenças e hábitos. Para essas duas dimensões deve haver complementaridade, e não dicotomia, o que acabaria restringindo o próprio conceito e complexidade da qualidade (UCHIMURA; BOSI, 2002; VALENTE, 2019).

Donabedian (1989) um autor seminal no campo da qualidade em saúde, foi desenvolvendo várias discussões sobre os conceitos e dimensões da qualidade. Uma de suas contribuições no campo da qualidade foi sistematização da avaliação baseada em três aspectos, denominada tríade: estrutura, processo e resultado. A estrutura corresponde às condições estáveis da intervenção, como estrutura física, equipamentos e insumos, condições organizacionais, quantidade e qualificação dos profissionais e recursos financeiros. O processo é compreendido como as

atividades, bens e serviços produzidos, bem como a dinâmica estabelecida nas relações. Já o resultado é entendido como o final da assistência prestada e a mudança alcançada no estado de saúde dos indivíduos, bem como a satisfação alcançada (VALENTE, 2019).

Posteriormente, Donabedian (1990) considerou a qualidade em uma perspectiva mais ampla, englobando sete dimensões, denominando-a como 'pilares da qualidade' (Figura 3).

Figura 3 - Sete pilares da qualidade segundo Donabedian (1990).

Eficácia	•Capacidade para o cuidado, na melhor forma possível de contribuir para a melhoria das condições de saúde, considerando as condições mais favoráveis.
Efetividade	•O quanto melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas, ou seja, o efeito real obtido no contexto existente.
Eficiência	•Grau máximo de cuidado efetivo obtido nas condições de saúde ao menor custo possível.
Otimização	•Cuidado efetivo obtido através da relação custo e benefício mais favorável, ou seja, é o balanceamento mais vantajoso de custo e benefício.
Aceitabilidade	•Adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade, relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
Legitimidade	•Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
Equidade	•Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde, no qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição desse cuidado e de seus benefícios entre os membros da população.

Fonte: A autora.

Já John Øvretveit (1996) destaca que a avaliação da qualidade da atenção à saúde deve fundamentar-se em um enfoque multidimensional, envolvendo os diferentes atores (usuários, profissionais, gerentes e administradores). Assim, a avaliação da qualidade deve ser analisada na perspectiva desses atores sob três dimensões: qualidade avaliada pelo usuário (o que os usuários desejam do serviço); qualidade profissional (se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que prestam a atenção e se as técnicas e os procedimentos necessários utilizados são executados de forma apropriada); qualidade gerencial (perspectiva administrativa/gerencial quanto à qualidade no alcance de resultados satisfatórios em saúde e seu uso eficiente e produtivo) (SERAPIONI, 2009).

Apesar das várias dimensões, conceitos e complexidade em torno da qualidade, é possível ofertar o cuidado em saúde com garantia de qualidade nas ações e serviços de saúde, independentemente do nível de atenção prestado e tecnologias disponíveis. O cuidado ofertado ao usuário pelo profissional ou equipe não deve se limitar nos aparelhos ou estrutura disponível, mas sim, considerar o indivíduo como um todo, a sua história de vida e seu contexto social. Suas práticas devem se dar de maneira respeitosa, acolhedora, dispondo dos diversos saberes e terapêuticas necessárias para garantir, ao máximo, a integralidade do cuidado em saúde (DUTRA; GOMES, 2020; MERHY *et al.*, 2019).

A qualidade desse cuidado depende da junção de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que deve ser pensado, discutido e incorporado nas práticas profissionais e gestoras, visando se adequar da melhor maneira possível às necessidades de cada paciente (CESTARI *et al.*, 2017; GRABOIS, 2011). Assim, intervenções para a melhoria do cuidado são complexas, necessitando da presença desses múltiplos componentes agindo de forma independente ou interdependente (PORTELA *et al.*, 2016).

Há de se refletir também sobre os contextos micro e macropolíticos que o cuidado permeia, como questão da estruturação do sistema de saúde, acesso aos serviços de saúde, a estrutura e continuidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a formação dos profissionais, o engajamento e envolvimento sociedade, dentre tantos outros aspectos que interferem nas ações a serem desenvolvidas. A adoção e priorização de condutas para fomentar melhorias nas ações de saúde geram resultados positivos nos sistemas de saúde, e à medida que a sociedade é impactada com esses resultados, a qualidade dos serviços de saúde se torna mais evidente, refletindo diretamente na vida do indivíduo, na função social e no compromisso com a comunidade (DUTRA; GOMES, 2020).

Contribuindo nessa reflexão, Grabois (2011) discute sobre a pertinência da gestão do cuidado no desenvolvimento das ações, no qual afirma que para oferecer um cuidado com qualidade faz-se necessário combinar a intencionalidade de implantar um modelo de atenção voltado às necessidades dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis.

É possível utilizar metodologias para promover qualidade nos serviços de saúde através de modelos de gestão que, por meio da avaliação da adequação de processos internos, objetiva o aperfeiçoamento organizacional e, conseqüentemente, propicia conhecimento e uma visão global da instituição. Essa análise fornece um feedback importante para o aprimoramento constante, considerando os pontos fortes e as oportunidades para implantar novas práticas, promovendo assim um ciclo contínuo de melhorias nos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2020).

Considerar e avaliar esses diversos aspectos estruturais, políticos e organizacionais envolvendo gestão, profissionais e serviços de saúde, são importantes para verificar a qualidade das ações em saúde, já que essas diversas questões influenciam no desempenho das ações e serviços de saúde. Assim, avaliar o desempenho dos serviços de saúde oportuniza que os gestores e formuladores de políticas reorientem as práticas de saúde, organizando a sua implantação e consolidação para alcançar impactos positivos na saúde da população (DUTRA; GOMES, 2020).

Dentro dessa perspectiva, uma rede de pesquisadores vinculados a sete instituições de pesquisa no campo da saúde coletiva, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, criou o Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro - PRO-ADESS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003). O PROADESS, baseado em uma revisão os modelos de avaliação internacional voltada para melhoria do desempenho dos sistemas de saúde, principalmente do Canadá, Austrália e Reino Unido, propôs um modelo que, em linhas gerais, consideram os determinantes da saúde, condições de saúde da população, a estrutura e desempenho dos serviços de saúde, todos esses influenciados pelos contextos econômicos, políticos e sociais.

Na dimensão Desempenho dos Serviços de Saúde, o projeto elenca oito subdimensões para avaliação dos serviços de saúde:

- Efetividade: Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados;
- Acesso: Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo;
- Eficiência: Relação entre produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados;

- Respeito aos direitos das pessoas: capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade e estejam orientados às pessoas;
- Aceitabilidade: grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população;
- Continuidade: Capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção;
- Adequação: Grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente;
- Segurança: Capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

Uma subdimensão terá grande relevância nesta pesquisa, a continuidade, e esta será mais detalhada a seguir.

A continuidade dos cuidados em saúde está relacionada à implementação de diferentes tipos e formas de assistência prestadas ao indivíduo, por distintos atores e/ou serviços, de forma coerente, lógica e complementar, em um determinado tempo (MENDES *et al.*, 2017). Para Reid, Haggerty e McKendry (2002), a continuidade diz respeito à forma coerente e relacionada na qual o paciente experimenta o cuidado ao longo do tempo, sendo alcançado esse resultado mediante a um fluxo de informações adequado, de boas relações interpessoais e de um cuidado coordenado.

Mendes e colaboradores (2017) discutem que a continuidade dos cuidados se apresenta como uma importante estratégia a ser seguida pelos serviços e políticas de saúde, contribuindo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Dentre outros benefícios, há também a redução dos custos e uso indevido dos serviços de saúde, melhoria da relação profissional-paciente e uma maior integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas na oferta de cuidados em saúde.

Vários são os conceitos e dimensões da continuidade abordados na literatura. Diante dessa preocupação com a definição de continuidade do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde, Saultz (2003) realizou um estudo para investigar o tema utilizando como método a revisão sistemática. Mesmo destacando a falta de

consenso na definição do termo, o autor identificou múltiplas dimensões: informativa, cronológica ou longitudinal, interpessoal, geográfica, interdisciplinar e continuidade familiar. Contudo, embora tenha apontado essas seis dimensões, o autor conclui que essas podem ser englobadas em três: informacional, longitudinal e interpessoal (SAULTZ, 2003; CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

De forma ampla e detalhada, Reid, Haggerty e McKendry (2002) destacam três dimensões como os tipos de continuidade assistencial, tipificando e definindo como:

- Continuidade informacional, que remete a disponibilidade e o uso da informação sobre os cuidados providos ao paciente, contemplando a transferência de informação de um profissional/ serviço a outro e, ainda, o registro e o uso da informação por sucessivos profissionais/serviços;

-Continuidade relacional, se referindo a relação contínua entre os profissionais de saúde e os pacientes, contemplando a intensidade da relação paciente/profissional dada pelo nível de comunicação, confiança; e o conhecimento global do profissional sobre a história clínica do paciente, seu comportamento e atitudes.

-Continuidade gerencial, sendo a conexão e articulação entre os diferentes profissionais/serviços de saúde, considerando a forma, sequência e tempo adequado.

Para esse estudo em tela, consideramos essa definição e dimensões da continuidade trazida por Reid, Haggerty e McKendry (2002). A seguir será detalhada a subdivisão desses três tipos de continuidade e suas várias subdimensões (Figura 4).

Figura 4 - Tipos e subdimensões de continuidade assistencial segundo a classificação de Reid, Haggerty e McKendry (2002).



Fonte: A autora.

A continuidade informacional abrange duas subdimensões: a transferência da informação e o conhecimento acumulado por parte dos profissionais que estão envolvidos na atenção ao paciente. A primeira aborda sobre a transferência dessas informações, entre profissionais e/ou serviços de saúde, que são documentadas pelos profissionais que prestam o cuidado. A ponte entre essas informações e esses atores ao longo do tempo é considerada como pré-requisito importante para uma coordenação da atenção à saúde. A segunda se trata do conhecimento do profissional frente a aspectos mais subjetivos do paciente, como valores, preferências, contexto social, fatores estes que influenciam na adequação de planos de assistência ao paciente, além de estar relacionado a uma maior satisfação desses com o atendimento/acompanhamento na prestação do cuidado (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

A continuidade relacional tem duas subdimensões. Inclui primeiramente o vínculo entre o paciente e o profissional/ serviço de saúde, considerando que o estabelecimento de boas relações interpessoais durante a prestação da assistência beneficia na geração de confiança e no senso de afiliação entre os pacientes e seus profissionais. A depender do tempo, intensidade e qualidade dessa relação, essa pode resultar em melhorias nos cuidados ofertados, incluindo melhor reconhecimento de problemas, adesão ao tratamento, além de menor hospitalização. O outro aspecto considerado é a estabilidade e consistência dessa relação, que pode influenciar na responsabilidade e confiança entre o paciente e os profissionais de diferentes serviços. O que favorece nesse caso é ter um acompanhamento e plano de cuidado realizado pelos mesmos profissionais e/ou em

número reduzido, já que propicia maior relação de confiança e vínculo para o paciente (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Finalmente, a continuidade da gestão inclui duas subdimensões. A primeira é a consistência do cuidado, considerando a criação de planos de assistência ou protocolos durante o acompanhamento que fique explicitado os objetivos, abordagens de tratamento e linhas de responsabilidade, para serem seguidos por diferentes profissionais/serviços. Apesar dessa coordenação se relacionar mais especificamente à interação entre os profissionais/serviços e adequação deste plano de cuidados, essa conformação deve resultar no paciente sentindo a "continuidade de gerenciamento", percebendo que os cuidados recebidos por diferentes atores estão conectados de maneira coerente. A segunda subdimensão está relacionada à flexibilidade desses planos de cuidado, permitindo as mudanças necessárias de acordo com as circunstâncias e individualidade de cada paciente. Essa flexibilização deve ser intrínseca a qualquer estratégia de cuidados, principalmente aquelas que se estendem por um longo período de tempo (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Assim, a contemplação dessas diversas subdimensões nas práticas de cuidado em saúde tende a permitir com que sistema de saúde se organize e preste as ações de saúde de forma ininterrupta, integrada e coordenada entre diferentes níveis de atenção (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar a qualidade das ações desenvolvidas pelo NASF quanto à continuidade do cuidado em saúde.

3.2 ESPECÍFICOS

OE1. Caracterizar o trabalho do NASF em Recife;

OE2. Compreender a percepção sobre a qualidade das ações desenvolvidas pelo NASF;

OE3. Analisar a continuidade informacional e seus mecanismos de transferências desenvolvidos pelo NASF;

OE4. Analisar a continuidade relacional e a comunicação estabelecida pelo NASF;

OE5. Analisar a continuidade gerencial, conexão e articulação entre profissionais e serviços relacionados ao NASF.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, no qual a qualidade das ações do NASF foi investigada e analisada a partir da perspectiva da continuidade do cuidado. A pesquisa exploratória tem como objetivo investigar aspectos de uma situação não conhecida, proporcionando maior familiaridade com o problema. Ela permite explorar o objeto de estudo e assim torná-lo mais explícito (GIL, 2017).

A prioridade desta investigação recai sobre a abordagem qualitativa, permitindo o aprofundamento das questões subjetivas que se permeiam na prática profissional e que interferem, positiva ou negativamente, na continuidade do cuidado prestado ao usuário. Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa é capaz de incorporar significado e intencionalidade, considerando as relações, atos e estruturas sociais. Ela permite compreender a lógica interna de atores, grupos e instituições em aspectos relacionados a valores e representações culturais, relações entre indivíduos, movimentos sociais e instituições, e processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais.

O estudo reúne diferentes recursos e técnicas para a coleta para processamento e análise de dados. A utilização de diferentes técnicas e fontes de dados fortalece a validade da pesquisa, tornando-se uma estratégia que acrescenta rigor, fôlego, complexidade, riqueza e profundidade a qualquer investigação (FLICK, 2009).

Como desenho, foi utilizado o estudo de caso. Trata-se de uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências sociais, que permite o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos casos (GIL, 2017). Para Yin (2015), o estudo de caso permite realizar uma investigação empírica de um fenômeno juntamente com suas condições contextuais. Cabe destacar ainda que o estudo não pretende obter uma generalização dos achados, mas sim produzir conhecimento acerca do problema de investigação.

A definição da dimensão da qualidade a ser estudada foi baseada no Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro PROADESS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003), considerando a Continuidade

como a capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção.

Serão considerados os três tipos de continuidade assistencial definidos por Reid, Haggerty e McKendry (2002):

- Continuidade informacional: disponibilidade e o uso da informação sobre os cuidados providos ao paciente, contemplando a transferência de informação de um profissional/ serviço a outro e, ainda, o registro e o uso da informação por sucessivos profissionais/serviços;

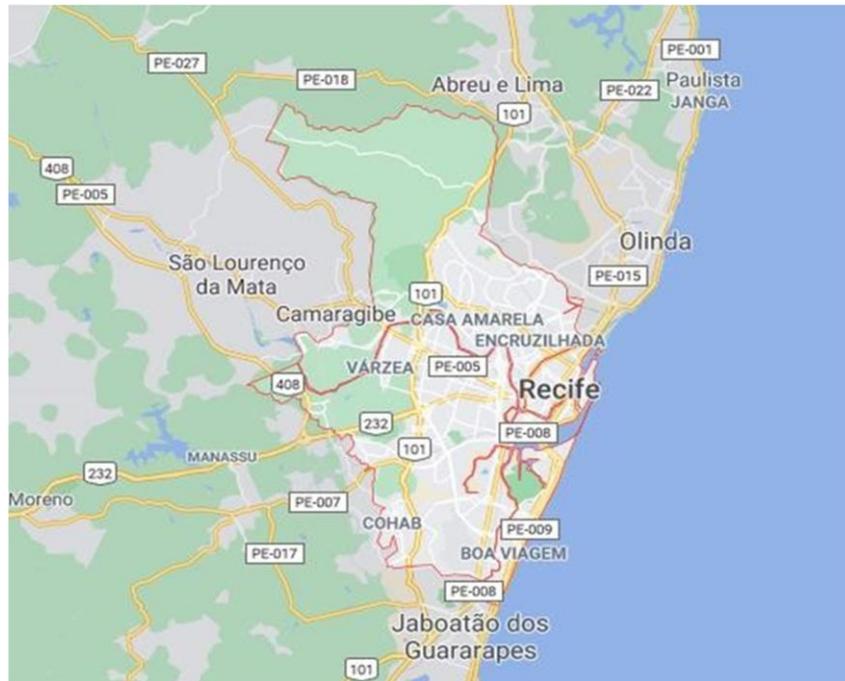
-Continuidade relacional: relação contínua entre os profissionais de saúde e os pacientes, contemplando a intensidade da relação paciente/profissional dada pelo nível de comunicação, confiança;

-Continuidade gerencial: conexão e articulação entre os diferentes profissionais/serviços de saúde, considerando a forma, sequência e tempo adequado.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Recife (Figura 5), capital do estado de Pernambuco. Recife tem uma área territorial de 218,435 km, que se limita às cidades de Olinda, Paulista, Jaboatão dos Guararapes, São Lourenço da Mata e Camaragibe.

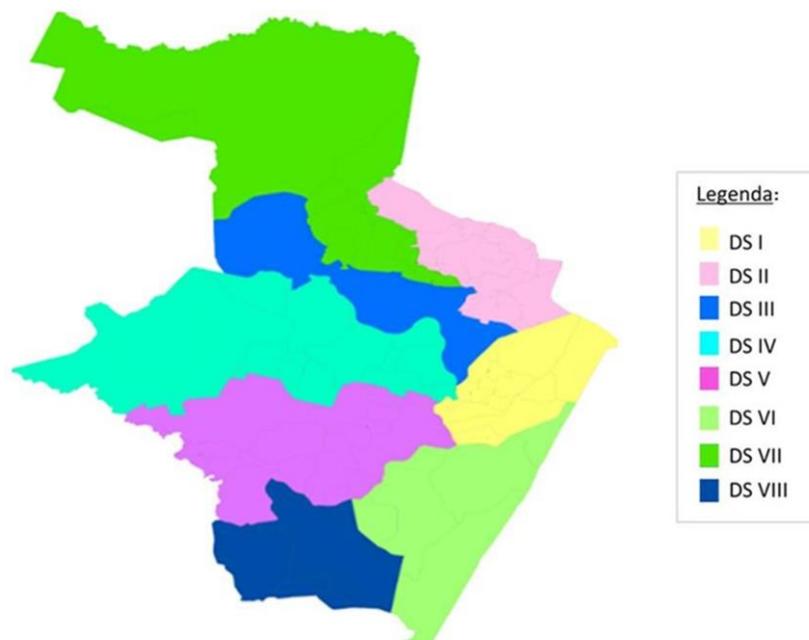
Figura 5 - Município do Recife.



Fonte: Google Maps.

O município está dividido em 94 bairros, que são agrupados em oito Regiões Político-Administrativas (RPA). Para a organização do setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS), totalizando oito DS (Figura 6).

Figura 6 - Divisão dos Distritos Sanitários em Recife-PE.



Fonte: Recife (2018).

O estudo foi desenvolvido no DS VI, que abrange os bairros de Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina. De acordo com a estimativa do Plano Municipal de Saúde do Recife (2022-2025), a população do DS VI é composta de 263.538 mil habitantes, correspondendo a 15,87% da população total do município (RECIFE, 2022).

O DS possui duas equipes NASF cobrindo o território de 17 eqSF. O DS VI foi escolhido por se tratar do DS em Recife que contém a totalidade de profissionais do NASF com vínculo estatutário, mediante concurso público. Esse fator foi levado em consideração na escolha do local do estudo porque o vínculo público dos integrantes da equipe garantia uma provável estabilidade e manutenção dessa equipe pela gestão municipal durante a fase de coleta de dados, que ocorreu em 2021. Essa preocupação se deu em virtude de um possível desmonte das equipes NASF pela falta de financiamento específico para as equipes pelo MS na época.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa requer que as informações sejam coletadas a partir dos sujeitos que podem contribuir com os achados do estudo. A depender do objetivo do estudo, esses sujeitos, também chamados de informantes chaves ou *stakeholders*, serão definidos e convidados a contribuir com sua opinião e percepção sobre o objeto de análise.

Assim, para esse estudo sobre a qualidade das ações do NASF, participaram gestores e profissionais do NASF. Os gestores elencados foram os que dentro da Secretaria de Saúde do Recife ocupavam os cargos da Gerência Geral da Atenção Básica, da Coordenação do NASF - nível Central e da Coordenação do NASF - nível Distrital. Quanto aos profissionais do NASF, participaram os profissionais do NASF das duas equipes NASF do DS VI.

Ressalta-se que inicialmente estava previsto também a participação de usuários atendidos pelo NASF, contudo, por conta da pandemia, a Secretaria de Saúde do Recife liberou a anuência da pesquisa desde que a coleta de dados fosse realizada somente de forma virtual (remota). Esse fator fez com que o estudo tivesse que ser repensado, pois inicialmente outro ator chave tinha sido considerado para o estudo: os usuários atendidos pelos profissionais do NASF.

Apesar das diversas tentativas de contato com os usuários, não foi possível incluir esses atores no estudo devido a dificuldades nessa participação de forma remota, considerando que eles teriam que ter acesso a internet de qualidade para garantir uma conexão estável dentro de uma plataforma virtual pelo tempo necessário.

Diante disso, participaram do estudo seis profissionais do NASF e três gestores, totalizando nove participantes. Ao chegar nesse número atingimos o critério de saturação, no qual houve um quantitativo suficiente de informações para responder aos objetivos da pesquisa, verificando que mais informações não iriam acrescentar aos achados. Para Minayo (2014), é nesse momento que o pesquisador detém o material necessário que permite o entendimento das homogeneidades e diversidades no processo de aprofundamento e compreensão do estudo.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA

A metodologia qualitativa, dentro das ciências sociais, parte de um método investigativo sobre um nível de realidade, compreendendo processos que não podem ser quantificados. Esse campo trabalha com significados e motivações, que correspondem a um espaço mais profundo das relações, utilizando teorias e instrumentos capazes de captar a subjetividade das ações e relações humanas (MINAYO, 2014).

Nesse método, parte-se da interpretação e compreensão de uma determinada realidade social, gerando significados a partir das informações fornecidas pela própria fala dos entrevistados. Oferece-se assim, diferentes perspectivas sobre um tema e aprofunda-se em aspectos mais subjetivos do fenômeno (PARANHOS *et al.*, 2016).

O estudo em tela se utilizou exclusivamente da abordagem com cunho qualitativo por verificar que a mesma permitiria um aprofundamento maior e melhor alcançaria os significados, nuances e particularidades frente aos aspectos da qualidade do NASF almejadas nos objetivos do estudo. Assim, fundamentado na utilização da abordagem qualitativa, a coleta de dados desse estudo foi realizada através de técnica de entrevistas em profundidade e análise documental.

A entrevista é uma conversa individual realizada por iniciativa do entrevistador com vistas a construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa (MINAYO, 2014). Por haver uma interação pesquisador-sujeito, se cria uma relação recíproca entre os indivíduos e que permite a captação imediata das informações. O registro das informações provenientes das entrevistas pode ser feito no próprio roteiro de entrevista ou questionários, bloco de anotações e/ou as mesmas podem ser gravadas para serem posteriormente transcritas, ficando a critério do pesquisador, método e objeto de estudo (ANA; LEMOS, 2018).

A utilização de análise documental vem crescer aos achados, já que os documentos são considerados como valiosas fontes de informações, permitindo que o pesquisador se vá para além das perspectivas dos respondentes do campo (FLICK, 2009). Os documentos são considerados uma fonte estável e rica de informações, podendo o pesquisador extrair evidências que fundamentam os questionamentos e objeto de interesse do estudo, dando maior estabilidade aos resultados (ANA; LEMOS, 2018).

A construção e utilização das técnicas para cada objetivo específico do estudo será descrita no item “Coleta e análise de dados”.

4.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Para melhor detalhamento, serão explicitadas adiante a técnica, sujeitos e formas de análise a partir de cada objetivo específico do estudo.

Para atingir o objetivo específico 1, que caracteriza o NASF de Recife, foi realizada uma análise documental dos documentos normativos de Recife que dispõem sobre como está estruturado o NASF e sua proposta de trabalho no apoio matricial às equipes da ESF. Os documentos analisados foram o Memorial NASF-Recife, Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (RECIFE, 2018) e 2022-2025 (RECIFE, 2022) e relatórios internos. Desses, somente os Planos Municipais são de acesso aberto ao público no site da Prefeitura do Recife.

A análise documental baseou-se em uma análise descritiva para retratar e descrever sobre como está preconizado o trabalho do NASF em Recife no apoio as eqSF e a atuação da gestão do NASF na organização do seu processo de trabalho.

Também foram explorados dados secundários pelo e-SUS do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) para verificar a produção do NASF nos últimos quatro anos.

O objetivo específico 2, que visou compreender a percepção que os profissionais e gestores têm sobre a qualidade das ações ofertadas pelo NASF, foram realizadas entrevistas em profundidade com esses dois sujeitos. Verificou-se quais aspectos os gestores apontam como atributos da qualidade das ações ofertadas pelos profissionais do NASF, e as características presentes nos profissionais e serviços que favorecem a realização de ações em saúde com qualidade.

Para os profissionais do NASF, foi verificada a percepção deles sobre o que é necessário para ofertar ações com qualidade para os usuários, e o que estes na sua prática profissional fazem, diante dos seus limites e recursos, para atingir um melhor nível de qualidade nas atividades desenvolvidas com os usuários.

As entrevistas em profundidade foram realizadas através de roteiro semiestruturado (Apêndice A), com conteúdos distintos para gestores e profissionais do NASF, que foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Além da análise particular de ambas as percepções, foi realizada uma análise cruzada e comparada dessas opiniões, com objetivo de identificar as áreas de priorização, consenso e as distâncias entre essas duas perspectivas de análise sobre o que determina a qualidade das ações em saúde ofertadas.

O objetivo específico 3 teve como proposta analisar a continuidade informacional e seus mecanismos de transferências desenvolvidos pelo NASF. Para captar tais informações, foi considerada a disponibilidade e o uso da informação sobre os cuidados providos ao usuário, contemplando a transferência de informação de um profissional/ serviço a outro e, ainda, ao registro e ao uso da informação por sucessivos profissionais/serviços.

Já o objetivo específico 4, que analisou a continuidade relacional e a comunicação estabelecida pelo NASF, verificou-se como se dava a relação entre os profissionais do NASF e os usuários, investigando a intensidade da relação paciente/profissional dada pelo nível de comunicação, confiança, vínculo e estratégias utilizadas na comunicação.

Para ambos os objetivos, 3 e 4, as informações foram coletadas com os profissionais do NASF através de entrevistas em profundidade por meio de roteiro semiestruturado (Apêndice B).

Por fim, no objetivo específico 5, visando analisar a continuidade gerencial, buscou-se analisar a conexão e articulação entre profissionais NASF, gestores e serviços para garantia da continuidade do cuidado à saúde ofertado. Essas informações foram captadas através de entrevista com gestores e profissionais do NASF (roteiro de entrevista no Apêndice C).

As entrevistas realizadas com os gestores e profissionais do NASF duraram uma média de 70 minutos. Quanto à análise das entrevistas, estas foram submetidas à análise de conteúdo categorial temática proposta por Bardin (2011), que consiste em identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação e classificá-los em categorias temáticas. Esse tipo de técnica requer a aplicação de procedimentos técnicos sistemáticos e precisos, garantindo a não influência de valores e representações do investigador.

Para realizar a análise categorial foram seguidas algumas etapas. A primeira fase, de pré-análise, consiste na organização dos dados, sistematizando as ideias e hipóteses para montagem do esquema que subsidiará o plano de análise. Realizou-se a leitura flutuante de todas as entrevistas, tomando conhecimento do corpus do texto. Na segunda fase houve a exploração do material de forma sistemática, procedendo de maneira manual à codificação dos resultados. E por fim houve o tratamento e interpretação do material, codificando-os, possibilitando assim a proposição de inferências pertinentes sobre o material (BARDIN, 2011).

A categorização foi realizada a partir de quatro temas pré-estabelecidos: Percepção da qualidade das ações do NASF; Continuidade informacional; Práticas relacionais e seus mecanismos de comunicação; Gestão, conexão e articulação entre profissionais e serviços. A partir da análise dos resultados pelos temas, surgiram as categorias emergentes, que serão apresentadas nos resultados.

Os instrumentos do estudo foram construídos pela própria pesquisadora e foram realizados testes pilotos visando observar se todas as perguntas foram respondidas adequadamente e se havia algum tipo de dificuldade de entendimento das questões, entre outros.

A realização das entrevistas foi realizada por vídeo chamada pela plataforma Google Meet, pela conta pessoal da própria pesquisadora. Foi assegurado que o

uso da imagem e do material gravado foi utilizado estritamente com o intuito de transcrever as informações prestadas durante a entrevista, e que, sob qualquer hipótese, o material seria utilizado com outro fim.

Para subsidiar a elaboração dos instrumentos e análise dos dados do estudo, uma matriz metodológica de análise encontra-se explicitada no Quadro 2.

Quadro 2 - Matriz metodológica do estudo.

Dimensões do estudo	Subdimensões	Descrição	Descritores	Instrumentos e público alvo	
Caracterização do NASF	Caracterização do trabalho do NASF	Descrição do trabalho do NASF na AB	Caracterizar o trabalho do NASF	Análise documental	
Percepção sobre a qualidade das ações	Percepção dos profissionais do NASF	Compreensão quanto à qualidade do trabalho do NASF e as necessidades para o desenvolvimento de ações com mais qualidade	Compreender a percepção dos profissionais do NASF quanto à qualidade do seu trabalho e o que fazem para desenvolver ações com mais qualidade	Entrevista com profissionais do NASF	
	Percepção dos gestores		Compreender a percepção gestor sobre a qualidade do trabalho do NASF	Entrevista com gestores	
	Responsabilidade para implantar ações com qualidade	Responsabilidade pela implantação de ações com mais qualidade	Verificar de quem são as responsabilidades para implantar ações com mais qualidade pelo NASF	Entrevista com profissionais do NASF e gestores	
	Priorização e ordenação de atributos da qualidade	Verificação da importância e ordem de priorização que os profissionais do NASF e gestores destacam como essenciais para garantia a realização de ações em saúde com qualidade	Analisar comparativamente a priorização e ordenamento de atributos da qualidade apontados pelos profissionais do NASF e gestores		
Continuidade	Continuidade informacional	Disponibilidade e o uso da informação sobre os cuidados providos ao usuário, contemplando a transferência de informação, formas de registro e uso da informação por sucessivos profissionais /serviços.	Verificar os espaços formais e informais para a transferência de informações	Entrevista com profissionais do NASF	
			Verificar os mecanismos e formas de registro das informações pelos profissionais do NASF		
			Verificar os mecanismos e instrumentos utilizados para a continuidade informacional		
	Continuidade relacional	Relação contínua entre os profissionais de saúde e os pacientes, contemplando a intensidade da relação paciente/profissional dada pela comunicação, confiança e vínculo estabelecido.	Verificar a relação e comunicação com a ESF		
			Verificar a confiança e vínculo do NASF com os usuários		
			Verificar os mecanismos utilizados para fomentar a comunicação efetiva		
	Continuidade gerencial	Conexão e articulação entre os diferentes profissionais/ serviços de saúde.	Verificar articulação da gestão com os profissionais do NASF		Entrevista com profissionais do NASF e gestores
			Verificar a interação e relação da gestão com os profissionais do NASF		
			Verificar o que os gestores tem feito para contribuir para a articulação entre NASF e demais serviços		

Fonte: A autora.

Legenda: NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; eqSF: Equipe de Saúde da Família; eqAB: Equipe de Atenção Básica.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido e aprovado, parecer 4.718.825 (Anexo A), pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães /Fiocruz- Pernambuco, seguindo a Resolução 466/2012 e 510/2016, preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde para a pesquisa envolvendo seres humanos e para pesquisas em ciências humanas e sociais.

Para todos os sujeitos envolvidos na pesquisa proposta, foi disponibilizado o de forma virtual o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), esclarecendo-se na oportunidade a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa. Os participantes foram informados sobre a possibilidade de desistência em participar da pesquisa a qualquer momento e retirar seu consentimento, não acarretando em nenhum prejuízo para este.

Para garantir o anonimato dos sujeitos, os participantes do estudo foram identificados neste estudo por meio do nome “profissional”, para os profissionais do NASF, e “gestores”, para profissionais integrantes da gestão na Secretaria de Saúde do Recife, anulando assim o risco identificação e a possibilidade de constrangimento ou desconforto dos sujeitos perante pessoas e instituições caso sua identidade viesse à público.

Foi solicitada à Secretaria de Saúde do Recife a Carta de Anuência para autorização do estudo e coleta das informações necessárias (Anexo B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente será realizada uma caracterização do trabalho do NASF em Recife-PE. Em seguida, os demais resultados serão apresentados nos quatro temas pré-estabelecidos, e deles surgiram 12 categorias emergentes, conforme quadro a seguir.

Quadro 3 - Temas e categorias emergentes do estudo.

Temas	Categorias emergentes
Percepção da qualidade das ações do NASF	Como eu vejo e o que eu faço para ter qualidade no meu trabalho?
	Qualidade do NASF na visão gerencial
	Qualidade x responsabilidade: quem deve implantar melhorias?
	Gestor X profissional do NASF: O que é prioridade para desenvolver um trabalho com qualidade?
Continuidade da informação	Transferência de informações em espaços formais e informais
	Mecanismos para a transferência de informações
	Utilização de instrumentos para construção de informações no trabalho compartilhado
Práticas relacionais e seus mecanismos de comunicação	Relação e comunicação com a Estratégia de Saúde da Família
	Formação de vínculo entre profissional NASF e usuário
	Mecanismos utilizados para efetividade da comunicação
Gestão, conexão e articulação entre profissionais e serviços	Articulação e relação da gestão com os profissionais do NASF
	A gestão e suas implicações na continuidade do cuidado

Fonte: A autora.

Legenda: NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO NASF EM RECIFE

O documento Memorial NASF-Recife tem como objetivos: apresentar a linha do tempo dos 10 anos do NASF no município; Descrever o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes a partir dos princípios e diretrizes do Apoio Matricial e da clínica ampliada; Descrever a organização da gestão e os aspectos do planejamento, monitoramento e avaliação no NASF; e por fim, abordar os enfrentamentos da pandemia da COVID-19 no último ano.

Trazendo um breve contexto histórico, a Figura 7 apresenta uma descrição da linha do tempo do NASF em Recife.

Figura 7 - Linha do tempo do NASF em Recife-PE no período de 2008 a 2020.



Fonte: Memorial NASF-Recife.

Legenda: NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; DS – Distrito Sanitário; PICS -.Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; eSF – equipes de Saúde da Família.

A gestão municipal de Recife iniciou a implantação dos NASF em 2010, inicialmente com oito equipes, distribuídas em três DS. A partir do recebimento do incentivo financeiro em 2011, Recife ampliou para 20 equipes NASF. Apesar de o NASF ter as normativas federais como modelo a seguir, as equipes realizavam propostas de trabalho distintas, sendo necessária em 2012 a realização da I Oficina NASF Recife para discutir sobre o modelo e alinhamento do processo de trabalho das equipes.

O documento também retrata sobre a composição profissional das equipes multiprofissionais, sendo preconizado que tivesse sete categorias: Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Serviço Social e Psicologia. Também já demonstrava a questão dos vínculos empregatícios dos profissionais, no qual tinham servidores, mas a grande maioria era de profissionais contratados através de prestadores, como o Hospital Evangélico, Hospital Maria Lucinda, IMIP e Hospital Santa Casa. Ressalta-se que atualmente ainda existem esses tipos de contratações de profissionais do NASF por estas instituições.

O memorial enfatiza que em virtude do Programa Previne Brasil, que não considerou o NASF no financiamento da AB, a Secretaria de Saúde do município do Recife lançou a Portaria nº 15/2020, que sinalizava a garantia da manutenção do NASF no município, conservando o modelo de apoio matricial às eqSF e sua operacionalização com a proposta de trabalho seguindo as dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica.

Quanto à pandemia, foi necessário que as equipes NASF, juntamente com a gestão, rediscutisse o modo de apoiar a AB e reorganizasse o processo de trabalho. Mesmo no contexto da pandemia, o NASF continuou acompanhando o processo de trabalho das eqSF apoiadas, conforme necessidade de ações de saúde no âmbito da promoção, prevenção ao COVID e acompanhamento dos casos crônicos, bem como, adequação sanitária em todas as ações.

5.1.1 Processo de trabalho do NASF em Recife

A proposta de NASF que Recife implantou foi seguindo o modelo que era preconizado nas normatizações do MS. O seu processo de trabalho tem como base o trabalho coletivo, envolvendo os diferentes profissionais e seus diferentes saberes.

O NASF não se constitui como serviços com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, devendo atuar a partir das demandas identificadas pelas eqSF, de forma integrada à RAS, além de outras redes com as sociais, comunitárias e da assistência social.

O NASF traz como fundante o referencial teórico-metodológico do apoio matricial para estruturação do seu processo de trabalho, sendo ao mesmo tempo um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que tem como objetivo assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Essa função de apoio deve seguir três diretrizes: levar a lógica do apoio e da cogestão para as relações interprofissionais; lidar a partir do referencial da interdisciplinaridade com processos sociais, sanitários e pedagógicos; e construir equipes multiprofissionais com corresponsabilização no cuidado em saúde.

O suporte dado as eqSF deve ser através de diferentes estratégias interdisciplinares, considerando as duas dimensões do Apoio Matricial: clínico-assistencial (ação direta aos usuários); técnico-pedagógica (ação de apoio educativo com e para a equipe de referência).

As ações clínicas com os usuários consideram: Atendimento individual; Atendimento compartilhado com os profissionais da eqSF e de outras equipes de saúde (Serviço de Atenção Domiciliar, Consultório na Rua, Academia da Cidade, Núcleo de Apoio em Prática Integrativas, etc.); Visita domiciliar; Atendimento em grupo. Quanto às ações técnico-pedagógica, consiste: apoio educativo com e para as equipes; Reunião de equipe (discussão de caso clínico, Educação Permanente); Apoio às eqSF nas atividades coletivas (sala de espera, ações do Programa Saúde na Escola, grupos de promoção à saúde); Preceptoria em serviço (graduação e residência).

A atuação NASF compreende a função campo (os saberes e as práticas comuns, que estão articulados em torno de um mesmo objetivo de trabalho – ex: Saúde Coletiva, Saúde Mental) articulada ao núcleo de saber (saberes específicos de cada profissional envolvido no cuidado, com o conjunto de seus domínios técnicos e experienciais – núcleo profissional).

São exemplos de ações campo, comum a todos os profissionais inseridos do NASF:

- Conhecer o perfil epidemiológico local, identificando as situações de risco e de vulnerabilidade do território adscrito;
- Apoiar as eqSF na identificação, fortalecimento e articulação junto aos equipamentos sociais disponíveis no território;
- Realizar ações de educação em saúde e promoção (sala de espera e grupos);
- Realizar e apoiar a criação de grupos com a comunidade (educativos e terapêuticos);
- Fomentar a criação de espaços de Educação Permanente e matriciamento junto às eqSF para discussões de casos clínicos e aspectos gerais, na construção de projetos terapêuticos singulares e o fortalecimento das ações realizadas pelas equipes;
- Realizar avaliação, orientação, acompanhamento individual por meio de atendimentos individuais e compartilhados;
- Articular com outros dispositivos sociais, como: escolas, universidades, outros espaços educativos, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), casas de acolhimento, conselho tutelar, Ministério Público, entre outros;
- Apoiar as eqSF na identificação e na construção de intervenções preventivas para situações no território que possam favorecer o desenvolvimento de adoecimento psicossocial em todos os ciclos de vida;
- Apoiar e/ou realizar consultas e visitas domiciliares individuais e/ou compartilhadas com a eqSF e outros serviços das RAS;
- Mobilizar junto com a eqSF, a participação de grupos, entidades e movimentos sociais existentes na comunidade nas instâncias de controle social.

Há também a menção sobre o processo de trabalho do NASF em áreas prioritárias e complementares:

Áreas prioritárias: Atenção Psicossocial, Atenção em Reabilitação, Atenção às pessoas com condições/doenças crônicas e Atenção Materno-Infantil (Rede Cegonha), no âmbito da AB.

Áreas complementares: Assistência farmacêutica; Práticas corporais e atividade física; Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS); Alimentação e nutrição; Saúde do trabalhador e Apoio à gestão do processo de trabalho das equipes apoiadas pelo NASF; Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT); política de saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (LGBT); Programa Academia da Cidade (PAC), Saúde para portadores de deficiência; saúde da Mulher, Saúde da Criança, saúde do Idoso, saúde do homem, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Saúde da população negra, saúde da população em situação de rua; SANAR – Recife; Programa Saúde na Escola (PSE); Área Técnica Alimentação e Nutrição (ATAN).

Há também a sistematização da execução das atividades do NASF partir de uma agenda padrão como meio de organização das atividades e do processo de trabalho, considerando os três tipos de carga horária do profissional (20, 30 ou 40 horas semanais). A agenda (Quadro 4) estabelece parâmetros para as atividades de atendimento (visita domiciliar, consulta compartilhada, consulta individualizada), atividade em grupo (atendimento em grupo, educação em saúde, avaliação/procedimento coletivo, mobilização social) e ações de matriciamento (reunião com equipe saúde da família, com equipe NASF para planejamento, reunião de categoria, discussão de caso, educação permanente).

Quadro 4 - Agenda padrão mensal das atividades por carga horária do profissional das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Carga horária	Turnos de atendimentos individuais	Atividades em grupo	Matriciamento
20h	8 turnos	4 turnos	8 turnos
30h	12 turnos	6 turnos	12 turnos
40h	17 turnos	9 turnos	14 turnos

Fonte: Memorial NASF-Recife.

A proposição da agenda foi para organizar melhor o trabalho do NASF que estava sendo distinto nos diferentes DS. Assim, através da divisão em turnos, pode-se balancear a dedicação de tempo do NASF para as diversas atividades que ele realiza.

5.1.2 Processo de trabalho da Coordenação do NASF em Recife

A gestão do processo de trabalho do NASF se dá sob a diretriz da cogestão, que se baseia na produção de cuidado e de uma gestão compartilhada. Assim, a prática da gestão está diretamente vinculada e embasada nas perspectivas de todas as pessoas envolvidas, considerando os gestores, trabalhadores e usuários. Considera-se que a gestão não se limita ao ato do gestor, mas torna-se presente nos atos clínicos e em todos os âmbitos dos serviços, em maior ou menor grau.

A estrutura da Coordenação NASF é composta por uma coordenação da política no município vinculada ao nível central da AB e um apoio técnico. Há também oito coordenações NASF distritais, vinculadas aos respectivos DS.

São atribuições da Coordenação do NASF do nível central:

- Elaborar e discutir as diretrizes para a implantação, implementação e consolidação do NASF;
- Definir diretrizes clínicas e sanitárias para organização do processo de trabalho do NASF;
- Elaborar o Plano de Ação para o NASF alinhado ao Plano Municipal de Saúde;
- Promover ações de Educação Permanente relacionadas ao processo de trabalho do NASF e por categoria profissional;
- Definir formas de registro da produção dos profissionais do NASF;
- Definir mecanismos de monitoramento e avaliação das ações do NASF;
- Promover a intersetorialidade a partir da integração com as demais políticas do município;
- Garantir uniformidade das ações por meio da articulação/integração com os coordenadores NASF Distritais.

São atribuições da Coordenação do NASF distritais:

- Promover a integração do NASF com a eqSF/eqAB de acordo com a lógica de apoio preconizado;
- Mediar a elaboração de um cronograma de atividades (agenda padrão) entre NASF e ESF/EAB;

- Mediar a elaboração de uma escala para utilização de consultórios e outros espaços da USF, englobando os profissionais do NASF;
- Garantir a participação dos profissionais do NASF em reuniões de discussão de casos e/ou temas junto às eqSF/eqAB;
- Desenvolver mecanismos de comunicação e troca de informações entre os profissionais do NASF e eqSF/eqAB;
- Garantir condições para o deslocamento dos profissionais do NASF entre as USF adscritas;
- Realizar monitoramento e avaliação das ações do NASF;
- Estabelecer mecanismos que garantam que os profissionais do NASF cumpram a carga horária semanal.

Com o objetivo de instrumentalizar os profissionais para o registro adequado do e-SUS, foram elencados indicadores para realizar o monitoramento e avaliação das ações do NASF. Esses indicadores foram baseados no PMAQ e propostos pela Coordenação NASF, sendo compostos por quatro indicadores importantes: a média de atendimentos individuais ou domiciliares registrados por profissional do NASF e a média de atendimentos compartilhados ou em grupo realizado por eles. Cada indicador mede a relação entre a produção e o número de profissionais da equipe NASF, sendo eles:

- Média de atendimentos individuais registrados por profissional do NASF: 50 atendimentos individuais específicos/profissional/mês.
- Média de atendimentos domiciliares registrados por profissional do NASF: 12 atendimentos domiciliares/profissional/mês.
- Média de atendimentos compartilhados realizados por profissional do NASF: 12 atendimentos compartilhados/profissional/mês.
- Média de atendimentos em grupo registrados por profissional do NASF: 08 atendimentos em grupo/profissional/mês.

5.1.3 Produção do NASF em Recife pelo registro no e-SUS

Foi realizado o levantamento da produção das equipes NASF no período de 2019 a 2022, a partir dos registros do e-SUS. O Quadro 5 detalha a produção do NASF nesse período.

Quadro 5 – Produção do NASF, considerando os atendimentos individuais, domiciliares e atividades coletivas, por semestre, no período de 2019 a 2022.

PRODUÇÃO NASF	2019			2020			2021			2022		
	jan-jun	jul-dez	Total									
Atendimento individual	17.062	16.347	33.409	10.926	11.719	22.645	9.682	11.456	21.138	13.302	15.413	28.715
Atendimento domiciliar	3.704	3.698	7.402	1.593	1.957	3.550	1.694	1.945	3.639	2.408	2.476	4.884
Atividades coletivas	5.261	5.410	10.671	5.161	4.577	9.738	4.019	3.596	7.615	3.470	3.600	7.070
TOTAL	26.027	25.455	51.482	17.680	18.253	35.933	15.395	16.997	32.392	19.180	21.489	40.669

Fonte: e-SUS - Relatórios internos do NASF-Recife.

A atividade coletiva considera a realização de reunião de equipe, reunião com outras equipes de saúde, reunião intersetorial, práticas de educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação/ procedimento coletivo e atividades de mobilização social.

Vale ressaltar que a partir de 2020 houve o surgimento da pandemia de Covid-19, afetando grande parte das atividades realizadas na AB devido ao risco de contaminação e medidas sanitárias de isolamento social.

Quanto à extração da produção dos atendimentos compartilhados, o sistema do e-SUS só permite a extração de relatórios com essas informações a partir de 2022. Mesmo assim, não foi possível que a gestão nos disponibilizasse essas informações a tempo.

5.1.4 O NASF nos Planos Municipais de Recife

No Plano Municipal de Recife 2018-2022 (2018), a gestão descreveu que havia 20 equipes NASF distribuídas nos oito DS. Essas 20 equipes estavam vinculadas a 168 ESF, correspondendo a 61% de cobertura de NASF.

Sobre a formação das equipes multiprofissionais do NASF, aponta sua composição com as sete categorias profissionais, sendo a fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, farmácia, serviço social e psicologia.

Há também a descrição de algumas atribuições do NASF, como a sua atuação junto as eqSF para ajudar na identificação de prioridades no território, na assistência direta individual e coletiva, e na educação permanente com atendimento compartilhado; a responsabilidade compartilhada pelo cuidado às pessoas com deficiência; a participação nos grupos de trabalho das DCNT.

Quanto aos objetivos estratégicos, há propostas de: ampliar as equipes NASF de 20 para 28; realizar 480 atividades de educação permanente para o NASF; informatizar 100% dos pontos de apoio NASF (20 Pontos de Apoio); requalificar oito pontos de apoio das equipes NASF.

Já no Plano Municipal de Recife 2022-2025 (2022), consta ainda o número de 20 equipes multiprofissionais, evidenciando que a proposta do plano anterior de ampliação das equipes NASF não foi realizada. Quanto às propostas que envolvem o NASF, há a meta de ampliar equipes do NASF com a implantação de mais cinco equipes (duas em 2024 e três em 2025); busca de financiamento junto ao MS para manutenção e ampliação da equipe NASF; garantir transporte diariamente para a realização das atividades externas das equipes do NASF; e por fim, inserir o farmacêutico na composição da equipe NASF.

Percebe-se que nesses dois quadriênios a secretaria de saúde do Recife citou o NASF e propôs a implantação de melhorias para o NASF, contudo algumas mudanças não foram evidenciadas, como a ampliação das equipes NASF.

5.2 PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DAS AÇÕES DO NASF

Este tema descreve a compreensão que profissionais do NASF e gestores têm sobre o que é qualidade para as ações do NASF. Nele está contemplado a autopercepção dos profissionais do NASF quanto à qualidade do seu trabalho e o que eles fazem para desenvolver ações com mais qualidade; o olhar do gestor sobre a qualidade do NASF; a quem esses atores, profissionais e gestores, atribuem a responsabilidade por fomentar ações com mais qualidade para o NASF; e por fim,

qual a ordem de priorização que gestores e profissionais compreendem sobre o que é mais importante para desenvolver ações com qualidade.

5.2.1 Como eu vejo e o que eu faço para ter qualidade no meu trabalho?

Torna-se pertinente compreender qual é a visão dos profissionais do NASF quanto à qualidade do seu trabalho desempenhado. Ao serem questionados sobre a autopercepção da sua prática, ou seja, se o profissional do NASF considera que suas ações e práticas de trabalho são realizadas de maneira satisfatória, com qualidade, os participantes, apesar de analisarem positivamente, não deixaram de apontar os obstáculos que superam no cotidiano para conseguir executar sua prática multiprofissional.

Diante dos obstáculos, eu consegui enxergar uma qualidade no que eu faço, porém com um monte de limitações [...] Talvez o impacto não seja satisfatório em termos quantitativos, mas em termos qualitativos eu acho que a gente tem conseguido fazer um trabalho pelo menos que me agrada, que eu acredito. E se eu acredito, eu tenho a sensação de que ele é satisfatório, de qualidade. (Profissional 1)

Uchimura e Bosi (2007) trazem a discussão sobre o caráter multidimensional da qualidade, que abrange dimensões objetivas, passíveis de quantificação, e as dimensões subjetivas, que permeiam os sentidos dos fenômenos ao considerar suas complexidades, riquezas e profundidade.

Podemos também considerar que as práticas e ações de saúde nem sempre são passíveis de mensuração de forma quantitativa, até mesmo considerando o conceito de saúde e qualidade. Assim, é possível realizar ações com qualidade mesmo considerando um único indivíduo, único atendimento, único serviço.

Outro profissional destaca, com um olhar mais amplo, que a dificuldade em realizar ações com qualidade perpassa por uma questão mais macro que envolve a AB como um todo e tece críticas sobre os entraves na própria gestão em saúde.

O fazer da atenção primária já tem tanta coisa pra pensar e pra fazer. É um 7x1 todo dia, sabe? A gente briga, daqui a pouco leva uma rasteira, aí volta. A gente sabe que tem gente na gestão com muito engajamento, compromisso, mas existe um sistema com o qual os gestores também precisam brigar. Eu me alimento muito da capacidade resolutiva da atenção

primária. Então eu acredito muito no fazer do NASF, na potência que ele tem e sua capacidade de entregar ações com qualidade. (Profissional 4)

O fazer em saúde na AB requer um trabalho diferenciado tendo em vista que a atuação multiprofissional em saúde prevista neste locus de atenção preconiza a articulação de diferentes trabalhadores e o desenvolvimento de ações que ultrapassam a racionalidade da assistência curativa centrada em resoluções imediatistas de problemas de saúde de caráter mais individual. Ao se responsabilizar pelo território, essa equipe deve ter em mente que suas ações devem contribuir para o alcance de melhores níveis de saúde da população (BEZERRA; ALVES, 2019).

Bezerra e Alves (2019) apontam alguns desafios para a atuação multiprofissional na ESF, como a falta de infraestrutura, de planejamento e de apoio da gestão, bem como formação acadêmica dos profissionais de saúde mais voltadas para a individualidade, que ocasionam nas equipes de saúde custos humanos físicos, cognitivos e afetivos, refletindo na dificuldade em trabalhar em equipe e no atendimento humanizado.

Dentro do campo de prática individual, alguns profissionais do NASF destacaram o que vem incluindo ou realizando para ampliar a qualidade de sua prática multiprofissional. A realização da consulta compartilhada foi evidenciada nessa fala:

Para melhorar a qualidade, eu acho importante a realização de consulta compartilhada. Acho muito mais rico do que com a consulta individual porque você vê o olhar do outro profissional. Quando dá, a gente oferece também práticas integrativas, considerando uma visão também mais ampliada de saúde. (Profissional 6)

Outro profissional destaca a questão do recebimento de estudantes, enquanto equipe preceptora, que faz com que o profissional NASF se recicle, já que a prática de ensino faz com que os conhecimentos práticos sejam atualizados no seu fazer cotidiano:

O fato de a equipe ser preceptora de estudantes é uma coisa que melhora muito a qualidade da assistência da gente, porque tem sangue novo, alunos que vem para questionar. Aí a gente precisa estar se atualizando para poder ensinar também, não só no sentido de como ser preceptor, mas no próprio fazer em saúde enquanto profissional do NASF. (Profissional 1)

O preceptor atua como agente promotor e facilitador da aprendizagem do estudante, sendo um elo entre as instituições formadoras e o setor saúde. A preceptoria pressupõe um processo de formação profissional pautado em situações reais do cotidiano, sendo diariamente desafiados a criar ambientes de aprendizagem que promovam o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais, interprofissionais e de comunicação, que são vitais à formação e ao cuidado em saúde (KHAN *et al.*, 2021; GIROTTI *et al.*, 2019; MOREIRA *et al.*, 2022)

Moreira e colaboradores (2022) destacam que a preceptoria na AB requer condutas pautadas nos atributos fundamentais do trabalho em equipe e práticas interprofissionais colaborativas, incluindo boa comunicação, respeito e confiança entre os profissionais para a implementação do cuidado compartilhado; atuação centrada na pessoa e família através da elaboração de plano de cuidados construídos de forma compartilhada; compreensão do papel de cada membro da equipe, considerando as relações de poder e de liderança compartilhados no desenvolvimento do trabalho em equipe interprofissional.

O trabalho multiprofissional e a parceria estabelecida entre os profissionais também foi citada como ponto importante para o desenvolvimento das ações do NASF.

Uma coisa que eu avalio que melhora muito a qualidade da nossa assistência é o fato de ser equipe. Então o fato de eu poder trabalhar de forma multidisciplinar, dividir as minhas inseguranças, dúvidas, fazer reflexão, estudo conjunto, pra mim é uma coisa que me faz evoluir muito. Essa atuação conjunta acrescenta mais qualidade. Eu tenho certeza absoluta que se eu trabalhasse sozinha, eu não seria metade da profissional que eu sou, porque eu tenho certeza que eu me acomodaria. Trabalhando com um colega você está sempre sendo provocado de alguma medida. (Profissional 1)

A equipe NASF é composta pelas categorias profissionais que a gestão determina, considerando o contexto de saúde local e as necessidades do território (BRASIL, 2008; 2014). A equipe multiprofissional do NASF deve, para além de ser um apoiador das equipes de referência da AB, também realizar práticas interprofissionais dentro do seu próprio núcleo. A formação da equipe NASF com diferentes formações fazem com que elas sejam complementares entre si ao colocar as diferentes capacidades (específicas e comuns) a serviço do trabalho coletivo da equipe, diante de necessidades concretas de usuários e grupos sociais (BRASIL, 2014).

As práticas de cuidado em saúde se estabelecem de forma complexa, considerando a necessidade de interação intra e interprofissional. A proposição de atuação do NASF e seu fazer coletivo corrobora com o modo ampliado de fazer saúde, produzindo arranjos de cuidado que promovam uma clínica integral para os sujeitos assistidos.

A articulação em rede com outros profissionais e serviços é um item essencial quando se discute a qualidade da continuidade do cuidado. O usuário para ter as suas necessidades em saúde atendidas de forma integral precisa muitas vezes perpassar por outros dispositivos no território, inclusive alguns para além da área de saúde. Nessa fala uma profissional do NASF, que é assistente social, relata sobre a necessidade desses tipos de articulação.

No meu caso que sou assistente social, muitas demandas de saúde que surgem eu preciso me articular com a rede. Então eu procuro o máximo ver as demandas dos usuários no próprio território, entendendo a situação para ver qual é a estratégia que eu vou utilizar. Com questão de violência, eu verifico através de uma visita domiciliar para ver a situação, converso com a família para tentar reverter à situação, e quando vê que não tem condições eu já levo o caso para o CREAS. (Profissional 2)

Inclusive a gente faz muitas articulações para além da saúde, como CRAS, CREAS, justiça, promotorias, secretaria de desenvolvimento humano, escolas, setor educacional, creches, além do PSE. Com assistência social também, com a questão da população em rua. Às vezes a gente faz mais articulação para fora do que pra dentro do setor saúde. (Gestor 2)

O NASF é um importante articulador da AB com a RAS. Através do seu trabalho, essa equipe multiprofissional pode contribuir com a qualificação e redução dos encaminhamentos desnecessários, resultando na ampliação da capacidade de coordenação e continuidade do cuidado na RAS (SOUZA; CALVO, 2016).

O estudo de Moreira e colaboradores (2021) em alguns municípios da Bahia evidenciaram que a articulação do NASF com a RAS revelou-se inexpressiva. Não existia interação do NASF com os serviços secundários e terciários. Nos casos em que o usuário necessitava de encaminhamento para um serviço de maior densidade tecnológica, o NASF encaminha para o médico da eqSF e este último é que o fazia encaminhamento para outros níveis de atenção.

Há também uma discussão sobre qual espaço/nível de atenção no SUS que o NASF realmente se encaixa (VENDRUSCOLO *et al.*, 2019). Considera-se que o NASF transita em um espaço de intersecção entre a atenção primária e secundária

por exercer atribuições que vão para além da inicial proposta de apoio à ESF. É reconhecido seu papel importante como articulador da interdisciplinaridade e potencializador da atenção integral e intersetorial.

5.2.2 Qualidade do NASF na visão gerencial

Quanto à perspectiva do gestor sobre qualidade do NASF, diferentes apontamentos foram feitos tendo em vista a proximidade do gestor com o NASF e como este enxerga seu potencial no trabalho cotidiano. Um gestor enfatiza o quanto vê de qualidade no NASF, inclusive reconhecendo seu papel como potencializador de políticas de saúde.

Eu vejo muita qualidade no fazer do NASF do jeito que é preconizado que aconteça no território. Também entendo o NASF como potencializador de políticas no território. Por exemplo, tem muitos profissionais do NASF que se envolvem em questões de saúde materna infantil, então o profissional do NASF precisa saber sobre a caderneta da criança. Então isso também é ampliar o cuidado, ampliar o olhar e assim construir uma articulação necessária. E tudo isso garante uma qualidade na assistência. (Gestor 2)

Por outro lado, outro gestor informou que, pela distância que ele tem do processo de trabalho do NASF, não poderia afirmar se o NASF tem qualidade ou não. Porém, o mesmo contemporiza dizendo que acredita na potência que tem o NASF e que já recebeu críticas positivas quanto ao seu trabalho.

Eu não posso lhe dizer assim: O NASF tem muita qualidade. Tem o meu entendimento que se o seu processo de trabalho caminhasse da forma como deveria acontecer, haveria muita potência dentro do NASF. Mas em Recife, pela minha não aproximação com o NASF diante do cargo que eu estou hoje, eu não consigo dizer se o NASF de Recife tem essa potência. Mas considerando os macroprojetos que chegam ao meu conhecimento, eu posso dizer que sim que ele tem uma qualidade [...] O que eu posso falar são de situações que eu já soube, por exemplo, uma questão da condução dos usuários com sintomas pós-Covid foi uma iniciativa do NASF. Então pra mim isso reflete uma qualidade, porque se não existisse uma qualidade, essa provocação, essa construção não teria sido feita. Eu também soube de um trabalho do Distrito Sanitário II em relação à questão da assistência farmacêutica, do desmame dos medicamentos da saúde mental e que foi muito elogiado inclusive no fórum de saúde mental pelos profissionais de saúde mental e de alguns CAPS. (Gestor 3)

Essas iniciativas dos profissionais do NASF, tanto operacionalizando as políticas no território como trabalhando e se engajando nas demandas que surgem, demonstra que os profissionais do NASF se propõem a participar da resolução dos problemas de saúde do território. A articulação com outros dispositivos na saúde, como CAPS e a assistência farmacêutica reitera a função de articulador do NASF, se posicionando e atuando nesses espaços no qual o beneficiário final será a população adscrita.

Quando perguntado aos gestores sobre o que o NASF precisaria ter para desenvolver ações com mais qualidade, alguns pontos foram trazidos, como o entendimento do papel do NASF e a parceria com a ESF.

Eu acho que para ter mais qualidade tem a questão da construção de relações de parceria com as equipes de unidades de saúde da família. Se a equipe de saúde da família não entende o papel do NASF, não valoriza, ela não consegue enxergar e utilizar o NASF na sua potência, e isso também gera uma implicação negativa. Então eu acho que essa relação de trabalho do NASF com as equipes que ele matrícia é extremamente importante. (Gestor 3)

O papel do NASF no matriciamento das equipes deve promover, apoiar e fortalecer a atuação dos generalistas da ESF. Eles podem, para além do exercício de sua atuação em seu núcleo profissional, contribuir para o ordenamento e coordenação do cuidado na RAS, minimizando assim os estrangulamentos na AB (VENDRUSCOLO *et al.*, 2019). Contudo, o não entendimento desse papel pode contribuir para as práticas fragmentadas e voltadas para situações mais agudas.

Lucena (2019) destaca sobre essa falta de entendimento da lógica de atuação do NASF. Seu estudo evidencia que os usuários, por saberem que o NASF é uma equipe multiprofissional composta por diferentes especialidades na AB, enxergam neles uma possibilidade de ter a assistência que necessitam a nível ambulatorial. Quanto aos profissionais da ESF, parte deles visualizava no NASF a possibilidade de compartilhar a demanda por atendimento clínico.

O estudo de Vendruscolo e colaboradores (2019) verificou que os profissionais dos serviços de saúde geralmente desconheciam o funcionamento do NASF, sendo necessário realizar ações de educação permanente para que os profissionais pudessem compreender o processo de trabalho compartilhado com o NASF.

A atuação do NASF também requer a sua vinculação com o território, e consequentemente com os usuários que ele assiste. Então essa confiança, vínculo e relação construída com o usuário também foi indicado como fator importante para que o NASF exerça suas ações com mais qualidade.

A criação do vínculo com os usuários também é muito importante. Nem todo usuário vai conseguir entender e perceber o NASF porque historicamente e socialmente a sua visão de saúde é diferente, assistencialista. O NASF já vem numa outra lógica, então precisa se ter um alinhamento junto ao usuário. É essencial essa construção de vínculo e confiança mesmo para ele conseguir perceber a potência que o NASF tem e fazer o melhor uso dele. (Gestor 3)

Há também de se considerar que o vínculo primário do usuário se dá com a eqSF (BRASIL, 2014), então é importante que haja uma boa relação do usuário com a ESF e do NASF com a ESF. A qualidade desse vínculo determinará uma série de fatores essenciais ao êxito das intervenções propostas, seja ele com o NASF e/ou com a eqSF. É essencial que haja uma escuta qualificada e de construção de vínculos positivos, que considerem a singularidade de cada usuário.

A questão da composição da equipe NASF também foi trazida na fala do gestor. Sabe-se que a composição da equipe NASF, segundo as normatizações, deve ser feita pelo gestor local a partir das necessidades de saúde do território, e percebe-se nessa fala que o gestor compreende que essa formação é importante para atender as demandas de saúde dos usuários.

Eu acho importante ter uma equipe NASF completa, dentro da lógica da necessidade do território, porque a gente sabe que tem o hall de profissionais que podem fazer parte da equipe NASF. Cada território tem um perfil que vai exigir determinadas categorias, então é essencial que a composição esteja de acordo com essa necessidade. (Gestor 3)

A quantidade de equipes NASF também é considerada como importante para que o NASF desenvolva ações com qualidade no município. No momento da coleta, havia 20 equipes NASF em Recife, sendo duas equipes no DS VI que matriciam 17 eqSF. Havia outras eqSF sem matriciamento no território do DS.

Eu posso garantir mais do NASF, mas às vezes fica muito difícil porque as equipes estão sobrecarregadas. Precisaria ter mais equipes NASF, porque na política diz que são nove equipes [da Estratégia de Saúde da Família] para cada NASF. Eu ainda acho que poderia diminuir mais, sendo menos

equipes apoiadas para que o NASF pudesse se debruçar ainda mais. Muitas vezes a demanda é imensa por atendimentos, pela questão ambulatorial mesmo, e aí acaba prejudicando outros processos de trabalho do NASF. O NASF é técnico pedagógico e clínico assistencial, só que muitas vezes eles ficam mais no clínico assistencial por conta da sobrecarga, e a dimensão técnico-pedagógica fica mais esquecida. (Gestor 1)

A ampliação das equipes NASF é uma questão importante. Só que tem a Lei da Responsabilidade Fiscal, fazendo que a gente a gente não possa ampliar na Atenção Básica, na média complexidade. (Gestor 3)

Outros estudos destacam as dificuldades quanto ao número de eqSF para o NASF matriciar (LUCENA, 2019; BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018). As realidades evidenciaram que, apesar de a equipe NASF cobrir o número de equipes normatizadas na legislação, havia a sobrecarga que comprometia o tempo e qualidade para um efetivo apoio, tornando-se difícil executar esse trabalho complexo com as equipes na AB.

As práticas de educação permanente também foram citadas como processos que a gestão investe e aposta para o NASF.

Uma das coisas que a gente sempre apostou para garantir qualidade do próprio fazer clínico são as práticas de educação permanente. A gente investe em vários formatos, não só na oferta de processos educativos. A gente entende a educação permanente pelo trabalho e para o trabalho. (Gestor 2)

Vale enfatizar que as normatizações preconizam a oferta de qualificação profissional e educação permanente para a equipe NASF desde sua implantação e na chegada de novos profissionais, considerando os conhecimentos sobre competências para o trabalho de apoio às equipes, organização da RAS, bem como e relativos aos núcleos de saber de cada categoria profissional que o compõe (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde reforça que é de responsabilidade de cada esfera administrativa o processo de fomentar a qualificação dos profissionais de saúde. Contudo, o estudo Lucena (2019) não observou a prática de educação permanente para os profissionais do NASF para qualificar o seu trabalho.

5.2.3 Qualidade x responsabilidade: quem deve implantar melhorias?

Além de apontar as necessidades para realização de cuidado com qualidade, essa análise procurou também compreender qual o entendimento que profissionais do NASF e gestores têm quanto à responsabilidade para implantação de melhorias na qualidade do cuidado ofertado. Há falas que apontam os diferentes níveis de responsabilidade, indo do nível individual até o ente federal.

No âmbito individual, profissionais do NASF destacaram a própria responsabilidade em sua atuação profissional para desenvolver ações com mais qualidade:

Eu acho que tenho minha responsabilidade de fazer essas melhorias, de mudar para ser uma preceptora adequada, por exemplo, para que os próximos possam também se formar num modelo de NASF e Atenção Básica que eu acredito, enfim. E me engajar mais nesses processos, que inclusive é da própria luta do NASF. (Profissional 1)

Nesta outra fala se enfatiza o papel que o profissional tem com e para o usuário, atuando como um agente provocador e esclarecedor sobre os direitos que o indivíduo tem na assistência à saúde e sobre a importância de reivindicar por serviços e políticas públicas que atendam às suas necessidades.

Eu entendo que o profissional de saúde tem responsabilidade também de provocar o seu usuário para ele examinar e perceber se está tendo perdas de assistência. Então eu acho que o profissional de saúde tem essa responsabilidade, de mostrar e instigar o usuário, para ele refletir sobre que política pública quer que se implante. Aí conseqüentemente ele poderá pressionar os seus gestores para pra ser ouvido e reivindicar por algo. (Profissional 1)

O direito à saúde é considerado um direito humano fundamental. No SUS o acesso à saúde é garantido a todos, sem distinção, devendo ser oportuno e adequado, sem qualquer discriminação. Ademais, é importante que os usuários do SUS se corresponsabilizem pela participação proativa na produção da saúde individual e coletiva (VIEGAS *et al.*, 2021). Cabe também ao trabalhador do SUS conscientizar os usuários sobre os seus direitos para que esse cuidado de qualidade esteja presente no cotidiano dos serviços de saúde.

Essa responsabilidade do usuário também foi referida na fala do gestor. Ele sinaliza sobre a importância do entendimento e reivindicação dos usuários sobre seus direitos e sua participação em espaços deliberativos.

Tem papel e responsabilidade para todo mundo. Inclusive o próprio usuário tem as suas responsabilidades, porque a partir do momento que ele começa a entender aquilo como um direito dele, ele pode valorizar e aproveitar o atendimento. De alguma forma ele está também contribuindo para que essas ações sejam mais vistas, mais valorizadas. Existem as Conferências de Saúde, construção dos planos diretores. E agora teve inclusive uma escuta nos grandes mercados de Recife. Você não vê dentro da saúde uma solicitação, por exemplo, de uma ampliação de um NASF. Isso é algo que o usuário também tem a responsabilidade de pleitear, como seu direito. Mas tem aquela coisa, se ele não conhece, não entende e valoriza o NASF, ele não tem como pleitear. Então cabe essa construção do vínculo com os usuários, mostrando a importância de ter esse serviço. (Gestor 3)

Quanto à responsabilidade do poder executivo, profissionais do NASF apontaram para a responsabilidade municipal, que envolve a Prefeitura e a figura do secretário de saúde como encarregado de implantar melhorias para favorecer as práticas profissionais do NASF. Questões específicas são apontadas, como a necessidade de estrutura física e sala para o trabalho do profissional do NASF.

Eu acho que isso cabe a um Secretário de Saúde. Deveria ser obrigação de toda unidade ter pelo menos uma sala de suporte para o NASF, não só aquela sala que é ponto de apoio. Assim talvez houvesse uma maior valorização. Você marca com o paciente num dia, mas se por acaso não tem sala, você vai ter que atender no corredor, na recepção da unidade ou então tem que se encaixar em alguma sala com alguém para tentar fazer um atendimento compartilhado. Você não pode adiantar outros processos ou aquele trabalho que você teria que fazer, tipo alimentar o prontuário eletrônico ou fazer uma oficina que você pretendia fazer com um grupo justamente por não ter um espaço adequado para o NASF. (Profissional 6)

Em Recife, das 132 unidades de saúde da família, somente 18 têm sala de apoio para o NASF. Nessa sala de apoio os profissionais realizam atendimentos, fazem reuniões, registram sua produção e guardam materiais de apoio. Como usualmente as unidades de saúde não tem essa sala, os profissionais NASF solicitam para a eqSF alguma sala que esteja vaga na unidade ou então atendem os usuários no corredor, recepção, área externa. Além de ter que utilizar um espaço improvisado para os atendimentos, há também a dificuldade de registrar os seus procedimentos pelo Sistema de informação da AB, que é o e-SUS. Os profissionais NASF necessitam de um computador com internet na unidade para realizar o

registro, tendo que muitas vezes esperar que alguma sala desocupe os atendimentos para utilizar o computador.

Outro estudo também relata sobre essa dificuldade quanto à falta de espaço físico adequado para abordagens individuais e/ou coletivas do NASF (ARAÚJO *et al.*, 2019). A falta de áreas adequadas e direcionadas à equipe do NASF e suas propostas de trabalho faz com que atividades coletivas tenham que ser realizadas em áreas cedidas e ou adaptadas dentro do território, que nem sempre estão disponíveis, resultando em constrangimento e acidentes com os participantes. Esses obstáculos contribuem para uma baixa adesão das propostas de atividade coletivas pela população.

Araújo e colaboradores (2019) também evidenciaram a falta de material de apoio para as atividades do NASF. Soma-se ainda a falta de um local adequado para a execução de atividades do NASF, fazendo com que o NASF necessite ter extrema criatividade e tempo para o planejamento das ações a serem realizadas. Achado semelhante foi relatado em outro estudo (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018) evidenciando um comprometimento do trabalho do NASF e a articulação de atividades devido a problemas de carência de materiais e equipamentos, dificuldades no transporte e no espaço físico das unidades.

Nesta fala o gestor reconhece que isso tem sido um grande problema para que o NASF execute suas ações de maneira satisfatória, gerando até desentendimentos com os profissionais da ESF.

Os profissionais do NASF precisam pactuar um rodízio com as eqSF para conseguir realizar seus atendimentos. Aí temos situações em que isso nem sempre funciona porque a eqSF entende a equipe NASF como algo paralelo ou que atrapalha os atendimentos dos médicos e enfermeiros. Assim os profissionais da equipe NASF passam por situações de constrangimento e utilizam espaços que não são os ideais, como a sala de curativos, pátio externo, comprometendo assim o atendimento ao usuário que é o maior prejudicado. (Gestor 2)

Melo e colaboradores (2018) trazem uma reflexão sobre alguns desafios enfrentados pelo NASF. Os autores problematizam ao mencionar que o NASF foi implantado em 2008 e passou a conviver no mesmo contexto de problemas enfrentados pela ESF, tais como precariedade da infraestrutura logística e física das unidades de saúde, alta rotatividade de profissionais (especialmente médicos),

dificuldades na organização dos processos de trabalho e baixa integração com demais serviços da RAS.

Outro ponto importante é a recente portaria nº 635, de maio de 2023 (BRASIL, 2023), que institui, define e cria o incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, as eMulti. A portaria traz a possibilidade de atendimento remoto e enfatiza que para esse tipo de atendimento se faz necessário à existência de uma sala para a atividade de atendimento remoto, boa conexão com a internet e os equipamentos para a realização de consultas de forma virtual, como computador, aparelho para webcam acoplada e microfone.

Levando em consideração a realidade de Recife com ausência de salas de apoio para o NASF e os equipamentos necessários, haverá portanto a necessidade de investimentos para a adequação desses espaços para que as equipes NASF possam realizar tanto os atendimentos presenciais como os remotos com uma qualidade satisfatória.

Outro profissional do NASF discute esse ponto se referindo a questões de investimentos na AB pela Prefeitura, indo desde os insumos e materiais de trabalho, como também sobre a necessidade de estruturação na AB e na média e alta complexidade. A fala destaca que a prioridade desses investimentos da gestão na AB interfere na qualidade dos serviços e no atendimento prestado para o usuário.

Na verdade, a responsabilidade é da equipe lá na Prefeitura. Quando a gente vai para coordenação NASF, distrital ou municipal, a gente vê que a coordenação tem essa visão das coisas que o NASF precisa para desenvolver melhor as atividades e com qualidade. A gente observa que não é só o NASF que tá passando por isso, a equipe de saúde da família também. Hoje houve uma questão no qual quatro equipes ficaram sem um sonar porque ele havia quebrado. Como é que fica a questão do pré-natal? Era pra ser um sonar para cada equipe e não um sonar para quatro equipes. E isso é uma coisa que precisa da gestão mesmo. Qual é o valor que ela tem dado à AB? Qual é o investimento que essa gestão quer fazer na para melhorar a qualidade do serviço para os usuários lá na AB? Porque tudo começa na AB. Eu não sei se o que sai da Secretaria de Saúde chega ao prefeito. [...] Se ele fortalece a média e a alta complexidade, isso ajuda muito a gente na AB, porque teríamos uma média complexidade com especialistas que a gente pode contar. (Profissional 2)

Na responsabilidade da gestão municipal também é destacado a necessidade de cogestão, apontando a importância da relação horizontal com a equipe de saúde da família e o NASF, considerando o fazer compartilhado, monitoramento e

avaliação para assim aprimorar o processo de trabalho na AB e proporcionar melhores práticas assistenciais para o usuário.

Eu acho que muita coisa dessa dificuldade enquanto processo de trabalho da equipe de saúde da família é a nível de gestão mesmo, de coordenar, de discutir junto com as equipes de saúde da família e NASF, de estar junto monitorando e avaliando esse processo de trabalho também, sabe. [...] Tem a dimensão da cogestão também nesse processo de estar junto acompanhando e propondo, porque se depender de alguns profissionais tem aqueles que são super abertos, que topam fazer as propostas e discutir junto, mas a gente também tem profissionais que não estão nem aí, e isso acaba interferindo no nosso processo de trabalho. (Profissional 5)

A cogestão parte de uma perspectiva inovadora em relação à lógica verticalizada, muitas vezes presente nas práticas e serviços de saúde. Essa maneira de gerir de forma compartilhada permite a inclusão e participação democrática de todos os trabalhadores envolvidos no processo para o aprendizado, construção e tomada de decisão coletiva (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019). A cogestão coaduna com a proposta de apoio matricial do NASF, operando de forma cooperativa e horizontal com as equipes matriciadas e nos pontos de atenção da rede.

Não houve referências em relação a atribuições da gestão no âmbito estadual. Isso pode ter acontecido tendo em vista que é o ente municipal que operacionaliza as ações da AB. Contudo, muito foi destacado sobre a responsabilidade da gestão federal, considerando este ente como indutor e proponente de políticas públicas. Questões como o financiamento da saúde da AB e NASF foram trazidas nas falas.

Acho que tem a responsabilidade do âmbito federal, enquanto ministério da saúde, que tem também a responsabilidade de propor políticas e garantir o financiamento delas, como a Atenção Básica e o NASF por exemplo. (Profissional 4)

Eu acho que a gente tem uma estrutura de proposta de saúde mais macro, que é de desfinanciamento. É uma proposta de acabar com este modelo e com este sistema que a gente tentou construir em 30 anos. Então tem coisas que precisam mudar no nível federal. (Profissional 1)

Essa discussão leva em consideração o período da coleta no qual a equipe multiprofissional do NASF não estava inclusa no financiamento federal (BRASIL, 2017; 2019). Entretanto, vale destacar que apesar disso a Prefeitura do Recife, junto com a Secretaria de Saúde, optou por manter as equipes NASF, dispondo de

recursos próprios para custear as equipes, por entender e defender a importância de manutenção desse modelo de apoio multiprofissional na AB para melhoria dos cuidados em saúde prestados no território.

Percebe-se nas falas trazidas nessa seção que as responsabilidades e empenho perpassa por diferentes níveis de cuidado, considerando desde a gestão micro para a gestão macro, incluindo as necessidades de fortalecimento da política da AB, estruturação dos serviços e processos de trabalho, priorização da gestão para que as ações realizadas pelo NASF sejam desenvolvidas com mais qualidade e com isso impacte na resolutividade das questões de saúde na AB. Assim, reforça-se a responsabilidade do Estado como ente provedor de cuidado para a população e territórios.

5.2.4 Gestor x profissional do NASF: O que é prioridade para desenvolver um trabalho com qualidade?

A percepção de qualidade para cada indivíduo depende dos critérios que ele, no seu campo de práxis e saberes, elenca que são importantes para que o cuidado em saúde seja ofertado com qualidade. Assim, esperava-se que surgissem diferenças sobre os pontos a serem elencados dependendo da atuação profissional, sendo ele gestor ou trabalhador do NASF, e também pela sua vivência e percepção do que é mais necessário para desenvolver ações com qualidade.

Serapioni e Silva (2011) trazem a reflexão de que a qualidade em saúde não deve ser definida apenas por um único ator. A qualidade não pode ser reduzida às dimensões privilegiadas somente pelos profissionais, tampouco somente por gestores ou usuários. Considerar um único ponto de vista pode resultar em uma análise parcial e incompleta, sendo importante incluir a visão de outros *stakeholders*.

No caso deste estudo em tela, os profissionais e gestores foram questionados sobre o que seria importante para o NASF desenvolver ações com qualidade. Após anunciarem quais seriam os pontos essenciais para melhoria da qualidade das ações, solicitava-se que eles fossem colocados em uma ordem de prioridade para compreender o que seria mais importante. O Quadro 5 descreve a ordem de priorização dos profissionais e gestores.

A partir dessa disposição de priorização dos atributos da qualidade, pode-se efetuar um trabalho de comparação entre os pontos apontados por profissionais do NASF e gestores, com o objetivo de identificar as áreas de consenso e as distâncias entre essas duas perspectivas de análise.

Quadro 6 – Ordem de priorização do que é importante para o NASF desenvolver ações com qualidade na visão de gestores e profissionais.

Ordem de Prioridade	GESTORES			PROFISSIONAIS					
	Gestor 1	Gestor 2	Gestor 3	Prof. Nasf. 1	Prof. Nasf. 2	Prof. Nasf. 3	Prof. Nasf. 4	Prof. Nasf. 5	Prof. Nasf. 6
1	Estrutura	Entendimento do papel do NASF	Relação de trabalho com a eqSF	Relação / compartilhamento entre a equipe NASF	Articulação/ estruturação da RAS	Trabalho integrado / comunicação entre eqSF e NASF	Articulação/ estruturação da RAS	Processo de trabalho da eqSF	Consultas compartilhadas /integradas com eqSF
2	Entendimento do papel do NASF	Valorização do trabalhador	Criação de vínculo com os usuários	Escuta qualificada com o usuário	Relação de trabalho com a eqSF	Entendimento do papel do NASF	Comunicação com o usuário	Atividades Coletivas	Estrutura
3	Atuação da gestão	Educação permanente	Articulação/ estruturação da RAS	Perfil do profissional do NASF	Estrutura	Cuidado com os próprios profissionais do NASF	Organização/ processo de trabalho da eqSF	Articulação/ estruturação da RAS	PICS nos atendimentos (inserção de outras práticas)
4	Articulação/ estruturação da RAS	Articulação/ estruturação da RAS	Financiamento	Equipe preceptora			Estrutura	Educação permanente	
5	Educação permanente	Estrutura	Composição do NASF (categorias, tipo de vínculo)	Educação permanente					

Fonte: A autora.

Legendas: NASF: Núcleo de Apoio à Família; eqSF: equipe de Saúde da Família; RAS: Rede de Atenção à Saúde; PICS: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Observa-se que foram distintas as necessidades apontadas como primeira opção para promover maior qualidade das ações pelo NASF. Para os gestores, as prioridades seriam questões relacionadas à estrutura, entendimento do papel do NASF e a relação de trabalho com a eqSF. Já entre os profissionais do NASF, dois pontos mais importantes surgiram: um relacionado a articulação/ estruturação da RAS; e o outro sobre o trabalho com a eqSF, considerando aspectos como o processo de trabalho da eqSF, o trabalho integrado / comunicação entre eqSF e NASF, e a realização de consultas compartilhadas /integradas com eqSF.

A relação do NASF com a ESF é uma condição inerente dentro da sua proposta de trabalho. Não há como o NASF atuar sem pensar na sua interação e atuação conjunta com a equipe de referência daquele território. Assim, ao se discutir sobre a qualidade das ações do NASF, há de se considerar que tudo que está vinculado à ESF interfere na sua prática profissional e produção de cuidado. Então uma boa integração, comunicação, relação e colaboração da eqSF é fundamental para aprimorar a qualidade do apoio prestado pelo NASF.

O ponto que mais surgiu, evidenciado por seis atores, foi em relação à necessidade de articulação/estruturação da RAS. A conformação da RAS, sua estruturação e conexões, permite com que o usuário percorra pelos serviços e profissionais para atender às suas necessidades de saúde. Considerando o NASF como apoiador das equipes da AB que se responsabilizam pelo cuidado e tem nesse locus primário o ordenamento da RAS, a conformação de uma rede fragmentada, desarticulada e incomunicável precariza a qualidade do cuidado ofertado ao usuário.

A estrutura, considerando a estrutura física das unidades, insumos e materiais, foi outro ponto bastante citado, em coerência com outros estudos que consideram como de fundamental importância para a execução das atividades profissionais da ESF e NASF (ARAÚJO *et al.*, 2019; MELO *et al.*, 2018; BEZERRA; ALVES, 2019).

As condições estruturais dos serviços de saúde condicionam diretamente o desempenho dos serviços e a melhoria dos resultados em saúde. A carência de equipamentos e insumos pode restringir o escopo de ações e sua resolutividade, limitando a sua capacidade de resposta aos problemas de saúde agudos e crônicos (BOUSQUAT *et al.*, 2017). O NASF, implicado no processo de trabalho da ESF, necessita dessa infraestrutura adequada para exercer sua função de apoio na AB.

O enfrentamento para a superação dos desafios na qualidade da AB requer mudanças em características estruturais e organizacionais de equipes e unidades de saúde e de práticas e ações profissionais. É imprescindível que haja o compromisso político com a prioridade da ESF, com financiamento suficiente para garantir a integralidade de cuidados de saúde de alta qualidade para toda população, evidenciando assim a superioridade da ESF em comparação a modelos tradicionais, especializados e médico centrados. Também se considera essencial a qualificação dos processos de organização e gestão do cuidado através da equipe multiprofissional, aumentando a efetividade da ESF (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Principais reflexões sobre a percepção da qualidade

Os profissionais do NASF percebem qualidade em sua prática profissional, contudo há obstáculos e dificuldades no cotidiano da AB que demandam esforço e os fazem enxergar a potência da prática colaborativa para suprir as necessidades de saúde dos usuários. Ao trabalhar no espaço e território da ESF, os profissionais do NASF convivem com seus problemas estruturais e sociais que desafiam a AB no seu papel ordenador da RAS.

Para aprimorar suas práticas e elevar a qualidade das ações, os profissionais do NASF apontam algumas estratégias utilizadas, como a consulta compartilhada, a preceptoria e articulação com a RAS.

Os gestores reconhecem a qualidade do NASF e sua atuação potencializadora de políticas de saúde. A gestão afirma que para desenvolver ações com qualidade, também é necessário que haja o entendimento do papel do NASF, parceria com a ESF, vínculo com usuário e território e quantitativo de equipes NASF que possam apoiar a AB. Cabe reiterar a responsabilidade do Estado como ente provedor de cuidado para populações e territórios.

Apesar de já se ter no senso comum o entendimento da responsabilidade da gestão em implantar melhorias nas práticas e serviços de saúde, profissionais do NASF entendem seu compromisso em melhorar sua prática para contribuir com a qualidade das ações. A responsabilidade do usuário também é ressaltada, na busca pelos seus direitos e na reivindicação de serviços de saúde com qualidade.

Necessidade de investimentos, espaços adequados para o NASF nas USF e mecanismos de cogestão foram citados quanto à responsabilidade municipal. No âmbito federal, reitera-se a necessidade de financiamento para o NASF devido ao cenário de ameaças frente a sua não inclusão em legislações recentes.

5.3 CONTINUIDADE DA INFORMAÇÃO

Este tema aborda sobre a continuidade informacional entre profissionais do NASF e os serviços de saúde, contemplando sobre quais espaços normalmente se dão essa transferência de informações, considerando ambientes institucionais ou não; quais são os mecanismos utilizados para a transferência de informações, levando em conta seus meios de registro e de transferência de informações entre profissionais e serviços; e por fim, verificar que instrumentos o NASF utiliza no seu trabalho compartilhado que gerem informações sobre os cuidados oferecidos a usuários e território.

5.3.1 Transferência de informações em espaços formais e informais

A informação em saúde é produzida diariamente nas práticas de saúde. Dentro dos serviços de saúde essa produção de informações se dá em qualquer ato de cuidado que seja prestado ao usuário. A informação se materializa na comunicação com os usuários, entre os profissionais da equipe e entre os serviços. Considera-se que há uma comunicação eficaz quando essa transmissão de informação entre profissionais e serviços seja oportuna, precisa, sem ambiguidade, sendo esta compreendida pelo receptor (FIGUEIREDO; POTRA; LUCAS, 2019).

Considerando que os cuidados em saúde ofertados aos usuários do SUS acontecem por diferentes profissionais e serviços, essa transição de cuidados entre estes deve ser pautada em uma transferência de informações que tenha como propósito o registro adequado para garantir a transição se dê de forma eficiente entre os níveis de atenção, permitindo o cuidado continuado e integrado para os usuários (FIGUEIREDO; POTRA; LUCAS, 2019).

Na prática dos serviços, essa transferência de informações entre profissionais e serviços pode acontecer de diversas formas: consultas compartilhadas, reuniões,

relatórios, prontuário, documentos, conversas, troca de mensagens em aplicativos de celular, etc. Dentre essas possibilidades, há de se considerar que esta transferência de informações se dá em espaços formais e informais.

Os profissionais do NASF se utilizam das duas formas de transferência de informações.

A gente tem os espaços formais, como os espaços de reunião com as equipes de saúde, que a gente faz no mínimo uma vez por mês. Em algumas equipes é super certinho, inclusive eles pedindo mais reuniões. Mas eu acho que a frequência maior são os espaços de troca de informações não formal. Essa pode ser uma ligação, mensagem, conversa de corredor. (Profissional 1)

A reunião de equipe é tida como o espaço formal mais importante e estruturador no processo de trabalho do NASF.

Então digamos que a reunião de equipe é meio que a ferramenta estruturadora do processo de trabalho. De certa forma, a gente já considera a reunião de equipe como uma ação que a gente faz porque eu não consigo ter, por exemplo, um atendimento, um grupo, um matriciamento estruturado se eu não tiver essa reunião de equipe que organiza minha agenda, materiais, que traz reflexões. É sobre discutir e organizar com a equipe. (Profissional 1)

As normativas do NASF consideram que a reunião de matriciamento com as equipes assistidas ou entre os profissionais do NASF deve ser um elemento constituinte da agenda do NASF (BRASIL, 2014). Assim, é essencial estabelecer espaços rotineiros de reunião para pactuar e negociar o processo de trabalho, planejar as ações no território, discutir casos e avaliar as ações.

As reuniões são ferramentas que oportunizam o processo de ação-reflexão-ação. Esses momentos favorecem a comunicação interprofissional, ao se traçar planos de cuidados colaborativos necessários para suprir as demandas dos usuários e famílias que surgem no território (PREVIATO; BALDISSERA, 2018). Contudo, nem sempre esses espaços são reconhecidos e valorizados pela ESF. As prioridades do trabalho muitas vezes são divergentes, no qual para o NASF os espaços de reunião e de compartilhamento são fundamentais, nem sempre sendo uma prioridade para a eqSF (LUCENA, 2019).

Apesar de reconhecer a importância da realização de reuniões, percebe-se nas falas a seguir que há várias ferramentas que são utilizadas como espaços

informais de transferência de informações, muitas vezes sendo o meio mais utilizado nessas trocas.

Para além do uso da reunião programada, tem uma outra ferramenta muito usada que é o próprio telefone mesmo. Então o trânsito de informação oficial a gente tenta canalizar para as reuniões. Mas a maior parte da comunicação acontece também a partir desses encontros de corredor, de ligações telefônicas, do WhatsApp. (Profissional 4)

Então pra mim é isso, o espaço presencial é o principal. A gente usa pouco e-mail, utiliza mais o telefone. Em algumas unidades de saúde a gente usa essas tabelas do excel de forma online, do Google Drive. Com a Assistência Social a gente faz muito contato por telefone, mas elas funcionam super bem por e-mail também. O bacana é que com a Assistência Social sempre que tem um caso mais complexo elas enviam relatórios. Se elas vão mandar, por exemplo, à Justiça algum relatório, elas copiam a gente. E a gente se comunica com eles pelo celular também. (Profissional 1)

O estudo de Almeida e colaboradores (2021) apresenta nos seus achados a utilização de mecanismos informais para transferir informação, através de telefone pessoal, receituários ou o próprio usuário como porta voz das condutas ao outro nível de atenção. A existência de mecanismos formais de matriciamento só existia em saúde mental, endocrinologia e atenção à gestante. Corroborando com esses achados, outro estudo (PREVIATO; BALDISSERA, 2018) também observou a prática de comunicação informal através de tecnologias comunicativas de mensagens, marcada por um processo de passagem de informações e recados.

Diversas foram as falas que citaram a utilização do Whatsapp como um espaço informal muito utilizado na troca de informações.

Tem casos que chegam pelo WhatsApp, do tipo: 'olha, queria que tu avaliasse fulana'. Ou chega pelo corredor, onde a médica está atendendo em uma sala aí saí, bate na porta do NASF quando sabe que a gente tá lá e diz: 'olha, tem esse caso, podemos agendar?'. Então está ficando mais pontual aquela demanda que vai para uma discussão em reunião. (Profissional 6)

Em algumas equipes a gente consegue fazer uma comunicação mais próxima pelo WhatsApp. O WhatsApp na verdade a gente utiliza com todas as equipes. Tem também a conversa do dia a dia, de você encontrar no corredor, e tem o diálogo na reunião de equipe. A gente vai tentando fazer essa comunicação muito mediada pelos dispositivos. (Profissional 5)

O WhatsApp é uma ferramenta muito importante porque por mais que a gente entenda ela como extraoficial, ela acaba se tornando um pouco oficial também por conta da frequência do uso. (Profissional 4)

As tecnologias de informação e comunicação são muito utilizadas em processos de troca de informações, podendo ser através de computadores, smartphones e softwares. Dentre as tecnologias mais difundidas e utilizadas na vida moderna, o aplicativo do Whatsapp tem ganhado destaque por ser uma ferramenta sem custo, fácil acesso e popularidade, proporcionando a troca de informações de forma compacta e instantânea através de textos, fotos, vídeos e chamadas de voz (SANTOS *et al.*, 2021).

O aplicativo do Whatsapp vem sendo utilizado de modo crescente no campo da saúde, no qual seus diversos usos (suporte profissional, comunicação institucional, educação em saúde, atendimento a pacientes) têm favorecido a prestação de cuidados de saúde de uma forma geral (FRANÇA; RABELLO; MAGNAGO, 2019; LADAGA, 2018; SANTOS *et al.*, 2021).

Uma profissional do NASF traz uma fala em que reconhece o aplicativo de Whatsapp como uma ferramenta de fácil acesso e comunicação no cotidiano, mas de toda forma afirma que há mais qualidade quando o processo de comunicação e troca de informação se dá em espaços formais, mais especificamente no formato presencial.

Eu acho que o bendito WhatsApp, ou talvez não tão bendito, é uma ferramenta muito usada, mas ele não necessariamente é voltada para o seu objetivo porque ele não necessariamente produz qualidade nessa informação. Na minha percepção, a informação de melhor qualidade, a melhor comunicação, é aquela feita de forma. [...] O WhatsApp entrou como uma ferramenta muito forte, só que aí a gente tenta fazer para que ele seja só um organizador, um espaço para confirmar agendas e não que passe a ser um lugar de discussão de caso. A galera até tenta fazer isso, mas a gente dá uma cortada e responde: 'Certo, vamos levar esse caso para a reunião' ou 'ah, é urgente? Então estou indo aí ou amanhã eu passo aí'. (Profissional 1)

Destaca-se que os profissionais do NASF também apontaram o uso do Whatsapp na troca de informações entre eles mesmos.

A gente enquanto equipe NASF usa muito esses recursos e a nossa comunicação digital, de WhatsApp, funciona bem, mas também nesse mesmo limite. Se vai discutir, só em casos com uma situação urgente. Discussão e reflexão de situações mais específicas, problema de caso, tem que ser feito presencial ou então de forma remota com todos nós. (Profissional 1)

Por exemplo, eu como sou técnica de referência lá na unidade em Brasília Teimosa, aí hoje eu recebi uns três casos de uma médica e de outra enfermeira. Aí elas discutem comigo e na mesma hora eu já vou

repassando via WhatsApp para a equipe NASF pra ver como a gente vai poder se articular. (Profissional 2)

O estudo de Santos e colaboradores (2021) evidencia que essa ferramenta tem sido cada vez mais utilizada entre profissionais de saúde com vistas a facilitar as interações diárias, proporcionar uma comunicação clínica mais rápida e permitir o compartilhamento de informações e arquivos. Contudo, salientam que o WhatsApp deve ter seu uso como um apoio adicional e não utilizado como um substituto para o exame clínico do paciente. Devem-se ter cuidados também em relação ao sigilo dos dados e informações dos usuários em posse dos profissionais de saúde.

O uso abusivo e/ou exclusivo dessas tecnologias também pode dificultar e/ou reduzir a colaboração interprofissional devido ao tipo de comunicação superficial estabelecida nessas ferramentas, tornando-se assim uma barreira comunicativa de diálogo entre os profissionais e as equipes (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

5.3.2 Mecanismos para a transferência de informações

Quanto aos mecanismos de registro das informações prestadas ao paciente, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) é o meio preconizado para registro de informações dos usuários na AB. O PEC permite o armazenamento de todas as informações de atendimento dos usuários, exames realizados e encaminhamento feitos. Por ele, o profissional de saúde pode verificar que condutas os outros profissionais da ESF tiveram com o usuário. Vale ressaltar também que é através desse preenchimento que há o registro da produção da AB pelo e-SUS, integrando o SISAB (BRASIL, 2013b).

O PEC também é utilizado pelos profissionais do NASF no registro de suas atividades. Contudo, o PEC não foi citado espontaneamente por nenhum profissional como uma ferramenta utilizada para a continuidade informacional. Quando perguntados sobre o uso do PEC no registro e transferência de informações, alguns citaram a sua busca para avaliar o histórico do usuário quando necessário.

Se necessário a gente busca também no PEC antes do atendimento ou da reunião, para ver alguma informação que passou batido ali Antes de acontecer a reunião do NASF a gente faz essa revisão dos casos. (Profissional 4)

É, quando precisa tem o PEC ali pra gente olhar as informações. (Profissional 3)

Um ponto importante citado na utilização do PEC foi em relação à possibilidade de ver a condução de um profissional da ESF em casos em que isso não foi possível ser feito através de uma discussão de caso, consulta compartilhada ou reunião.

E o fato de ter o PEC, o prontuário eletrônico, foi muito bom porque eu não tenho mais dificuldade de ler a letra das médicas, por exemplo. Então ele abre, organiza as avaliações, possibilita montar um plano terapêutico. Isso, inclusive, permite uma contrarreferência interessante, porque nos casos em que eu não tenha conseguido discutir a tempo aquele caso que a médica acabou de atender, eu consigo dar uma olhada no que a colega fez, registrou, para onde ela encaminhou. De certa forma isso já é uma referência do cuidado, dessa continuidade. (Profissional 1)

O PEC é uma indispensável ferramenta de registro de informações em saúde. Através de um processo informatizado e de acesso fácil, sua implantação permite superar o amontoado de papéis físicos nas unidades, a falta de área física nas unidades para armazenamento, a ilegibilidade das condutas escritas e a redundância de informações (SCHÖNHOLZER; PEREIRA; ZACHARIAS, 2020). Sua utilização permite um maior fluxo e acesso a informações na RAS.

Desse modo, é importante que haja a comunicação entre a AB e os demais níveis na RAS por meio da regulação, referência e contrarreferência, possibilitando que as informações em saúde tramitem ao longo dos percursos de cuidado transitados pelo usuário. Freire, Meirelles e Cunha (2019) ressaltam ainda sobre a pertinência do processo de informatização da RAS através dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que possam permitir a interoperabilidade entre os sistemas e, conseqüentemente, maior efetividade do fluxo de informação que articula a RAS.

Assim, o estabelecimento de conexões sólidas entre os níveis de atenção possibilita a continuidade da informação e do cuidado em tempo oportuno, com a oferta de serviços adequados às necessidades dos usuários. É essencial a efetivação da AB como porta de entrada que coordene o cuidado e ordene o acesso a outros níveis de atenção, não tornando esse seu papel apenas um significado administrativo, que ameace a integralidade da atenção (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Como citado, a referência e contrarreferência também faz parte desse fluxo adequado de informações, principalmente por considerar que a AB deve operar e coordenar a atenção à saúde do usuário na RAS. Quando questionados sobre a continuidade informacional entre os profissionais do NASF e os demais serviços da RAS através da referência e contrarreferência, alguns apontamentos importantes foram trazidos.

Diversas foram as falas dos profissionais do NASF relatando dificuldades na prática de troca de informações e diálogo com outros profissionais da RAS através da contrarreferência.

Com o PEC, quando a gente faz um encaminhamento, mesmo que seja o informal, a gente pode fazer pelo papel e imprimir pelo computador. Aí a gente pode escrever melhor os motivos pelo qual a gente tá encaminhando um usuário e lá eu sempre coloco escrito: 'devolver para a saúde da família'. Mas eu nunca recebi esse papel de volta. [...] Eu já fiz o teste de mandar para o CAPS e percebi que não voltou. Quando eu pergunto eles dizem: 'Ah, eu vi aquele papel que ele trouxe, mas eu nem achei que era pra mandar de volta'. Mas eu deixei claro lá: 'contrarreferência, favor dizer se o usuário ficou admitido ou não'. Então como é que a gente consegue fazer a referência e a contrarreferência funcionar? (Profissional 1)

Já fiz isso de ter no papel a descrição do encaminhamento, de fazer a historinha e tudo, e a gente tem relato do usuário dizendo que o profissional lá nem olhou, nem leu. Eu acho que ao pensar em uma rede de atenção à saúde, todos os profissionais deveriam passar por qualificação, independente de que nível assistencial a gente está falando. (Profissional 4)

A gente fazia o encaminhamento, ajudava a qualificá-lo, mas não tínhamos diálogo ou contato com o profissional ou serviços que a gente estava mandando. Não havia retorno das informações. (Profissional 3)

Há uma fala intrigante de um profissional do NASF afirmando que nunca conseguiu obter uma contrarreferência considerando os seus mais de dez anos de atuação profissional. A exceção disso é quando ele conhece o profissional ou serviço a que está sendo feito o encaminhamento, necessitando fazer esse contato direto.

Na verdade, eu acho que esse tempo todinho que eu estou no NASF, mais de 10 anos, nunca tivemos contrarreferência. Essa troca só surge se o profissional conhece o outro. Tipo, eu conheço a menina do NDI [Núcleo de Desenvolvimento Infantil] do Lessa de Andrade, então eu encaminho alguns pacientes para ela. Aí ela me diz: 'Olha, fulano apareceu ou estou dando alta à fulano'. Então é assim, a referência e contrarreferência existe via conhecimento, mas nesse negócio de ser formalmente não existe esse fluxo e contrafluxo de informação. (Profissional 6)

Outros profissionais do NASF também citaram essa necessidade de conhecer e estabelecer um contato com esse outro profissional para que assim se estabeleça uma comunicação. O perfil do profissional, considerando seu entendimento sobre essa importância de contato com a AB, também foi referido.

A qualidade dessa troca, de conseguir a contrarreferência, é muito da característica do profissional que está do outro lado, que entende essa importância de troca com a gente. Antes a gente não conseguia com o CAPS, e agora a gente já consegue porque teve uma mudança de profissional e isso para a gente foi muito bacana por serem profissionais que compreendem. No ambulatório chegou uma nova psiquiatra e a gente já conseguiu, por exemplo, discutir um caso com ela, que até então a gente nunca tinha feito. Então assim, é muito da articulação do profissional com o profissional, aquele que você tem o contato e vai tecendo essas redes. E depende muito do profissional que tá do outro lado, de entender isso como algo que é potente, que abre muitas possibilidades para pensar outras formas de cuidar. (Profissional 5)

Sim, a troca de informações dá certo quando a gente conhece o profissional de lá. Por exemplo, eu trabalhei muitos anos na AACD [Associação de Assistência à Criança Deficiente] antes de entrar no concurso do NASF, então toda vez que é um caso que vai para lá eu mesmo ligo, pergunto, peço ajuda, sabe? (Profissional 3)

Geralmente quando a gente encaminha, dependendo muito de cada serviço, a gente costuma pedir pra pessoa levar também um papel, descrevendo o caso. Mas assim, por exemplo, eu tenho o hábito de quando encaminho alguém para o CAPS, como eu tenho o número dos meninos de lá, eu já mando o Whatsapp: 'olha, eu estou mandando o fulano, depois tu me dá um retorno'. (Profissional 4)

Percebe-se nas falas que os profissionais do NASF buscaram esse estreitamento de relações mais pessoais com os profissionais da rede como forma de conseguir informações sobre o cuidado prestado ao usuário. O retorno dessas informações é considerado pelo NASF como essencial para garantir a continuidade do cuidado em saúde para o usuário na AB.

Nessa próxima fala se percebe uma reflexão sobre isso de uma forma mais macro, discutindo inclusive o papel da AB na coordenação do cuidado e a necessidade de que essa comunicação e ligação entre os pontos da RAS seja efetivamente estabelecida, com profissionais cientes e qualificados que troquem informações para garantir a continuidade do cuidado entre profissionais e serviços.

Quando a gente estava discutindo a questão dos cuidados com pacientes pós-Covid, a gente cita a necessidade do resumo de alta, e o profissional faz: 'é, eu nunca tinha pensado nisso'. Então não adianta a gente estar aqui dizendo 'oi, olhem pra mim, a gente tem muita informação para subsidiar o trabalho de vocês aí do outro lado, a gente precisa se comunicar', se eles

não sabem e não estão nem aí. E aí quando você pensa sobre a responsabilidade ser da atenção básica, na coordenação da rede de atenção da saúde como um todo, em todos os seus pontos e níveis assistenciais, alguém precisa pensar na necessidade de qualificar esses profissionais no sentido e compreensão da rede, porque eles são qualificados enquanto serviço específico e não adianta só isso. Isso não dialoga, então eu não vou ter solução de comunicação e continuidade assistencial enquanto isso não dialogar. (Profissional 4)

Almeida e colaboradores (2021) também evidenciaram esses desencontros no estabelecimento de relações de diálogo entre os profissionais, além do conhecimento restrito sobre o papel da AB. A organização da RAS também se mostra falha devido à insuficiência de mecanismos adequados para a articulação e a pouca quantidade de serviços especializados que promovam o seguimento satisfatório e coerente do usuário entre níveis assistenciais.

Quanto aos mecanismos de transferência de informações, estudo (ALMEIDA *et al.*, 2021) evidenciou problemas no acesso ágil e oportuno à informação, reconhecendo a ausência de meios adequados para a transferência de informações e a falta de diálogo entre profissionais. Apesar de existirem mecanismos formais para a transferência de informações, estes são pouco utilizados e mal preenchidos pelos médicos, revelando a falta de contrarreferência. Essa falha na contrarreferência foi ressaltada como obstáculo ao adequado acompanhamento dos pacientes.

É importante salientar que essa fragmentação da comunicação e, conseqüentemente, das práticas estabelecidas evidencia uma crise no modelo de atenção que coloca em cheque a lógica da RAS que deveria ter a AB como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso a demais níveis de atenção. A dificuldade de transferência de informações sobre a assistência prestada ao usuário e falta de comunicação entre os profissionais compromete significativamente a qualidade das ações ofertadas.

5.3.3 Utilização de instrumentos para construção de informações no trabalho compartilhado

O NASF, visando desenvolver suas ações com equipe e território, se utiliza de ferramentas tecnológicas de trabalho, tais como apoio matricial, consulta

compartilhada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e pactuação do apoio (BRASIL, 2014).

Esse estudo em tela considerou o PTS, PST, discussão de caso e consulta compartilhada como ferramentas utilizadas para construção de planos de cuidado para o usuário que são elaborados através do trabalho compartilhado do NASF com as eqSF. Essas ferramentas demandam encontros de planejamento e pactuações entre esses profissionais, favorecendo a corresponsabilização do cuidado. Assim, cabe considerar que tais práticas geram informações que são registradas e que demandam o acompanhamento dos resultados, revelando-se assim como ações que promovem a continuidade informacional.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário. Os Cadernos de Atenção Básica do NASF incluem o PTS como um dos dispositivos para serem utilizados no processo de trabalho do NASF. Através dele, o profissional do NASF juntamente com a equipe de referência pode construir um projeto individualizado para o usuário, contendo as responsabilidades de cada profissional para atender as necessidades do paciente. Essa ampliação da comunicação entre profissionais no cuidado terapêutico do usuário traz o fortalecimento dos vínculos e aumento do grau de corresponsabilização (BRASIL, 2014).

Alguns profissionais do NASF relatam ter dificuldade para construir um PTS junto com a ESF.

Essa discussão sobre instrumentos específicos, como implementar uma ferramenta muito específica quanto é um PTS, que necessita de tempo, que busca dos profissionais uma atenção especial, eu exijo desse profissional e de toda a equipe uma energia a mais, maior dedicação, e nem toda equipe aceita isso bem. Embora a gente saiba que muitos dos casos que a gente acompanha sejam casos de PTS, a gente tenta discutir com essa perspectiva, sem necessariamente trazer o nome PTS. A gente discute como um PTS, falando sobre todas as articulações que um PTS demanda, mas muitas vezes sem nomear enquanto PTS pra que não haja esse entrave da própria equipe, entende? (Profissional 3)

Eu acho que o projeto terapêutico formal, o PTS como a gente estudou, é bem raro de se ver. Eu acho que a gente enquanto NASF ainda consegue aprofundar algumas discussões, instigar a rede, trazer principalmente o CAPS. De rede especializada o CAPS é o único que a gente consegue trazer para uma discussão mais efetiva. Tem o CREAS, da assistência social, que é super aberto pra fazer também projetos terapêuticos mais aprofundados. Mas eu não sei se eu consideraria algum deles um PTS real como a gente gostaria. Na minha equipe a gente ainda tem uma tentativa ou outra de fazer Projetos de Saúde do Território, sem esse nome, sem necessariamente aquela intencionalidade. São projetos que envolvem a

comunidade, no qual eles apontam quais são as suas necessidades. Pode-se envolver a escola, alguns centros religiosos, principalmente em duas das comunidades que são bem mais ativas, aí dá para fazer um ou outro projeto. (Profissional 1)

Outro profissional do NASF diz que elabora um projeto de cuidados semelhante a um PTS, mas somente entre os profissionais do NASF. Ele ressalta a importância de incluir o usuário.

O PTS 'classicção', nos termos que os livros pedem, eu acho que ele perdeu muita força nos últimos anos. E a gente acaba considerando que às vezes o corrompe, digamos assim, fazendo meio que direto, entre a equipe NASF e o usuário. É muito importante incluir o usuário. Talvez dê mais certo de fazer entre a gente do NASF porque temos mais espaço dentro do próprio NASF para se discutir um caso com muito mais profundidade, de estruturar esse caso a partir das suas potencialidades e demandas. Mas fazer isso com a equipe de saúde da família é muito mais difícil. (Profissional 1)

Há também outra ferramenta, o Projeto de Saúde no Território (PST). O PST é uma estratégia que visa desenvolver ações na produção em saúde em um território, estabelecendo redes de cogestão e corresponsabilidade entre os diversos atores sociais do território. Funciona como um catalisador de ações locais para reduzir vulnerabilidades e melhorar a qualidade de vida em um território. Este é um instrumento recomendado para utilização na ESF e pelo NASF (BRASIL, 2010a; 2014)

Assim, o PST a gente ainda fez algumas tentativas, por exemplo, com a escola que a gente tem mais proximidade nesse contexto da pandemia. A professora trazia muito essa coisa da preocupação com os alunos no território, da comunidade. E a gente ia tentando construir algumas brechas de como a gente poderia atuar. A escola, interessada em estar discutindo alguns temas, convidava a gente também, mas muita coisa não andava. (Profissional 5)

Então eu acho que a gente faz muito mais discussão de caso do que Projeto Terapêutico Singular, infelizmente. Não era o que eu queria, não é o que eu acho que seria uma assistência com mais qualidade. (Profissional 1)

Reforça-se que o trabalho do NASF não se consolida apenas com os profissionais dos Núcleos. Tais ferramentas de trabalho, como o PTS e PST, pressupõem que haja um compartilhamento de ações e responsabilidades com os demais profissionais matriciados da AB. Essa não integração e construção fragmentada faz com que os profissionais tenham dificuldade de colocar em prática essas ferramentas (LUCENA, 2019).

Slomp Júnior, Franco e Merhy (2022) fazem uma reflexão sobre o questionamento que muitos profissionais de saúde fazem frente a uma possibilidade de elaboração de um PTS: “Se um caso ‘difícil’ já não é simples, por que complicar mais?” (p. 11). De fato, casos que desafiam as possibilidades existentes de cuidado normalmente são os escolhidos para construção de um PTS. Este tipo de projeto demanda trabalho com comunicação e corresponsabilização interprofissional, tempo para construção, reuniões de acompanhamento e possíveis reelaborações de planos. Muitas vezes, diante do trabalho complexo na saúde, isso parece desafiador, porém, a tentativa de facilitar ou simplificar as condutas em saúde pode se transformar em um caminho ilusório de cuidado que não vai atender realmente as demandas mais complexas que algumas situações de saúde exigem.

Quando questionados aos profissionais do NASF sobre a realização de discussão caso ou consulta compartilhada para usuários que necessitem do olhar de diferentes profissionais, os mesmos relatam que os profissionais da ESF fazem essa solicitação, contudo, muitas vezes tem se dado mais em espaços de comunicação informal, como no Whatsapp, corredor da unidade.

E o trabalho ficou meio que realmente aprisionado nesse sentido, de estar vendo os casos prioritários que as equipes demandam pelo WhatsApp, no corredor, na nossa sala quando nos encontram. As discussões de caso também são só com um dos profissionais, podendo ser o ACS, a enfermeira ou com o médico, não existindo mais aquela roda com todos em que se discute, se programa o que vai fazer, compartilha o cuidado. Não existe, ficou partido mesmo. (Profissional 3)

Hoje o que está acontecendo é o seguinte: quando a gente tá nas unidades de saúde, os casos são passados pra gente diretamente pelo médico ou enfermeiro, às vezes no corredor mesmo. (Profissional 2)

Outros profissionais do NASF relataram que algumas vezes surgia discussão de caso em reuniões do NASF com a eqSF, no entanto, como não estas reuniões não estão sendo feitas com regularidade, esse tipo de atividade tem sido raramente realizada.

Reunião não tem mais. Já faz um ano e meio que a gente não tem reunião com nenhuma das oito equipes, nem online porque aqui algumas equipes aceitam se reunir assim. Então a comunicação só não está travada porque a gente se encontra na unidade, discute casos individualizados, sem ser compartilhado com o restante da equipe. Temos de vez em quando algumas reuniões online, mas não é a mesma coisa. (Profissional 3)

Até hoje a gente não conseguiu retomar a reunião presencial com as equipes Os casos são passados individualmente por alguém da ESF, e o

profissional do NASF que recebe o caso leva para discussão na nossa reunião. Ou seja, o nosso processo de trabalho tá quebrado. Paramos na questão de ter momentos de agenda para reunir, discutir, programar. (Profissional 4)

Estudo (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018) revela que a ausência de espaços para reuniões e momentos protegidos na agenda das duas equipes, NASF e ESF, foram fatores apontados como dificultadores para realização de discussão de caso e construção de projetos terapêuticos compartilhados. Tais práticas necessitam de tempo para deliberação conjunta e comprometimento dos profissionais quanto ao compartilhamento de responsabilidades.

O exemplo de Campinas (CASTRO *et al.*, 2016) demonstra o oposto, no qual havia a priorização desse encontro entre as equipes através de agenda pactuada, utilizando-se desse espaço para acionar o apoio matricial, discutir casos e definir intervenções em conjunto.

Contudo, vale frisar que os espaços de discussões coletivas são importantes, mas ainda assim não garantem que as práticas em saúde sejam desenvolvidas de forma interdisciplinar. O entendimento e valorização da equipe sobre a utilidade desses espaços é essencial para que estes momentos não sejam enxergados como perda de tempo (CINTRA; DORICCI; GUANAES-LORENZI, 2019).

Principais reflexões sobre a continuidade informacional

A transferência de informações do NASF se dá menos em espaços formais e mais nos informais, sendo reconhecido pelos profissionais do NASF a potencialidade do encontro presencial em reuniões, sejam elas com a eqSF ou entre o próprio NASF. Contudo, evidencia-se que os espaços e trocas informais têm sido mais frequentes na comunicação e transferência de informações com outros profissionais e serviços.

A comunicação via tecnologia de informação, como o Whatsapp, tem se tornado cada vez mais utilizada em processos de troca de informações. Apesar da facilidade de uso na transferência compacta e instantânea de informações, profissionais do NASF se atentam para que seu uso seja enquanto um espaço organizador e para comunicações curtas e pontuais, não passando a ser um lugar de discussão de caso ou de processo de trabalho.

A utilização de instrumentos de trabalho compartilhado para a construção e transferência de informações foi evidenciada no estudo, contudo, percebe-se que a robustez de alguns instrumentos, como o PTS e o PST, e a necessidade de maior tempo de dedicação com as eqSF contribuem para a sua pouca utilização pelo NASF. Consultas compartilhadas e discussão de casos são realizadas pelos profissionais do NASF com a ESF, contando com a participação de um ou poucos profissionais.

A ausência de utilização de instrumentos que poderiam auxiliar nas práticas de saúde coletivas e corresponsabilizadas evidencia uma crise no cuidado no qual o usuário pode passar a não ser adequadamente assistido diante de determinadas situações complexas que necessitariam de planos de cuidado mais robustos, comprometendo a qualidade em saúde.

Problemas referentes ao registro de informações e seu trânsito entre profissionais e serviços foram trazidos diante da dificuldade de práticas de referência e contrarreferência. Visando garantir essa troca de informações com outros profissionais e serviços, os profissionais do NASF buscam um estreitamento de relações mais pessoais com os profissionais da RAS através de troca de mensagens ou ligações telefônicas. Evidencia-se assim que há uma contrarreferência por amizade ou por consideração, e não por entenderem a importância de troca de informações para qualificar a continuidade do cuidado prestado ao usuário.

Essa dificuldade de troca de informações e comunicação entre profissionais e serviços da RAS pode comprometer a continuidade informacional e consequentemente a qualidade da assistência prestada.

5.4 PRÁTICAS RELACIONAIS E SEUS MECANISMOS DE COMUNICAÇÃO

Este tema apresenta sobre a relação e comunicação que o NASF estabelece nas suas práticas, considerando essa integração com a ESF enquanto equipe matriciada; a formação de vínculo e relação do profissional do NASF com o usuário assistido; e por fim, que estratégias e mecanismos os profissionais do NASF utilizam na comunicação com os usuários com vistas a conseguir maior compreensão e consequentemente maior seguimento das orientações ofertadas.

5.4.1 Relação e comunicação com a Estratégia de Saúde da Família

O diálogo é uma importante ferramenta para consolidar a comunicação interprofissional, sendo um ponto fundamental na prática colaborativa entre profissionais de saúde. A comunicação através de diálogos horizontalizados potencializa a aprendizagem profissional e melhora as relações de trabalho (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Uma fala traz essa potencialidade do mecanismo da comunicação, compreendendo esta como importante no processo de trabalho do NASF.

A comunicação deve ser considerada como uma estratégia, um mecanismo que pode e deve ser usado para que haja a continuidade do cuidado, transversalidade, essa deve ser a base. Mas é necessário que tenha o próprio engajamento do profissional nessa construção, no entendimento de que para ter um cuidado integral, que é transversal e longitudinal, a comunicação deve ser considerada como um aspecto importante. (Profissional 4)

Então a comunicação com as equipes, essa discussão conjunta onde a gente constrói esse cuidado de forma coletiva, eu considero isso uma potência. Isso ajuda muito a desenvolver as ações, bem como facilita o trânsito dessa informação inclusive com os outros pontos da rede quando o usuário precisa. Então é importante ter uma boa comunicação com as equipes assistidas. [...] Do ponto de vista da qualidade, é muito positivo quando acontece uma boa comunicação, e negativo quando é difícil demais, quando essa comunicação não existe. (Profissional 5)

Os profissionais do NASF reconhecem que, quando há uma boa relação e diálogo entre os profissionais de saúde, a comunicação tende a ser mais efetiva no cuidado em saúde com e para os usuários. Vale destacar que o processo de trabalho do NASF no matriciamento das equipes requer cotidianamente que haja uma comunicação interprofissional. Essa comunicação assegura a participação e interação entre os sujeitos, gerando segurança e confiança, tão importantes para o trabalho compartilhado e corresponsabilizado.

Há desafios no diálogo interprofissional, no qual essa comunicação frágil traz prejuízos à integralidade da atenção. Possíveis exigências e cobranças existentes nos serviços de saúde (metas para número de procedimentos/atendimentos, melhorar indicadores de saúde) podem vir a burocratizar o atendimento e afetar o diálogo autêntico entre as diversas categorias profissionais (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Em relação à comunicação entre eqSF e NASF, outro estudo (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018) evidenciou fragilidades. Quanto a mecanismos formais, não se constatou meios oficiais de comunicação entre as equipes para encaminhamento de casos ou solicitações de apoio. Da mesma forma, as práticas informais não se mostraram efetivas ao se perceber fragilidades na troca de informações e dificuldades de esclarecimentos e pactuação de responsabilidades entre os profissionais e as equipes.

Leva-se em consideração também os meios que podem estar sendo utilizados nessa comunicação. O uso de tecnologias comunicativas pode suscitar uma comunicação baseada em um processo de passagem de informações e recados. Esse ato de comunicação que considera somente a passagem de informações caracteriza um mero verbalismo, dificultando a colaboração comunicativa entre as equipes (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

O estudo de Cintra, Doricci e Guanaes-Lorenzi (2019) também ressalta a importância da criação de espaços de diálogos diversos entre os profissionais para promover maior integração entre a equipe e melhorar a qualidade da assistência. Verificou-se que os profissionais sentiam a necessidade de também conversar sobre os próprios relacionamentos pessoais, e assim criaram um espaço de discussão específico para isso. Nesse momento eles discutiam seus problemas e conflitos, com vistas a estabelecer um melhor relacionamento entre os profissionais e com isso promover um melhor ambiente de trabalho.

Os profissionais do NASF referiram que a comunicação se dá de forma mais fluida com as eqSF em que eles têm mais proximidade.

Nas equipes em que a gente está mais frequente, que temos uma relação mais próxima, a gente consegue ter um trânsito mais fácil. E aí com essas equipes a comunicação é no dia a dia, a gente se encontra, conversa. Estamos conseguindo realizar encontros mensais com essas equipes. Com as outras equipes em que a relação é mais complicada fica tudo muito mais difícil. (Profissional 5)

É importante uma boa comunicação com a ESF. É uma forma de integração do NASF com a equipe assistida. Esse diálogo precisa acontecer de uma forma muito linear, homogênea, precisa haver esse entendimento, deles enquanto atenção primária e do nosso papel. (Profissional 4)

O trabalho do NASF deve ser realizado de maneira compartilhada com a ESF. Contudo, quando não há esse entendimento do trabalho colaborativo junto ao NASF, predomina-se a lógica do trabalho individualizado pelas equipes. Pensar no trabalho

do NASF no qual não há uma boa comunicação profissional com a ESF e entendimento da equipe de referência sobre seu papel de apoio consequentemente virá a comprometer a lógica de trabalho e assistência à saúde preconizada na AB.

Os achados do estudo de Bispo Júnior e Moreira (2018) que essa incompreensão resultava em uma baixa interação entre equipes e articulação de atividades, no qual a atuação do NASF se dava de maneira desarticulada e isolada, atuando em paralelo ao trabalho das eqSF.

O não entendimento do papel do NASF quanto ao apoio matricial também foi constatado pelos autores. Para os profissionais do NASF, seu apoio matricial se daria no desenvolvimento de atividades grupais ou educativas. Já os profissionais da ESF tinham a expectativa de suprir sua necessidade de apoio na retaguarda especializada individual. Essa divergência e tensionamentos fazia com que a eqSF não requisitasse ou até desvalorizasse o trabalho do NASF (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018).

A questão de ter um espaço específico para o NASF na USF, o chamado ponto de apoio, também é considerado como um ponto positivo que facilita a comunicação do NASF com a eqSF por conta da presença e pertencimento daqueles profissionais na rotina da unidade.

O estabelecimento de vínculo e intimidade são muito mais fortes com as equipes que estão em unidades que a gente tem a sala de ponto de apoio do NASF. A gente percebe que a comunicação é muito mais eficiente. E é por isso que eu falo da importância da presença, entendeu? A presença física mesmo, considerando a frequência que a gente está lá, a quantidade de dias. Isso amplia muito o vínculo, a relação, a comunicação. (Profissional 1)

Vale ressaltar que a necessidade de ter ponto de apoio para o NASF foi apontada na categoria anterior apresentada aqui nesta tese sobre as práticas de qualidade e a responsabilidade municipal em implantar determinadas melhorias.

A proximidade do NASF com as eqSF considerando sua presença física mais frequente nesses espaços também tem favorecido as discussões sobre o processo de trabalho da eqSF, que é uma atividade prevista nos documentos normativos do NASF.

A gente discute muito mais processo de trabalho com as equipes das unidades em que a gente tem a sala de ponto de apoio. Com essas equipes a gente tem mais proximidade e eles entendem a potencialidade que é

discutir o processo de trabalho conosco. Com outras equipes é mais complicado porque eles ainda têm certa dificuldade de aceitar a gente, de compreender nosso trabalho. Eles pensam: 'Tu vai meter o bedelho na minha agenda, na minha forma de fazer? Quem é você, o coordenador de área?'. Como a gente tem uma boa relação com a maioria das equipes, às vezes a gente diz para eles: 'E se vocês fizessem assim com tal situação?' E eles recebem bem, escutam. (Profissional 1)

É papel do NASF apoiar na organização do processo de trabalho das equipes assistidas. Essa fala evidencia que algumas eqSF não só não reconhecem o trabalho do NASF, como também repelem a contribuição deles para aprimorar o seu trabalho, demonstrando um comprometimento do trabalho do NASF com e para as equipes da ESF.

Araújo e colaboradores (2019) apontaram que essa falta de integração e entendimento é um grande desafio do trabalho multidisciplinar que dificulta a atuação de ambas às equipes quanto ao princípio da integralidade, ocasionando falha de comunicação e, conseqüentemente, de planejamento e pactuação das atividades a serem realizadas no território.

5.4.2 Formação de vínculo entre profissional NASF e usuário

A comunicação com o usuário é um fator extremamente importante na qualidade do cuidado prestado. O vínculo que se estabelece entre profissional e usuário é também considerado como essencial para que o usuário estabeleça uma relação de confiança e este possa compartilhar com o profissional sobre suas necessidades em saúde e suas subjetividades.

Observa-se que os profissionais do NASF compreendem a importância da comunicação e relação com o usuário para subsidiar as práticas de cuidado.

Mas eu acho que o aspecto de qualidade mais significativo nesses atendimentos, no pouco contato que a gente acaba tendo com o usuário dada a demanda que a gente tem, é a comunicação. Uma comunicação bem feita, clara com o usuário e família, voltada para a estratégia de cuidado com a corresponsabilização da família é extremamente importante nas práticas de saúde. É preciso desenvolver estratégias de comunicação. Não adianta eu ou o Terapeuta Ocupacional chegar e dizer: 'olha, vou prescrever isso e você tem que fazer tal exercício aqui', se antes eu não acolher, não entender se eles têm aptidão, se eles têm até uma organização funcional da própria família para poder desenvolver. E tudo isso perpassa pela importância na relação e comunicação com o usuário. (Profissional 4)

Para que essa comunicação com o usuário aconteça, ela seja resolutive, eu tenho que dar a ele credibilidade, ele precisa acreditar em mim, na Atenção Básica e nos demais serviços de saúde que ele for. (Profissional 3)

O estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional já é preconizado pelo próprio modelo de cuidado no território exercido pela ESF. A adscrição do território faz com que aqueles profissionais exerçam o cuidado diariamente naquela área, favorecendo a formação de vínculo e confiança com o usuário.

Contudo, devemos levar em consideração que a princípio os profissionais do NASF não têm vinculação direta/imediata com os usuários. O vínculo primário do usuário é com a eqSF, por isso é essencial que a qualidade do vínculo usuário-eqSF seja de qualidade (BRASIL, 2014). Isso influencia no vínculo secundário estabelecido do NASF com o usuário a partir do momento em que ele é solicitado pela ESF.

Araújo e colaboradores (2019) verificaram no seu estudo uma fragilidade do vínculo do NASF com as eqSF e com a comunidade, considerando esse fator como um aspecto restritivo para a atuação do NASF quanto ao princípio da integralidade. Dentre as justificativas para tal fragilidade, apontaram o número de equipes, e consequentemente territórios, vinculados a uma equipe de NASF, no qual essa quantidade gera uma sobrecarga que impossibilita um apoio efetivo e contato mais próximo com o usuário.

Os profissionais do NASF relatam nessas falas essa relação de vínculo com os usuários no território.

Tem comunidades que a gente conhece muito mais. Para mim esse fato de conhecer as pessoas pelo nome, de saber quem é mãe e pai, amplia ainda mais essa comunicação e essa qualidade da assistência. Eu acho que também até pelo tipo de formação que eu tive, que eu busquei ter, essa coisa da comunicação horizontal, das relações e vínculos que precisam ser estabelecidos, isso entra como um marco no tipo de assistência que eu sempre tento pôr em prática. (Profissional 1)

É importante conversar com o usuário, entendê-lo. A gente tem uma visão muito aberta, integral mesmo do sujeito, e a gente leva em consideração tudo, história de vida, do contexto que ele vive, o que ele tem acesso, às relações familiares, tudo que tá em jogo e em volta dele para que a gente possa orientar e ajudar no que for preciso. [...] Então a gente tem um viés de trabalhar sempre a família, mesmo que a gente esteja olhando para um usuário, temos que olhar para a família também. Dá trabalho porque não é um atendimento de 10 minutos. Ele dura de 30 a 40 minutos porque a gente escuta a pessoa, a gente olha para a pessoa. (Profissional 3)

Essa comunicação é muito potente, a gente consegue dialogar com realidades quando a gente está dentro do território. A gente se comunica com o outro a partir do que ele vive, de onde ele vive, do que é real pra ele e não para a gente, e isso aproxima muito da perspectiva do cuidado, que é próprio, que é dele, antes de ser destinado a um ou outro profissional. Então eu acho que é isso, essa comunicação com o usuário é uma estratégia chave, que se bem feita, consegue ser bastante resolutive desde o primeiro contato. Por estar no território, essa comunicação com o usuário consegue abrir elementos que ele não conseguiria dentro de um consultório médico. A fala do profissional que está no território partindo da realidade dele, vai abrir porta pra ele me falar sobre coisas que ele não falaria a outro profissional que está longe ou não conhece seu território. (Profissional 4)

A prática de saúde no território adscrito deve ser pautada na leitura singular e própria da realidade enfrentada. Nessa perspectiva, o profissional na AB se vê obrigado a lidar com a realidade social e de saúde dos usuários, analisando esses elementos para assim propor condutas de cuidado que realmente atendam as necessidades vividas pelo usuário.

O cuidado em saúde requer que essa relação com o usuário seja acolhedora, humanizada, com uma escuta qualificada e implicada com a realidade vivenciada pelos sujeitos. A presença e essa responsabilidade com o outro podem contribuir para que o cuidado caminhe juntamente com a clínica e a atenção a saúde (SLOMP JÚNIOR; FRANCO; MERHY, 2022).

Sobre o estabelecimento de vínculo entre profissionais dos NASF e os usuários, Moreira e colaboradores (2021) trazem um achado relevante quanto a capacidade das ações coletivas contribuírem com o desenvolvimento de relações de confiança. Houve relatos de que o conhecimento do profissional NASF acerca das singularidades dos participantes dos grupos favoreceu para o desenvolvimento das atividades e na disposição dos usuários em seguir as orientações realizadas.

É importante enfatizar que o usuário não deve ser apenas foco da comunicação entre os profissionais, e sim o mesmo participar dos seus cuidados de forma efetiva, integrado e corresponsável pelo seu autocuidado. Oposto a essa proposição, achados de estudo (PREVIATO; BALDISSERA, 2018) evidenciaram que o usuário não teve nenhum protagonismo frente ao processo de comunicação interprofissional, sendo apenas o foco da comunicação entre os profissionais. Isso pode acarretar em consequências negativas na prática profissional, como a alienação do trabalho e sua descontextualização, traduzindo uma relação antidialógica do fazer em saúde.

Mais uma vez a sala de ponto de apoio foi abordada nas falas. Profissional do NASF relatou que a existência desse espaço para o NASF na USF contribui também para uma maior presença do profissional naquele território, favorecendo o estabelecimento de vínculo com o usuário.

Vou de novo do ponto de apoio. Eu acho que também pelo fato de a gente estar mais tempo na comunidade onde a gente é ponto de apoio, a comunicação com esse usuário é muito maior. E aí eu resgato, inclusive, a própria territorialização. Na comunidade que a gente está como ponto de apoio a gente conhece muito mais na palma da mão o território do que as outras. Lógico que a gente acaba conhecendo todos os territórios, mas é importante estar mais presente no dia a dia, nas dinâmicas e ações que acontecem. [...] Então nessa comunidade que temos mais presença, que vai muito além do cuidado clínico, faz com que nosso vínculo seja muito, muito mais forte. (Profissional 1)

Esse conhecimento do território também favorece para que a comunicação e orientações realizadas ao usuário levem em consideração os dispositivos sociais do próprio território, como dito nesse relato:

A gente está sempre lá, fazendo parte da comunidade, e isso fala muito na minha assistência à saúde, porque aí eu posso indicar locais daquele território. Por exemplo, estou atendendo junto com a nutricionista, aí eu já indico: 'Olha, tu sabia que tem um lugarzinho tal, na barraca de fulaninha que a fruta tá mais barata em tal dia da semana'. E às vezes o usuário nem sabia disso. Então pra mim essa territorialização, digamos assim, também fala muito do cuidado. Eu posso chegar em um instituto, ONG que presta assistência para essa comunidade e falar dos usuários pelo nome, e isso é diferenciado. (Profissional 1)

A atuação do NASF no território favorece ao conhecimento dos dispositivos sociais presentes nestes, como escolas, igreja, comércios, associação de moradores, equipamentos de lazer, entre outros. Identificam-se com isso vantagens nesse atendimento próximo ao domicílio, permitindo o conhecimento do território e suas condições de vida.

Moreira e colaboradores (2021) constataram que, apesar do diminuto envolvimento do NASF no desenvolvimento do cuidado de longa duração, os usuários avaliaram que o cuidado continuado pelo NASF traria mais potência na AB justamente por esses profissionais conhecerem o território e seus problemas sociais e de saúde, entendendo estes como especialistas contextualizados com as realidades locais.

Outro ponto abordado foi em relação a essa construção de vínculo mediada pelo profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS), já que esse profissional na maioria das vezes faz essa ponte entre os profissionais da ESF e os domicílios dos usuários.

O nosso principal mediador é o agente de saúde, que muitas vezes estabelece essa comunicação e auxilia para se transformar em uma vinculação. Então quem a gente conta para tudo é ACS. Ele faz também o acompanhamento, vai se comunicando mais com o usuário. A gente fala para o usuário que qualquer coisa pode procurar o agente de saúde, que ele nos avisa. (Profissional 5)

A gente tem como principal ponte o ACS. Então a gente avisa ao usuário que qualquer coisa ele pode ligar para o telefone da unidade, mandar e-mail ou pode mandar recado pelo ACS que a gente tenta entrar em contato. (Profissional 6)

O estudo de Moreira e colaboradores (2019) evidencia que os ACS se percebem como principal meio para ter acesso aos profissionais do NASF. Na sua percepção quanto à atuação do NASF na AB, há um comprometimento do acesso dos usuários ao NASF devido a grande quantidade de eqSF apoiadas por cada equipe NASF e pela organização do trabalho do NASF com priorização das atividades coletivas. Eles também relataram uma pouca aceitação do NASF pela comunidade, relacionando também a priorização dos espaços grupais no qual o usuário tem ressalvas para expor seus problemas particulares.

Eles também consideraram frágil o vínculo entre NASF e usuário em virtude de haver restrições nos atendimentos individuais e visitas domiciliares e em relação a não continuidade do cuidado. Estes fatores são apontados como obstáculos para o estabelecimento de relações duradouras e de confiança com os profissionais do NASF (MOREIRA *et al.*, 2019).

5.4.3 Mecanismos utilizados para efetividade da comunicação

Uma comunicação profissional não efetiva pode comprometer a qualidade do cuidado e o seguimento do usuário naquilo que foi orientado. É importante que o profissional de saúde utilize estratégias que auxiliem a comunicação e compreensão do usuário sobre as orientações em saúde ofertadas. Atitudes como buscar a

confirmação da compreensão do que foi dito, solicitar a opinião do paciente acerca de algo e encorajar que o usuário fale, tire suas dúvidas, questione o cuidado realizado, são extremamente importantes para se certificar do entendimento do usuário e seu consequente seguimento das orientações propostas.

Vários foram os mecanismos que os profissionais do NASF citaram que utilizam para favorecer a compreensão do usuário, buscando estabelecer uma comunicação mais adequada a depender da situação.

Nestas falas, profissionais do NASF relataram que realizam as orientações de forma fracionada, respeitando o conhecimento e a capacidade de absorção de cada indivíduo. O apoio familiar ou a presença de alguém como cuidador também foi citado como estratégia importante para que o mesmo possa compreender as informações e auxiliar no cuidado com o usuário.

Então tudo que a gente orienta vai a partir do olhar mais detalhado daquela família, entendendo quem é a pessoa que pode melhor captar as informações. Aí é nela que a gente centra a maior parte das informações. Se houver restrições que o usuário tem que fazer, a gente faz as orientações de forma fracionada, para favorecer que ele compreenda e siga tudo. No primeiro momento a gente faz um número X de informações, aí acompanhamos para perceber se funcionou ou não. Pedimos também ajuda do ACS para acompanhar se está ou não funcionando, para que assim a gente defina o próximo passo. (Profissional 4)

A gente sempre tenta se comunicar da melhor forma com o usuário. Raros são os casos que a gente sai com a sensação de 'meu Deus, tudo que a gente falou e demonstrou não foi captado'. Às vezes a gente sente que o usuário tem muita dificuldade na questão de entendimento, e aí eu faço as orientações para o cuidador." (Profissional 3)

Tem situações em que a pessoa não entende muito, aí a gente busca ver se ele tem um apoio familiar para orientar. Temos que levar em consideração também se as pessoas têm o que comer, tem dignidade na moradia, tem acesso a um transporte para chegar a um serviço, tudo isso tem que ser levado em consideração na nossa assistência, para facilitar as orientações e assim eles poderem seguir. (Profissional 3)

Partindo desse conhecimento do usuário, a Educação Popular em Saúde (EPS) foi citada como uma forma de estabelecer uma comunicação mais efetiva, considerando a realidade e sua vivência.

Eu vou procurar sempre buscar entender quem é aquela pessoa para eu saber também como é que eu vou falar com ela, entendeu? Sem minimizar ou diminuir o conhecimento dela. Eu busco utilizar da educação popular, não achando que todo mundo é ignorante, mas sim tendo a certeza de que

todo mundo sabe alguma coisa e que é a partir disso que a gente pode ir encontrando lugares comuns. (Profissional 5)

Como de certa medida eu também sou um pouco de referência para o atendimento de crianças e adolescentes, então eu tento usar os termos mais adequados para cada idade ou as gírias para poder me vincular ainda mais. Isso nos aproxima muito mais do usuário. Tipo, eu estou falando com você, pesquisadora, aí trago outro vocabulário mais rebuscado com conceitos de saúde que eu sei que você conhece. Não vou estar falando com o meu usuário sobre modelo de assistência com termos de saúde, mas eu posso falar muito sobre esse modelo com outras palavras, e ele vai entender. Isso eu acho massa, porque a gente consegue fazer uma educação em saúde e popular partindo exatamente do que o usuário entende. (Profissional 1)

O conhecimento, nível de instrução e de orientação dos indivíduos pode variar de acordo com suas vivências, nível socioeconômico, oportunidades de acesso que ele teve ao sistema educacional. O SUS, que garante o acesso universal para qualquer indivíduo, garante a entrada e atendimento de todos, sem nenhum tipo de objeção ou discriminação.

O estudo de Witiski e colaboradores (2019) verificaram barreiras de comunicação devido ao uso de termos técnicos pelos profissionais de saúde com os usuários ou outros profissionais atuantes em um hospital de grande porte. Percebe-se uma inadequação da linguagem para a comunicação em saúde, não permitindo o diálogo com uma troca efetiva que promova a compreensão das orientações oferecidas pelos profissionais da saúde.

A EPS contribui com a participação popular, gestão participativa e o controle social no SUS, propondo através de uma prática político-pedagógica uma maior abertura com o diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os conhecimentos populares. Esse processo permite a valorização das vivências dos indivíduos através de uma relação de colaboração, oportunizando trocas mais expressivas que promovam a construção de senso crítico e que visem à autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2013a; LIMA *et al.*, 2020).

A EPS pode ser considerada como um elemento ressignificador das práticas em saúde na AB, sendo um instrumento fundamental na ampliação da inter-relação entre profissões diversas, especialidades, serviços, organizações sociais, familiares e vizinhos, todos estes fortalecendo e reorientando suas práticas e saberes (FERNANDES *et al.*, 2022).

Nos seus achados de estudo, Fernandes e colaboradores (2022) verificaram a EPS como dispositivo de garantia e fortalecimento do vínculo com a comunidade

no contexto da AB. A EPS permitiu a valorização dos saberes anteriores, experiências e vivências dos indivíduos, sejam eles usuários, movimentos sociais ou trabalhadores da AB.

O conhecimento sobre outros tipos de linguagem, como a de sinais e a leitura em braille, também foi trazido na fala do profissional do NASF, visando propiciar um diálogo efetivo com esse público e assim facilitar a compreensão do usuário sobre as recomendações de saúde.

Eu acho muito interessante quando o profissional conhece outra língua, como a linguagem brasileira de sinais. Eu e outra colega temos pelo menos um básico de libras, só que poucos profissionais de saúde das nossas equipes sabem que a gente tem. Então eu posso ser uma referência, até mesmo para uma interconsulta ou consulta compartilhada em que eu possa traduzir algumas coisas. Isso é uma coisa que, inclusive, a gente precisa aprofundar. Eu lembrei disso porque recentemente chegou um usuário que só tinha linguagem de sinais. Ele não sabia escrever português e não era verbalizado, então foi bem difícil a comunicação dele no território. A gente tem pouquíssimo material em braille. Eu nunca usei, pelo menos eu nunca tive um paciente que fosse letrado em braille. (Profissional 1)

A utilização de desenho, imagens, jogos e contação de histórias também foram citadas nessas outras falas como estratégia de comunicação.

Do desenho, eu lembro que no início, por exemplo, as crianças eu atendia a gente tentava desenhar o danado do Covid para elas irem entendendo sobre a doença. Então eu falava: 'Olha, o Corona é tipo uma gordura, e aí como é que a gente mata a gordura? Se a gente está com a mão engordurada, como é que a gente faz? Limpa com sabão, porque se limpar só com água não adianta. Então se sabão mata gordura, sabão mata Corona'. E aí a gente ia explicando isso no desenho. A escolha da linguagem vai depender do público. Com adolescentes a gente usa muito jogos. O nosso projeto de sexualidade é todo baseado em jogos, tanto digitais quanto físicos. A gente usa também contação de histórias. (Profissional 1)

A gente usa muita imagem, principalmente com a população que é analfabeta, que no nosso caso são mais os idosos. Precisa ter uma comunicação adequada, adequação de rotina com imagem. Pode ser utilizada também com crianças, com aquelas que têm autismo ou TDAH [Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade]. (Profissional 1)

Pensar nas práticas de saúde utilizando a ludicidade é uma alternativa atrativa e eficiente para facilitar a compreensão e interesse nos assuntos abordados. Alguns estudos demonstram a utilização de estratégias lúdicas nos serviços de saúde, como jogos educativos, quebra-cabeças, imagens (ALVES; SILVA; LUCENA,

2021; SIQUEIRA *et al.*, 2020; SANTOS MELO *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2017; COTA; COSTA, 2017).

O fato dos profissionais do NASF citarem a utilização desses tipos de métodos lúdicos demonstra a preocupação na compreensão e troca efetiva com os usuários, encontrando alternativas criativas para favorecer a comunicação.

A falta de materiais didáticos também foi apontada como uma necessidade de adequação, visto que muitas vezes se precisa deles para se estabelecer uma comunicação mais adequada e lúdica com o usuário.

A comunicação é mais verbal, mas se necessário a gente usa outros elementos também. Agora é como eu falei antes relacionado a estrutura, pois a gente não tem materiais de apoio. E o próprio material didático, ele precisa ser coerente para aquela família, para aquela pessoa, então não adianta eu chegar com um panfleto ou uma cartilha onde a leitura não é fluida e o usuário não vai entender. Aí entram outras estratégias que a gente pode usar, como por exemplo quadros com pistas visuais em relação a rotina alimentar, rotina ocupacional, a estruturação das funções da família. A gente faz isso visualmente com materiais didáticos se for necessário também. Mas a gente procura até usar menos, porque a gente tem essas restrições de material também. (Profissional 4)

Na minha equipe as meninas são bem criativas, algumas até têm dons artesanais de criar coisas. E a gente tenta utilizar esses materiais dependendo de cada necessidade, principalmente com criança e adolescente. Tem também para os idosos, por isso precisamos muito ter alguns materiais. A gente acabou elaborando vários materiais e eles ficam em um local que é como se fosse uma brinquedoteca de coisas que a gente pode utilizar, que a gente fazia tanto para atividades educativas, coletivas como no trabalho mais individual. Aí tem livros, brinquedos, papel, material de papelaria, que a gente foi montando um arsenal de coisas. Tudo isso a gente foi conseguindo com um e com outro, porque a gente não recebe da secretaria muitos materiais didáticos. (Profissional 5)

A utilização do Whatsapp também foi citada como uma estratégia de comunicação, no qual o profissional do NASF se utiliza dele para conversar com o usuário, enviando um resumo do que foi orientado.

Muitas vezes eu escrevo até no WhatsApp depois que eu atendo, aí mando um resuminho do que eu falei para o usuário. Isso vai deixando a pessoa mais segura, e ela pensa: 'não, eu não estou solta, sozinha. Ela me mostrou lá o que devo fazer e também botou aqui para eu me lembrar que a sequência é assim, que eu preciso seguir o que foi orientado e que tem que ser feito todo dia pra ter resultado'. Muitos conseguem. Isso ajuda demais. Alguns, muitas vezes pela condição de vida, pela história de vida, é que não conseguem fazer o que foi orientado. (Profissional 3)

Percebe-se que o profissional do NASF utiliza diversos mecanismos para promover o entendimento do usuário. Adequações de linguagem, práticas educativas, atividades lúdicas, a busca de uma pessoa mais esclarecida para acompanhar as condutas do usuário, tudo isso oferecido a partir das necessidades e singularidades de cada indivíduo.

Principais reflexões sobre as práticas relacionais e seus mecanismos de comunicação

Os profissionais do NASF reconhecem a potencialidade da comunicação como mecanismo que deve ser usado para que haja a continuidade do cuidado. A comunicação, quando bem estabelecida, favorece o cuidado integral e longitudinal na RAS.

Quando há uma boa relação e diálogo com a eqSF, a comunicação tende a ser mais efetiva no cuidado em saúde com e para os usuários. Isso também promove uma maior participação e interação entre os sujeitos, corroborando com o trabalho compartilhado e corresponsabilizado. Contudo, ressaltam que essa comunicação se dá de forma mais efetiva com as equipes que têm mais proximidade, incluindo a presença física nas salas destinadas ao NASF dentro de algumas unidades.

Outro ponto importante abordado foi em relação ao entendimento dos profissionais da ESF sobre o papel do NASF e sua proposta de trabalho baseada no apoio matricial, favorecendo para uma maior integração e comunicação interprofissional.

Os profissionais do NASF compreendem também sobre a importância da comunicação e relação do NASF com os usuários, considerando essencial para a construção de vínculo e confiança, e conseqüentemente, maior adesão às orientações ofertadas. O conhecimento e a maior presença do profissional do NASF no território também favorecem para um diálogo que implique com o reconhecimento da realidade e condições de vida dos usuários.

A utilização de estratégias de comunicação, como atividades lúdicas, tecnologias e a EPS, demonstra preocupação dos profissionais do NASF na compreensão e troca efetiva com os usuários, no qual estão sempre buscando alternativas criativas e singulares que possam favorecer uma comunicação efetiva.

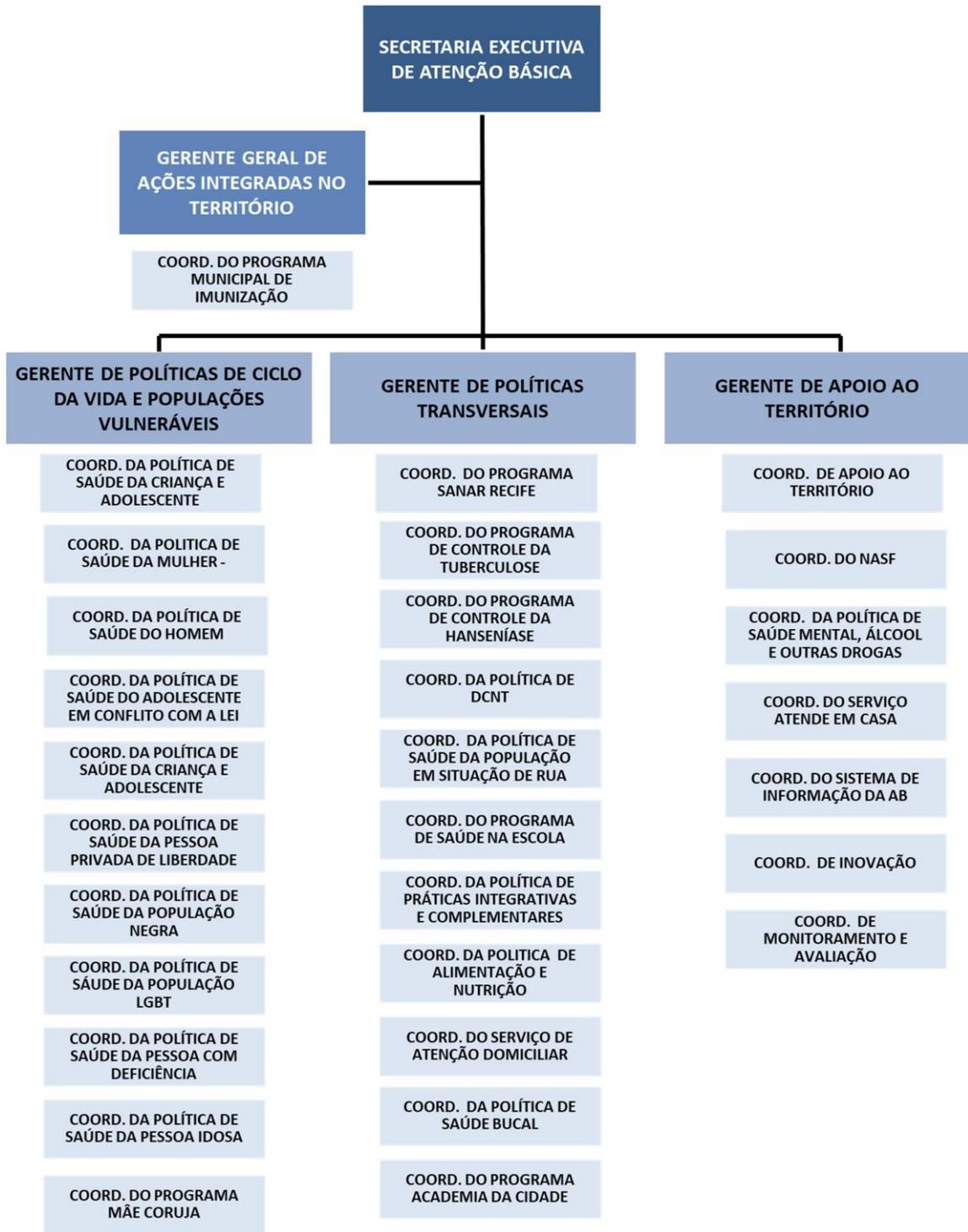
5.5 GESTÃO, CONEXÃO E ARTICULAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS

Este tema trata sobre como se dá a atuação da gestão para fomentar a conexão e articulação entre profissionais do NASF e serviços de saúde. Verificou-se como se dá a articulação e relação dos gestores com os profissionais do NASF, considerando os espaços institucionais e a relação estabelecida; e o que a gestão faz e entende que é importante para contribuir com a continuidade do cuidado.

5.5.1 Articulação e relação da gestão com os profissionais do NASF

Primeiramente, será explanado sobre como está organizada a gestão municipal em Recife no qual o NASF está vinculado. A figura abaixo apresenta o organograma gestor da Secretaria Executiva de Atenção Básica (Figura 8).

Figura 8 – Organograma da Secretaria Executiva de Atenção Básica da Prefeitura do Recife-PE.



Fonte: A autora.

Legenda: Coord. – Coordenação; LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis; DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; AB – Atenção Básica.

Como visto, o NASF é uma política de saúde da AB que está vinculada a uma gerência direta, a Gerência de Apoio ao Território (GAT), e a Gerência Geral de Ações Integradas no Território (GGAIT). Todas estas ligadas à Secretaria Executiva de Atenção Básica (SEAB).

Além desta estrutura gestora da AB, Recife possui oito regiões político administrativas, denominadas Distritos Sanitários (DS). No DS há a gestão dos três níveis de atenção – AB, secundária e terciária, dentro de um território delimitado. No que se refere aos gestores vinculados ao DS, há dentro do prédio administrativo o que se denomina “espelhos distritais”, que são coordenadores locais – a nível distrital, de cada política de saúde do município. Trazendo alguns exemplos, temos a coordenação distrital de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Gestão do Trabalho, Saúde Mental, e, dentre elas, a Coordenação NASF distrital. Vale salientar que o DS está vinculado a outra Secretaria Executiva, a Secretaria Executiva de Planejamento, Monitoramento e Apoio Distrital (SEPMAD).

Apesar de a Coordenação NASF Distrital estar ligada administrativamente SEPMAD, essa coordenação distrital responde enquanto política de saúde a coordenação NASF nível central, e conseqüentemente a SEAB. Assim, o que é definido para o NASF a nível central na SEAB, deve ser executado nos territórios a partir das equipes NASF.

Posto isso, vamos apresentar, enquanto resultados dessa pesquisa, como está a articulação da gestão da AB e NASF (nível central e distrital) com os profissionais NASF, serviços e território, considerando a conexão e articulação entre profissionais e serviços. Participaram os gestores que ocupavam os cargos de Gerente Geral da AB, Coordenação NASF nível Central e a Coordenação NASF Distrital.

Quando questionados sobre a articulação da gestão com os profissionais do NASF, verifica-se que esse contato com os profissionais se dá de forma distinta, dependendo do nível hierárquico do gestor.

A gerente geral da AB relata que não tem um espaço gestor periódico de reunião que haja a participação de profissionais NASF. O que acontece a nível central é um Colegiado da AB que contempla a coordenação de todas as políticas de saúde do município. Dentro destas está a coordenação NASF, mas só participa a figura desse coordenador a nível central mesmo (não inclui o distrital e os profissionais do NASF).

Já a Coordenação NASF nível central, ela realiza reunião semanal com todas as oito coordenações NASF a nível distrital. E essas coordenações NASF distritais, também chamadas de espelhos distritais do NASF, têm na sua programação uma agenda de reunião com os profissionais das equipes NASF de cada distrito. Ou seja, dessa forma com o qual estão organizados os espaços formais de reuniões, os profissionais do NASF só tem contato com sua gestão mais direta, a coordenação NASF distrital, e essa, de forma hierárquica, passa questões importantes a sua gestora superior, e assim por diante, até que algum assunto mais pertinente (de maior magnitude ou que não tenha sido resolvido nos níveis anteriores) chegue até a Secretária Executiva para possíveis deliberações.

Cabe também destacar que a ESF prevê a reorganização da AB através de um trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar, no qual os atores desenvolvem práticas assistenciais e gerenciais, sendo estes corresponsáveis pela resolutividade das necessidades sanitárias de um território. Esse formato de trabalho coletivo e de cogestão é importante para superar organogramas organizacionais que ainda enfatizem posições hierárquicas mais engessadas, promovendo uma gestão democrática que fortaleça as relações de trabalho com relações mais horizontais (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019).

Como descrito, o organograma gestor da AB em Recife apresenta uma estrutura hierárquica que visa organizar os processos de trabalho entre as diversas pastas das políticas de saúde. Essa estrutura é importante para gerir as necessidades de cada área, focar na direcionalidade de um ator, o gestor daquela política, para promover o diálogo com as equipes de saúde no território.

Mesmo dentro de um esquema organizacional, é importante que a coordenação não seja desenvolvida e potencializada apenas na figura desse gestor, sendo essencial a criação de espaços compartilhados de poder que promovam a participação e discussão entre trabalhadores envolvidos no processo de trabalho (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019).

Apesar do gestor da AB ter dito que não tem um espaço gestor com os profissionais do NASF, o mesmo lembrou que recentemente foi formado um Grupo de Trabalho da Atenção Básica (GT-AB).

Não tem nenhum espaço gestor com profissionais do NASF comigo. O que acontece é que o coordenador da política NASF, a nível central, tem essa interação direta com alguns profissionais. Na verdade me recordei agora

que temos um espaço que se chama GT-AB [Grupo de Trabalho da Atenção Básica], que surgiu após a secretária de saúde convidar alguns profissionais da rede para ouvir o que eles estavam enxergando de fragilidade na RAS em Recife. [...] E dessa reunião surgiu o desdobramento da criação do GT-AB, e dentro deste há um grupo menor que trabalha o tema sobre o NASF. Esse espaço não é um espaço dentro do organograma, dos dispositivos institucionais. Ele é algo que está correndo em paralelo, como se fosse um órgão consultivo de construção de melhorias para o NASF. Inclusive o nome dele é 'Fortalecimento do NASF no Território', e é justamente dele que veio a proposta de construção da política municipal do NASF. Essa necessidade era uma coisa que a Coordenação do NASF a nível central já vinha pleiteando, e que foi reforçada por esses profissionais do NASF que estão nesse GT. Gestor 3)

Essa proposta de construção de uma política de saúde municipal para o NASF surgiu justamente nesse cenário em que as normativas recentes não incluíam o NASF na distribuição de recursos financeiros, o que na visão dos profissionais sugeria uma espécie de desmonte do NASF. Em Recife, a Prefeitura, junto com a Secretária de Saúde, optou por manter o NASF, mesmo que com financiamento próprio.

Assim, diante desse contexto de aposta e apoio da Prefeitura sobre as potencialidades do NASF na resolução dos problemas de saúde da AB, o grupo de trabalho do NASF propôs a formulação de uma política municipal do NASF. Porém, esta proposta não foi colocada adiante com a publicação da portaria municipal porque em 2023 uma nova portaria federal foi publicada, a portaria 635/2023, já descrita na parte teórica desta tese, renomeando o NASF como eMulti.

Quanto aos espaços gestores do NASF do nível central com os coordenadores NASF distritais e profissionais NASF, há a realização de fóruns periódicos, como trazido nestas falas.

Os fóruns foram pensados nessa perspectiva de cogestão do trabalho e do cuidado coletivo, de ter esse espaço formativo e de diálogo com o profissional do NASF. A gente fez por representatividade por distrito e equipe para poder haver a participação de uma quantidade significativa e representativa dos profissionais do NASF. E tudo isso foi um processo que foi validado pelos profissionais do NASF, foi construído a partir dos profissionais para ter no planejamento e gestão do NASF o que eles querem. Ele é feito com e a partir das equipes NASF. (Gestor 2)

E aí, por exemplo, dessas reuniões [da coordenação NASF central com as coordenação NASF distritais] foi que saiu os fóruns de educação permanente, que a gente está fazendo agora. Os fóruns são em três eixos, que é o eixo da educação permanente, gestão do trabalho, monitoramento e avaliação, porque a gente percebeu que eram nesses três temas que precisava centrar força para a equipe NASF melhorar a qualidade do seu cuidado com os usuários. (Gestor 1)

O NASF trabalha com esquema de fórum com participação tanto de trabalhador, quanto da coordenação a nível distrital e central. São espaços instituídos com frequências pré-estabelecidas. No entanto, não há impedimentos de ter outros momentos e espaços quando existem pautas específicas. Tem a questão do espaço do Colegiado também, o Colegiado da Gerência de Apoio ao Território com a coordenação do NASF, e tem o Colegiado da coordenação NASF com os espelhos, que são dos distritos. A relação do espelho distrital com profissional do NASF, eu realmente não sei como é que ela se dá, e acredito que ela se dá de forma distinta em cada distrito. (Gestor 3)

Os fóruns são considerados como um espaço formativo permanente para o NASF. A Educação Permanente em Saúde prevê que essas práticas sejam incorporadas no cotidiano de trabalho dos profissionais, sendo realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade. Essa formação transformadora se baseia no aperfeiçoamento constante das habilidades e competências dos profissionais (LINHARES, 2022).

É importante destacar essa fala dos gestores sobre esse processo de educação permanente para o NASF, no qual surgiu da necessidade dos profissionais do NASF, sendo construído com e para eles. Outro estudo (LINHARES, 2022) também verificou a coparticipação dos profissionais do NASF no processo de planejamento e execução das práticas de educação permanente, reconhecendo também que esses espaços formativos promovem a qualificação profissional e uma melhoria na qualidade nos processos de trabalho.

Quanto à articulação do coordenador do NASF distrital com os profissionais do NASF, o mesmo relata que há uma reunião mensal com os profissionais do NASF. Já com a coordenação NASF nível central, a periodicidade é semanal.

Na coordenação distrital a gente tem uma reunião semanal, que é na segunda-feira à tarde com a coordenação NASF nível central. Nessa reunião a gente trata tanto questões do processo do trabalho de gestão, algumas dificuldades no DS, e o que a gente quer para o NASF no município. Já a reunião com os profissionais do NASF, eu faço mensalmente. Aí no caso eu tenho duas reuniões no mês, já que são duas equipes NASF no DS. Aí, de acordo com os desdobramentos dessa reunião semanal do colegiado com o NASF central, eu converso com as equipes NASF do meu distrito. E elas também trazem demandas de algo que seja distrital para que eu leve para a coordenação central. Então eu acabo sendo a ligação dos profissionais do NASF com a coordenação central. (Gestor 1)

Percebe-se assim que dentro desses espaços formais de reunião, os profissionais do NASF só se articulam com o gestor NASF distrital, não dialogando com os demais gestores superiores ligados à política do NASF.

Há também as demandas dos profissionais do NASF que chegam em espaços informais, como em conversas de Whatsapp. Isso surge tanto para o coordenador do nível distrital como o do nível central. Percebe-se que é uma forma que o profissional do NASF encontra para dialogar com o gestor e apontar suas demandas para serem resolvidas.

Muitas vezes chegam demandas pelo celular, pelo Whatsapp, que acabou se tornando um instrumento de trabalho, não tem como não ser. Essas demandas podem chegar para mim ou diretamente para a coordenação nível central. As vezes quando eu vou repassar a questão para a Coordenação, ela já está sabendo. (Gestor 1)

Verifica-se que há poucos espaços em que o profissional do NASF possa de fato estabelecer diálogos diretos com os gestores superiores dentro da AB. Percebe-se assim que a articulação da gestão do NASF com os profissionais NASF acontece, mas com certos limites. Limites esses podem fazer com que o profissional do NASF se sinta mais distanciado da gestão. Nessa fala, percebe-se que o gestor também tem esse entendimento e que tenta suprir isso levando as demandas do NASF nos espaços gestores que participa.

Eu percebi que não tinha alguém que falasse pelos profissionais do NASF em alguns espaços gestores. Eles estão no território vendo as dificuldades, e muitas vezes por não ter a presença deles nesses espaços gestores não se conhece essa realidade do território. Quando tinha reunião e alguém vinha falar algo do território ou da eqSF eles diziam: 'Não, não é assim. A minha realidade é essa, essa e essa'. Eles chegavam a ser muito enfáticos porque eles vivenciam a realidade da assistência no território. Então eu tento ajudá-los nos espaços em que eu participo. (Gestor 1)

Há questões importantes que necessitam de uma reunião ou qualquer tipo de espaço para um diálogo mais direto com o gestor superior, e não somente seguir a estrutura hierarquizada de espaços formais no qual há toda uma cascata - reunião do profissional NASF com coordenador distrital, que passa a demanda para o coordenador NASF do nível central, que repassa para o gerente direto ou para a gerente geral, que por fim chega secretária executiva da AB - para sua demanda chegar até quem de fato pode resolver a questão.

O estudo de Bispo Júnior e Moreira (2018) apresentou fragilidades quanto à dimensão Governança, no qual evidenciou que as gestões municipais não eram capazes de dar direcionalidade e apoio para o desenvolvimento da prática do NASF junto às eqSF, interferindo negativamente no trabalho do NASF e no cuidado a ser desenvolvido. Essa frágil direcionalidade também tornava vulnerável a possibilidade da gestão coletiva.

Quando discutimos sobre práticas gerenciais e seus mecanismos de articulação, cabe também entender como se dá e que tipo de relação existe do profissional NASF com os gestores. O tipo de relação, comunicação e vínculo, considerando todas as subjetividades adjacentes, pode dizer algo sobre como se dá essa conexão com a gestão.

Foi questionado então como é essa relação do gestor com o profissional do NASF, considerando que essa relação e interação existem independente de ser em espaços mais formais, como as reuniões. Há uma relação e comunicação no dia a dia em que muitas vezes o profissional do NASF dialoga com o gestor.

Percebeu-se que essa relação é mais estreita quando considerando os gestores mais diretamente ligados, como a coordenação NASF a nível distrital e nível central.

Eu tento ter uma relação mais horizontal com eles, porque o que eu percebo é que o NASF e as gestões das políticas de saúde, como política de saúde da mulher, pessoa com deficiência, outras políticas, RH [setor de recursos humanos] já bateram muito de frente. Já houve também desentendimentos do NASF com a gestão do nível central, a gestão com o NASF. Então eu vejo que estou muito nesse papel de mediar esse processo dentro do distrito e do profissional com a gestão do NASF no nível central. (Gestor 1)

Eu já fui profissional do NASF lá no território também, então eu sei da importância da gente ter uma boa relação com nossos gestores superiores. Eu tento sempre manter uma boa comunicação com eles, acolher, escutar suas demandas. (Gestor 2)

Os profissionais do NASF também procuram os gestores para partilhar sobre dificuldades pessoais, adoecimento mental, e estes tentam ajudar de alguma forma.

Os profissionais do NASF também me procuram para conversar coisas pessoais, falar sobre seus problemas. Tem profissional do NASF que está tomando remédio controlado. Teve um que ligou para mim dizendo: 'eu estou tendo uma crise de ansiedade. Eu não estou conseguindo trabalhar porque estou numa crise'. Então assim, tem realmente muita gente adoecida. E aí eu tenho tentado com eles fazer uma escuta bem qualificada, tentando chegar mais perto deles. Até porque não adiantaria eu chegar

cobrando algumas coisas do NASF que seriam até necessárias nessas situações em que eles estão doentes. Então eu estou tentando entender melhor essa equipe, estar mais próxima deles. (Gestor 1)

O estudo de Barbosa e colaboradores (2023) evidencia que os profissionais do NASF atribuíram questões do trabalho como geradores de adoecimento e acidentes. É importante que a gestão olhe e se aproxime do trabalhador do NASF para proporcionar a esses profissionais momentos mais humanizados e acolhedores.

A gestão distrital do NASF relatou sobre uma iniciativa que foi feita para garantir maior cuidado e olhar sobre o profissional do NASF, um projeto chamado NASFloreceu.

Agora os profissionais do NASF estão tendo um espaço de cuidado, que não é 'cuidando do cuidador'. Parece que o nome que ficou foi NASFloreceu. Tem uma pessoa, que é profissional do NASF, que está responsável por prestar o cuidado a todas as equipes NASF do município. E eu acho que a partir do momento que esse profissional do NASF está junto do NASF discutindo sobre cuidado, o profissional vai ver que ele está sendo cuidado. Então eu acho que isso já era uma coisa que a gestão tinha que estar vendo, e que começou a ser vista. (Gestor 1)

Germano e colaboradores (2022), considerando uma análise do processo de trabalho do NASF, trouxeram uma reflexão importante sobre quem apoia o apoiador matricial: “como se apoiam (entre si/uns aos outros) ou como são apoiados aqueles cuja tarefa é apoiar, isto é: como são apoiados aqueles que apoiam?” (p. 3). O NASF experimenta afetos que decorrem de seu trabalho de apoio às eqSF devido a intensidade da sua inserção nessas relações.

É importante ressaltar que a prática de trabalho do NASF, considerando sua inserção no complexo trabalho envolvido na ESF, requer um olhar para esses profissionais com vistas a entender suas dificuldades e limitações frente às demandas que surgem tanto da eqSF como do próprio território. Uma maior aproximação da gestão e a implementação de espaços de cogestão podem vir a contribuir no melhor entendimento dos gestores sobre o NASF e assim fomentar melhorias que promovam uma maior qualidade das ações.

5.5.2 A gestão e suas implicações na continuidade do cuidado

Quando questionados sobre o que a gestão tem feito para contribuir para a continuidade do cuidado exercido pelo NASF no seu processo de trabalho no território junto com a ESF, algumas falas surgiram em relação à educação permanente, financiamento, reestruturação da composição das equipes NASF e até sobre a construção de uma política municipal do NASF em Recife.

Quanto às práticas de educação permanente, como dito na seção anterior, existem os fóruns que são espaços formativos permanentes entre os profissionais do NASF e coordenação NASF. Para além desses fóruns, os gestores entendem que investimentos em práticas formativas agregam mais conhecimentos para o NASF, e conseqüentemente, melhoram a qualidade da atenção.

Eu acho que a partir do momento que a gente vem investindo em educação permanente, já é uma forma de garantir essa continuidade do cuidado, porque a gente está fortalecendo essas equipes para melhorar ainda mais a qualidade do cuidado nas unidades de saúde. Aí para isso tem as reuniões de categoria, que são específicas de cada núcleo profissional, tem os diálogos sobre a rede de atenção, tem as formações que são solicitadas por eles, entre outros. (Gestor 1)

Um profissional do NASF reconhece que esses espaços de educação permanente são importantes para a qualidade das ações.

Eu acho que só o fato de fazer cursos, formações, essas coisas também sempre ajudam a melhorar a qualidade da nossa prática profissional. Tem também a educação mais permanente que a equipe proporciona, por trabalhar juntas, têm a reunião de categoria e a preceptoria, por receber estudantes nas unidades. Tudo isso contribui bastante para a qualidade. (Profissional 1)

A reunião de categoria são encontros que os profissionais do NASF fazem com seus pares de profissão, ou seja, reunião entre os nutricionistas, entre os fisioterapeutas, entre os terapeutas ocupacionais, no qual são discutidas questões mais específicas da sua formação de base, mas que visem a sua atuação enquanto equipe multiprofissional com o NASF.

Outra questão que os gestores trouxeram foi referente a atuação da gestão na reestruturação das equipes NASF, pensando nas questões de recomposição de

categorias profissionais que faltam em algumas equipes e na ampliação de novas equipes NASF para acompanhar mais territórios cobertos pela ESF..

A questão da reestruturação das equipes perpassa pelo próprio desfinanciamento federal que a equipe NASF hoje se encontra. Então eu acho que uma das coisas que a gestão tem feito para apoiar o NASF é justamente garantir a manutenção do NASF. A gestão de Recife entende a importância e banca essa manutenção, e, além disso, tem pleiteado a recomposição e a ampliação das equipes NASF. Atualmente o NASF não cobre todas as eqSF que a gente tem. A gente hoje só está com 59% da cobertura de ESF, então é preciso pensar nessa ampliação da cobertura do NASF. (Gestor 3)

Quanto ao desfinanciamento do NASF-AB, o estudo de Casotti (2023) evidenciou os impactos disso em diferentes municípios. Em um município, antes da publicação da portaria do Previne Brasil havia previsão de ampliação das equipes NASF, o que depois não ocorreu. Outro município, ainda que a gestão tenha mantido o NASF após a ausência de financiamento federal, não havia previsão de novas contratações para suprir os desfalques de categorias profissionais nas equipes. Em outro, mesmo com as equipes mantidas, percebeu-se certa insegurança e preocupação por existir a possibilidade de ser modificada a lógica de atuação do NASF, realocando os profissionais para ambulatórios.

Houve também municípios que não tinham mais equipes NASF. Um deles justificou pela ausência de repasse financeiro federal e pela demanda de atendimentos individualizados. Outro alegou a falta de disponibilidade orçamentária para contratação da equipe (CASOTTI, 2023).

Ainda sobre essa questão da ausência do financiamento, a gestora traz uma fala em relação à necessidade de priorização da gestão na AB e também sobre a lógica de atuação com práticas de promoção, prevenção e reabilitação que permitam com que a AB coordene o cuidado e seja o lócus ideal de cuidado em saúde para o indivíduo.

Tem a questão do financiamento mesmo, que é um entrave profundo, porque hoje na lógica de financiamento da AB não está contemplando o NASF. Então enquanto gestão a gente tem que conseguir provar a importância e potência do NASF, para justamente garantir a manutenção dele. [...] Hoje a gente vê esperanças de uma priorização da AB, mas na maioria das vezes a prioridade é realmente o atendimento imediato, ter mais urgências e emergências, tratar as necessidades mais agudas, e aí eu acho que isso é um grande desafio também. (Gestor 3)

A gente precisa sempre colocar em evidência a AB para que ela seja valorizada. O próprio modelo de atenção mais hegemônico é voltado nessa questão do médico, do agudo, do modelo hospitalocêntrico, e isso é uma grande barreira. (Gestor 3)

Focar somente em investimentos na média e alta complexidade visando às condições agudas pode comprometer o cuidado longitudinal e integral que deve ser exercido na AB. A lógica hospitalocêntrica e desvirtuamento do NASF com práticas mais ambulatoriais também podem ser citados como aspectos dificultadores na gestão em saúde e continuidade do cuidado.

Souza e Calvo (2018) abordam que nem todas as equipes NASF encontram facilidade de integração e articulação com as equipes assistidas, o que pode contribuir para a manutenção do modelo biomédico de atenção, focado em habilidades pessoais.

Outra dificuldade relatada pelos gestores na continuidade do cuidado é em relação ao vínculo empregatício dos profissionais do NASF, pois alguns são concursados e outros são contratados pelo município em regime CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) através de contratualizações com instituições de saúde que prestam serviços para o município. Essa questão já é bem antiga no NASF e já gerou bastante insatisfações com os profissionais, visto que a remuneração é diferente entre o profissional concursado e o contratado, mesmo se tratando da mesma categoria profissional. Por exemplo, o profissional fisioterapeuta em regime de contrato recebe remuneração maior que o profissional em regime estatutário, concursado.

Apesar de exercerem a mesma carga horária e funções no NASF, essa discrepância salarial sempre foi motivo de questionamentos entre os profissionais. Além disso, há também a precarização do vínculo empregatício, diferenças na facilidade de solicitar férias, etc. O gestor aborda sobre isso na sua fala.

Eu acho que a primeira limitação do NASF já vem do vínculo empregatício. O NASF trabalha com vários vínculos: o vínculo do concurso, tendo profissionais concursados; e os vínculos que são precarizados, que são aqueles por meio de projetos contratualizados. [...] E aí vem toda a questão da legislação realmente, da Lei de Responsabilidade Fiscal, que faz com que a gente tenha um teto de gasto de folha. A rede de Recife, por ser um município capital, de referência, tem um peso grande nos serviços de média e alta complexidade, como o serviço de pronto atendimento, hospitais, maternidades, e isso dá uma encarecida mesmo, não só financeira, mas de quantitativo de contratação. E isso tudo pesa dentro da Lei da

Responsabilidade Fiscal, fazendo com que não se consiga abrir vagas de concurso. (Gestor 3)

Pela Lei de Responsabilidade Fiscal, instituída em 2000, há uma limitação na despesa total com pelo poder executivo na esfera municipal (não pode exceder 54% da receita corrente líquida), fazendo com que a gestão fique impossibilitada de realizar concurso público ou processo seletivo para gerar novas contratações. Diante disso, a Administração Pública estabelece os típicos convênios e os contratos com serviços privados, se enquadrando a terceirização (CEGATTI; CARNUT; MENDES, 2020).

Há de se considerar alguns problemas com isso: incentivo a terceirização e a precarização de vínculos; exacerbado repasse de recursos públicos para o setor privado, fortalecendo-o; incitação ao fim do concurso público; maior dependência de setores privados; crescimento do terceiro setor; mercantilização da saúde; comprometimento do sistema de referência e contrarreferência na agregação de serviços com lógica privada e neoliberal (GIROTO, 2021; CEGATTI; CARNUT; MENDES, 2020).

A Portaria nº 1.034/2010, do Ministério da Saúde, também regulamenta a participação do setor privado na gestão do público, quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população, desde que fique comprovada a necessidade de complementação e haja a impossibilidade de ampliação de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2010b).

Assim, a Prefeitura de Recife, por meio dessas contratações para a prestação de serviços de saúde, viabiliza também a contratação de pessoal, estando alguns profissionais do NASF nesse contexto.

Estudo em Campinas-SP (CASTRO *et al.*, 2016) observou o tipo de vinculação empregatícia entre os profissionais que prestavam apoio matricial na AB, revelando que 41% dos profissionais eram contratados por uma instituição filantrópica que tinha com convênio de cogestão com a Secretaria de Saúde de Campinas-SP, 55% a contratante é a própria municipalidade, e os 4% restantes são contratados pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, que se configura em uma Organização Social de Saúde.

Há também a percepção dos gestores sobre outro aspecto que dificulta a continuidade do cuidado: dificuldades na RAS em Recife quanto à articulação e existência de serviços na média e alta complexidade.

Em relação à qualidade dos profissionais que a gente tem, considero que tenha profissionais muito bons, mas tem um problema que interfere no processo de discussão e continuidade do NASF, que é a questão da RAS. A RAS não é completamente articulada, então o NASF pode até desenvolver o seu trabalho na AB, mas muitas vezes a referência e a contrarreferência não acontece da forma como deveria porque a gente não tem muitos serviços de média complexidade. Então isso também interfere no processo de trabalho do NASF, nessa manutenção inclusive da qualidade e da continuidade da assistência para o paciente. (Gestor 3)

Acho que a RAS é um calo muito grande para o NASF. O NASF vai, atende a pessoa, vê o que ela precisa, mas não tem pra onde dar os encaminhamentos. Ele não tem pra onde caminhar, porque a RAS realmente está defasada. E aí aquele profissional fica extremamente sobrecarregado porque às vezes acaba absorvendo a necessidade de acompanhamento daquele usuário, e com isso deixa de atender outras pessoas que poderia estar atendendo. (Gestor 1)

Um gestor ainda faz uma crítica de que essa dificuldade na RAS é conhecida e já discutida entre os gestores, comentando que agora o que precisa ser feito é promover a resolução desse gargalo em Recife.

A gente enquanto gestão está vendo que precisa estruturar e articular a RAS. Eu acho que a gente tinha que fortalecer essa discussão para ver como isso poderia acontecer, porque esse problema todo mundo sabe, mas não se faz nada, só discute. E eu acho que é a gente na gestão que tem que ver isso. (Gestor 1)

Considerando a dinâmica da produção do cuidado na AB, Santos Silva e colaboradores (2021) discutem que achados apontam para uma insuficiente capacidade deste nível para exercer seu papel na ordenação do cuidado na RAS devido à falta de continuidade na atenção à saúde e processos de atenção na referência e contrarreferência dos casos. É importante também superar o excesso de normas e burocracias no estabelecimento de fluxos assistenciais, buscando o estabelecimento de elos significativos na organização da produção do cuidado.

Silva e Andrade (2014) destacam os Cadernos de Atenção Básica, documentos normativos elaborados MS, como facilitadores da coordenação do cuidado por qualificar os processos de referência e contrarreferência. Ainda evidenciaram que, na concepção dos gestores, o NASF foi considerado como a

principal estratégia para o aprimoramento da coordenação do cuidado, considerando sua contribuição na resolubilidade da AB e na qualificação dos processos de referência.

Contudo, para estabelecer essa integração entre os pontos da RAS, é essencial que a rede esteja estruturada e com uma organização no qual AB tenha a oferta de serviços e profissionais de forma oportuna e qualificada, e uma média e alta complexidade que absorva as demandas e necessidades dos usuários, garantindo assim a integralidade da assistência à saúde.

Martinelli e colaboradores (2023), em estudo realizado no Mato Grosso, evidenciaram dificuldades de acesso aos serviços de média e alta complexidade, como a assistência ambulatorial especializada, SADT e leitos hospitalares, principalmente nas regiões mais afastadas da capital. Isso reflete na fragmentação da RAS, promovendo a descontinuidade do cuidado.

Há falas que citam a articulação da gestão NASF com outras políticas de saúde da AB.

A coordenação NASF sempre participa de espaços que tem articulação com a coordenação da população em situação de rua, saúde mental, entre outras. E a nível distrital da mesma forma, os coordenadores distritais participam desses espaços de discussão visando o seguimento do cuidado com o usuário. (Gestor 3)

A gente tem se organizado dentro dos colegiados, tanto os colegiados ampliados, com toda a SEAB, quanto também os colegiados por gerência, [...] Então temos espaços preservados para a construção de diálogos. A coordenação NASF consegue manter o diálogo com a política da pessoa com deficiência, que permeia com os serviços de média e alta complexidade. (Gestor 3)

Esses espaços permitem com que a gestão do NASF participe de discussões com outras políticas de saúde, gestores de outros níveis de atenção, no qual são trazidos problemas para serem dialogados entre os gestores com vistas a construir proposições de resolução, cada um dentro da sua competência.

Dentro da própria gestão da AB há uma articulação mais próxima do NASF com as demais políticas, já que todas pertencem à mesma gestão direta da Secretaria Executiva de Atenção Básica. Assim, dentro do prédio da Prefeitura do Recife, onde ficam a gestão da AB e nos Distritos Sanitários, esses gestores, coordenadores das políticas, circulam e se encontram diariamente no espaço de

trabalho. Isso poderia então ser considerado um fator que tende a facilitar com que a comunicação e articulação existam.

A coordenação do SAD [Serviço de Atenção Domiciliar] vem discutindo com a gente sobre a questão de quem são os usuários que estão ali no território com perfil de atendimento domiciliar, pra gente discutir sobre isso porque aquele usuário é do SAD, é da unidade de saúde, é do NASF. Então a gente viu que precisava dialogar sobre essa pessoa da coordenação, aí marcamos reuniões com entre o NASF, SAD e eqSF para se discutir sobre casos específicos. (Gestor 1)

E o que eu acho interessante é que a equipe NASF é uma equipe que se reinventa bastante. A nutricionista do NASF fala com o PAC [Coordenação do Programa Academia da Cidade] em relação às pessoas com obesidade. [...] Essa mesma equipe NASF também articulou direitinho com o PSE e aí faz atividades na escola em relação à questão sexual. (Gestor 1)

Percebe-se que na maioria das vezes quem faz essa articulação com os gestores da política são os próprios profissionais do NASF, e não tanto os gestores do NASF a nível distrital e municipal. Nessa fala aqui, verifica-se que o gestor do NASF atua mais quando há alguma dificuldade nessa articulação.

Muitas vezes parece que as coordenações de políticas têm medo de falar com os profissionais da eqSF, pelo medo das queixas por eles estarem cansados. Então o que eles fazem é demandar para o NASF fazer. E aí o que eu faço é apoiar as solicitações, converso com as equipes NASF, mas eu também peço pra que eles conversem com a coordenação de área, conversem com as políticas. (Gestor 1)

Os profissionais do NASF desenvolvem então esse papel de articulador com gestores de saúde na AB para atender as necessidades de saúde do usuário e território. Contudo, há de se preocupar sobre um possível excesso de demandas que possam surgir para os profissionais NASF nesse papel de articulador, já que os gestores da política evitam o contato direto com os profissionais da ESF, função essa que deveria ser exercida pelos mesmos.

Foi realizada uma pergunta específica aos gestores sobre a atuação deles nos casos em que há a necessidade de uma articulação mais direta do usuário com o profissional do NASF ou com algum serviço de saúde.

Pesquisadora: Há alguma situação em que você enquanto gestão fez uma articulação do usuário com o profissional do NASF ou algum serviço?
Entrevistada: Não, ainda não. Eu não precisei. A equipe NASF faz isso, elas mesmo se articulam com outros serviços. [...] Para chegar até mim normalmente vão ser casos muito complexos, como por exemplo, casos que

envolvam o Ministério Público. Os casos que não tenham essa complexidade enorme vão ficar direto com eles lá. (Gestor 1)

Houve uma fala do gestor NASF do nível que recomenda justamente o contrário, no qual enfatiza que o gestor NASF do nível distrital deve fazer esse tipo de articulação com os serviços e equipamentos do território.

Tem dois aspectos, dois lugares da gestão. Tem o coordenador NASF distrital que tem que fazer isso, ele precisa fazer esse tipo de articulação com os serviços quando surge a necessidade. Inclusive na reunião da equipe NASF com o coordenador distrital tem também discussão de casos em que o coordenador distrital precisa fazer essa articulação para ajudar no processo de trabalho no território. É indicado que ele faça essa articulação com a RAS. Então ele precisa fazer, mas não posso afirmar que todos os coordenadores fazem. No meu caso, enquanto nível central, é uma articulação maior, com outros níveis da gestão. Mas claro que não teria problema de eu também fazer caso surja a necessidade. Inclusive eu gosto muito de fazer isso. (Gestor 2)

A gestão municipal tem a característica de estar mais próxima aos profissionais e serviços de saúde, considerando sua competência executora das práticas de saúde. Assim, o gestor desses espaços acaba sendo uma peça chave na comunicação e articulação com os serviços, com vistas a atender as necessidades de saúde do usuário.

Quanto às atribuições dos gestores de saúde, estudo de Ferreira e colaboradores (2018) identificaram seu papel na coordenação, articulação e organização dos profissionais e serviços de saúde, podendo também atuar na mediação dos processos de trabalho e necessidades que surgem nas instituições. A gestão municipal prevê a condução das políticas de saúde, permitindo o seu planejamento, diagnóstico de problemas e oportuna e adequada intervenção frente aos desafios e prioridades na saúde.

Principais reflexões sobre a gestão, conexão e articulação entre profissionais e serviços

A articulação da gestão com os profissionais do NASF se dá em alguns espaços formais, como reuniões, fóruns, colegiado gestor, grupos de trabalho, dos quais se percebe que há maior interação do gestor mais direto, o coordenador da

política, com o profissional do NASF. Cargos mais superiores dentro da estrutura hierarquizada do organograma gestor pouco tem interação com o NASF.

No que tange a relação e interação da gestão com os profissionais do NASF, evidencia-se que essa relação se dá mais em espaços institucionalizados, apesar de verificar que em determinadas situações, principalmente aquelas mais pessoais, o profissional do NASF busca um contato mais direto e rápido com o gestor.

Dentre os achados, percebe-se o reconhecimento do gestor do NASF sobre a capacidade e potência do NASF enquanto apoio matricial na ESF, visando maior resolubilidade das situações de saúde presentes no território. Isso fica mais claro quando a gestão manteve a proposta do NASF mesmo em um cenário de desfinanciamento federal, e ainda sim apoiou o projeto para elaboração da Política Municipal do NASF em Recife.

Quanto às implicações da gestão e o que esses atores têm feito para contribuir com a continuidade do cuidado, verificam-se que algumas pautas foram trazidas, como o fomento de práticas de educação permanente, propostas de reestruturação de equipes NASF e o próprio financiamento do NASF. Consideraram também as dificuldades na RAS, na oferta, acesso e contrarreferência dos serviços, que podem vir a comprometer a qualidade do NASF e a continuidade longitudinal do cuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma evidente compreensão sobre a qualidade das ações do NASF, reconhecendo a sua prática colaborativa como uma potência para aprimorar a resolutividade da AB e a qualidade do trabalho na ESF. Apesar de essa qualidade ser reconhecida por profissionais e gestores, há obstáculos e dificuldades no cotidiano da AB que desafiam a prática profissional do NASF, requerendo criatividade e esforços no fazer cotidiano.

A continuidade informacional tem se dado por caminhos construídos nas relações e interações profissionais estabelecidas na RAS, perpassando por espaços informais e com uso de tecnologias comunicativas. Os problemas referentes ao registro de informações e seu trânsito entre profissionais e serviços se tornam um desafio a superar, necessitando de maior entendimento dos profissionais componentes da RAS sobre a importância de se estabelecer esses elos de comunicação e trânsito de informações com vistas a qualificar a informação e cuidado em saúde provido aos usuários.

A relação e comunicação com a ESF e usuário são extremamente importantes para garantir maior qualidade nas ações do NASF. O entendimento do papel do NASF e formação de vínculo favorece o cuidado integral e longitudinal na RAS. É preciso aproximar a comunicação e relação entre as equipes NASF e da ESF, independente da proximidade física pela presença do NASF nas unidades de saúde, garantindo uma maior integração e comunicação interprofissional. Com os usuários, o diálogo efetivo deve ser sempre pautado no reconhecimento da realidade, condições de vida dos usuários e seu conhecimento prévio, considerando estes como atores potentes do seu cuidado e decisões de saúde.

É importante salientar a necessidade de cogestão nos espaços gestores para uma construção coletiva que discuta caminhos para promover maior conexão e articulação entre os pontos da RAS, com oferta, acesso e contrarreferência dos serviços. A continuidade desse gerenciamento requer conexões coerentes entre esses diferentes atores para assim promover a continuidade longitudinal do cuidado.

Analisando de forma geral a continuidade do cuidado exercido pelo NASF, verifica-se que há qualidade e comprometimento dos profissionais em melhorar suas práticas para garantir a continuidade e cuidado integral ao usuário na RAS. Os diversos entraves vivenciados na AB, como a comunicação difícil com algumas

eqSF, falta de estrutura, ausência de referência e contrarreferência do cuidado, não paralisam os profissionais do NASF. Pelo contrário, eles tentam e se reinventam de diversas formas para tentar assegurar a continuidade do cuidado que o usuário necessita, reconhecendo que é no território, no nível da AB, que esse usuário irá retornar para ser acompanhado pela equipe de referência e de apoio matricial que se corresponsabiliza pelas suas condições de saúde.

Percebe-se assim que há diversos percalços que coadunam com uma desestruturação do NASF e seu papel de articulador e coordenador do cuidado junto com a eqSF, contribuindo para um desmonte do modelo de atenção que deveria preconizar a AB e seu papel coordenador na RAS. O reconhecimento dos profissionais e gestores sobre os problemas evidenciados revela e reitera a necessidade de modificação deste cenário, requerendo verdadeiro empenho e priorização dos atores políticos para reconfigurar essa conformação histórica dos serviços e práticas de saúde que perpetuam um cuidado fragmentado e desarticulado entre os níveis de atenção.

É pertinente que os gestores e formuladores de políticas, a partir da visualização desses obstáculos para continuidade do cuidado, reflitam sobre a necessidade de implantação de estratégias para promover um adequado fluxo de cuidado na AB e RAS como um todo, permitindo uma assistência à saúde de forma coerente e lógica por distintos atores e serviços.

Não havendo a intenção de generalização desses achados, ressaltamos que a profundidade e produção de conhecimento sobre aspectos específicos da continuidade do cuidado encontradas nesta tese se assemelham a questões crônicas vivenciadas pelo NASF, AB e RAS, reforçando assim a necessidade de outros estudos para produzir mais conhecimento acerca desse problema e assim subsidiar a tomada de decisão pela gestão em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, H.B. *et al.* As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/3FMVcDP9bCs3G94fqQQfDSQ/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20 jan. 2023.

ALVES, C.V.; SILVA, T.A.; LUCENA, E.E.S. A ludicidade como estratégia de educação em saúde bucal no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: relato de experiência. Revista Ciência Plural, Natal, v. 7, n.1, p.177-190, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/31784>. Acesso em: 12 mar. 2022.

ARAUJO, J. D. *et al.* Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/Zqrh5fwtcXt54PZZv448jsq/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2021.

ANA, W.P.S.; LEMOS, G.C. Metodologia Científica: a pesquisa qualitativa nas visões de Lüdke e André. Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar, Natal, v. 4, n. 12, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.apps.uern.br/index.php/RECEI/article/view/1710>. Acesso em: 20 out. 2020.

AYRES, J.R. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. In: Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 2011. p. 282-282. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-2615>. Acesso em: 23 ago. 2019.

BARBOSA, A.M. *et al.* Concepções e práticas sobre a Saúde do Trabalhador para profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 27, p. e220533, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/RBnFfKdCxMyhn4GrrSYmrWP/>. Acesso em: 23 out. 2023.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo / Laurence Bardin; tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. - - São Paulo: Edições 70, 2011.

BEZERRA, R.K.C.; ALVES, A.M.C.V. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. Revista Expressão Católica Saúde, Quixadá, v. 4, n. 2, p. 7-15, 2019. Disponível em:

<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/3210>. Acesso em: Acesso em: 23 ago. 2022.

BISPO JÚNIOR, J.P.; MOREIRA, D.C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/jLxYcGqnXP4x3Fb5FC3DxGf/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BOFF, L. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

BOFF, L. O cuidar e o ser cuidado na prática dos operadores de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, p. 392-392, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgZ4QfffRgC6HgRY3Ppxzfw/?stop=previous&lang=pt&format=html>. Acesso em 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 25 de janeiro de 2008, Seção 1, Col. 2, p. 47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: CNEPS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde; conselho Nacional de Saúde – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Conteúdo: V.I – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 99, de 5 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2023.

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, p. e00037316, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n8/e00037316/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CASOTTI, N.D. Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e os impactos das mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): um estudo em uma região do interior do estado de São Paulo. 2023. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) - Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Universidade Federal de São Carlos, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/17905>. Acesso em: 20 out. 2023

CASTRO, C.P.; OLIVEIRA, M.M.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1625-1636, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jFHZxZWwN5693jmgWPVcRzF/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CEGATTI, F.; CARNUT, L.; MENDES, A. Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. Journal of Management & Primary Health Care, Uberlândia, v. 12, p. 1-41, 2020. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/978>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CINTRA, T.S.; DORICCI, G.C.; GUANAES-LORENZI, C. Dinâmicas relacionais de equipes na estratégia de saúde da família. Revista Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 24-38, jan. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 mai. 2020.

CONTATORE, A.O.; MALFITANO, A.P.S.; BARROS, N.F. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 17, p. e0017507, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/5hfvTMrLvcrkNtCBtvhMD9P/>. Acesso em: 25 nov. 2020.

COTA, A.L.S.; COSTA, B.J.A. Atividades lúdicas como estratégia para a promoção da saúde bucal infantil. Saúde e pesquisa, Maringá, v. 10, n. 2, p. 365-371, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5963>. Acesso em: 25 nov. 2020.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. suppl 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

DIAS, T.E.C.; FRICHE, A.A.L.; LEMOS, S.M.A. Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. In: CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2019. p. e20180102. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/fmB8f4wRdJFLDKXptLYWSSN/>. Acesso em: 17 nov. 2020.

DONABEDIAN, A. La qualità dell'assistenza sanitaria. Roma: Nuova Italia, Scientifica, 1989.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology Laboratory Medicine, 114: 1115-1118; 1990.

DUTRA, E.B.; GOMES, V.C. Qualidade da saúde no Brasil: um retrato do seu desempenho baseado na abordagem sistêmica. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 554–577, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/17257>. Acesso em: 01 dez. 2021.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, p. 208-223, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021.

FERNANDES, R.S. *et al.* Potencialidades da Educação Popular em tempos de pandemia da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 26, p. e210142, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/kLGyYmhg3qZf6cRhXyxnt9M/>. Acesso em: 17 set. 2022.

FERREIRA, J. *et al.* Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores?. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 27, p. 69-79, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/6XdxDvqvLzKXWjTHNgZTdCp/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2022.

FIGUEIREDO, A.R.; POTRA, T.S.; LUCAS, P.B. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: uma revisão scoping. CIAIQ2019, v. 2, p. 279-288, 2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2029>. Acesso em: 17 mar. 2022.

FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa, 3ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FRANÇA, T.; RABELLO, E.T.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, p. 106-115, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GsRWdhS9VztCddQjNT46RkN/>. Acesso em: 17 mar. 2022.

FREIRE, M.; MEIRELLES, R.F.; CUNHA, F.J.A.P. Convergências de padrões de interoperabilidade para o fluxo de informações entre as redes de atenção à saúde no portal do Datasus. Ponto de Acesso, Salvador, v. 13, n. 1, p. 87-101, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaici/article/view/33508>. Acesso em: 19 jan. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). Projeto - Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Relatório final. Rio de Janeiro, 2003.

GERMANO, J.M *et al.* Entre nós: educação permanente em saúde como parte do processo de trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32, p. e320110, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2022.v32n1/e320110/pt/>. Acesso em: 19 jan. 2023.

GIROTTI, L.C. *et al.* Preceptors' perception of their role as educators and professionals in a health system. BMC medical education, [s.l.], v. 19, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12909-019-1642-7>. Acesso em: 28 dez. 2022.

GIROTO, M.C.F. Os desafios das Administrações municipais na terceirização de serviços. Revista Controle - Doutrina e Artigos, Fortaleza, v. 19, n. 2, p. 268-299, 2021. Disponível em: <https://revistacontrole.tce.ce.gov.br/index.php/RCDA/article/view/717>. Acesso em: 29 jun. 2023.

GOMES, M.F. Avaliação do grau de implantação das ações de alimentação e atividade física desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família na atenção à hipertensão e diabetes em Recife. 2018. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos gestores do SUS. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, p. 153-90, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/444917/mod_folder/content/0/Gest%C3%A3o%20do%20cuidado%20-%20complementar.pdf. Acesso em: 21 fev. 2019.

KHAN, A.I. *et al.* Examining the extent and factors associated with interprofessional teamwork in primary care settings. Journal of Interprofessional Care, Inglaterra, v. 36, n. 1, p. 52-63, 2022. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2021.1874896>. Acesso em: 28 abr. 2023.

LADAGA, F.M. *et al.* Whatsapp uma ferramenta emergente para a promoção da saúde. Enciclopédia Biosfera, Jandaia, v. 15, n. 28, 2018. Disponível em: <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/488>. Acesso em: 19 jul. 2022.

LIMA, P.R.G. *et al.* A Educação Popular em Saúde como estratégia fortalecedora do apoio matricial na atenção básica. Revista de Educação Popular, Edição Especial, p. 204-18, 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reeducpop/article/view/53288>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LINHARES, A.S. Educação permanente em saúde para os profissionais do NASF-AB: percepções, práticas, avanços e desafios. 2022. Dissertação (Mestrado acadêmico em Saúde da Família- Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família) - Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/70052>. Acesso em: 15 out. 2023.

LUCENA, R.N.L.S. O trabalho do NASF na Paraíba: potencialidades e fragilidades da atuação profissional na perspectiva da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/19392>. Acesso em: 27 de ago. 2022.

MARTINELLI, N.L. *et al.* Análise da estruturação da Rede de Atenção à Saúde no estado de Mato Grosso, Brasil, no contexto da Regionalização. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, p. 585-598, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KqhrVCLNvmTFNZPDNhYQK7S/>. Acesso em 10 nov. 2023.

MELO, E.A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. espec., p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>. Acesso em: 24 nov. 2020.

MENDES, F.R.P. *et al.* A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n.3, p.841-853, 2017. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n3/841-853/> >. Acesso em: 21 jan. 2019.

MERHY, E.E.; CECCIM, R.B. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. Niterói: UFF, 2009. Disponível em: <http://www.pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/humanizacao.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.

MERHY, E.E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. espec. 6, p. 70-83, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe6/70-83/pt/>. Acesso em: 25. mar. 2023.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. – 14. ed. - São Paulo: HUCITEC, 2014.

MOREIRA, D.C. *et al.* Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: experiências dos agentes comunitários. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/ZPsxKvhmrMZy3gwGPx8Mr5Q/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2021.

MOREIRA, D.C. *et al.* Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, p. e00031420, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xQJVjWPSCwSyRPTsMdNKghS/>. Acesso em: 13 ago. 2022.

MOREIRA, K.F.A. *et al.* Percepções do preceptor sobre o processo ensino-aprendizagem e práticas colaborativas na atenção primária à saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 43, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/49FhWb55YPsxL73qVTctdjh/?lang=pt>. Acesso em: 16. fev. 2023.

OLIVEIRA, R.L.B. *et al.* Atividades Lúdicas como estratégia para a promoção da saúde bucal nas crianças e adolescentes hospitalizados. Gep News, Maceió, v. 1, n. 4, p. 33-38, 2017. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/ojs2-somente-consulta/index.php/gepnews/article/view/4326>. Acesso em: 16. fev. 2023.

ØVRETVEIT, J. La qualità nel servizio sanitario. Napoli: Edizione ISES; 1996

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. Sociologias, Porto Alegre, v.18, n. 42, p. 384-411, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222016000200384&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 jan. 2019.

PENEDO, R.M.; GONÇALO, C.S.; QUELUZ, D.P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 23, p. e170451, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/R7VYB6qtCbfqqWDPkS3gt6H/>. Acesso em: 18 nov. 2022.

PORTELA, M.C. *et al.* Ciência da melhoria do cuidado de saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001403001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 nov. 2020.

PREVIATO, GF; BALDISSERA, VDA. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.39, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100431&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jan. 2019.

RECIFE. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2018.

RECIFE. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Planejamento, Monitoramento e Articulação Distrital. Plano Municipal de Saúde 2022 - 2025 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Planejamento, Monitoramento e Articulação Distrital, Gerência Geral de Planejamento e Orçamento, 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2022.

REID, R.J.; HAGGERTY, J.L.; MC KENDRY, R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Final Report. 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_and_Measures_of_Continuity_of_Health_Care. Acesso em: 22. out. 2019.

SANTOS, R. R. *et al.* A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória, v. 18, n. 1, p. 130-139, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15144/10725>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SANTOS MELO, V. *et al.* Ludicidade e humanização da assistência em saúde—experiências do Projeto Resgatar. Revista Portal: Saúde e Sociedade, Maceió, v. 5, n. 2, p. 1477-1484, 2020. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/ojs2-somente-consulta/index.php/nuspfamed/article/view/10063>. acesso em: 16 abr. 2022.

SANTOS SILVA, C.T. *et al.* Desafios para a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, v. 11, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177836/46850-281809-2-pb.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2022.

SAULTZ, J.W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. The Annals of Family Medicine, Estados Unidos, v. 1, n. 3, p. 134-143, 2003. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/1/3/134.short>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SCHÖNHOLZER, T.E.; PEREIRA, J.A.S.; ZACHARIAS, F.C.M. Avanço no uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Primária à Saúde. Revista da Saúde da Faculdade do Vale do Juruena - AJES, Juína, v. 6, n. 12, 2020. Disponível em: <http://www.revista.ajes.edu.br/index.php/sajes/article/view/385>. Acesso em: Acesso em: 21 jan. 2022.

SILVA, R.M.; ANDRADE, L.O.M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1207-1228, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/sKBKcmx3czLhbTj5H3CndKF/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2022.

SILVA, D.R.A. *et al.* Modelos de gestão da qualidade e saúde: a busca da excelência. Research, Society and Development, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 10, p. e6609109090-e6609109090, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9090>. Acesso em: 20 Nov. 2021.

SIQUEIRA, T. V. *et al.* The use of serious games as an innovative educational strategy for learning cardiopulmonary resuscitation: an integrative review. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 41, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/fvknfCpndHtQtZQb6fjXqKG/?lang=en&format=html>. Acesso em: 22 out. 2023.

SEBOLD, L.F. *et al.* Percepção de docentes de enfermagem sobre o cuidado: uma construção heideggeriana. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 50, n. espec, p. 39-46, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0039.pdf. Acesso em 20 Nov. 2020.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Revista Crítica de Ciências Sociais, Coimbra, n. 85, p. 85, 2009. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/343>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: BOSI, M.L.; MERCADO, F.J. (orgs.) Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes. 3 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013. p. 207-228.

SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a04v16n11.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

SHAW, C.D. *et al.* A background for national quality policies in health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/107458>. Acesso em: 28 mar. 2021.

SLOMP JUNIOR, H.; FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Projeto terapêutico como dispositivo para o cuidado compartilhado. 1 ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

SOUZA, T.T.; CALVO, M.C.M. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 976-987, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KsM7krQMMJb3sBZq4wGPvYJ/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2021.

SORATTO, J. *et al.* Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p.1-7, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/131383/000981708.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 mar. 2020.

TITON DE SOUZA, T.; CALVO, M.C.M. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100232&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2019.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2019.

VALENTE, N.H. A importância de se avaliar qualidade em saúde. Revista de Saúde da Aeronáutica, Rio de Janeiro, v.2, n. 4, p.18-22, 2019. Disponível em: https://www2.fab.mil.br/dirs/phocadownload/revista_vol2_num4/artigo_original.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Núcleo ampliado de saúde da família: espaço de interseção entre atenção primária e secundária. Texto & Contexto - Enfermagem, Santa Catarina, v. 28, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/hRmwHb8H73bBh9N6ybTr7qs/?lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2022.

VIEGAS, S.M.D.F. *et al.* SUS-30 anos: direito e acesso no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 74, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/v9DbdyQpJ7XqxBVTXn9Scgg/?lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2023.

VUORI, H. Quality assurance of health services. Copenhagen: World Health Organization; 1982.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Quality assessment and assurance in Primary Health Care. Programme Statement. Geneve: World Health Organization; 1989.

YIN, R.K. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookmam; 2015. 290 p.

WITISKI, M. *et al.* Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. Ciência, cuidado e saúde, Maringá, v. 18, n. 3, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/46988>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ZANONI, E.M. *et al.* O cuidado interdisciplinar e intersetorial nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Revista de Psicologia, Jaboatão dos Guararapes, v.14, n. 50, p. 1282-1295, 2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2087>. Acesso em: 20 nov. 2020.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Instrumento de coleta de dados do objetivo específico 2 (Compreender a percepção sobre a qualidade do atendimento ofertado pelo NASF pelos profissionais e gestores) – Roteiro de entrevista semiestruturada

PROFISSIONAIS DO NASF

Parte 1. Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Raça/cor:

Profissão:

Pós-graduação:

Nome da equipe NASF:

USF vinculadas:

Tempo que está na equipe NASF:

Parte 2. Roteiro semiestruturado

- 1) Que tipo de ações e atendimentos o(a) senhor(a) faz para os usuários da área de cobertura das USF que sua equipe NASF matricula?
- 2) O(a) senhor(a) considera que na sua prática profissional no NASF as ações desenvolvidas apresentam uma qualidade satisfatória?
- 3) Que tipos de ações/ práticas o(a) senhor(a) desenvolve para realizar essas atividades com mais qualidade?
- 4) O que o(a) senhor(a) elencaria que é importante para desenvolver ações com qualidade para os usuários?

5) Pensando nesses pontos que você falou que considera que favorecem para uma ação do NASF com qualidade (rememorar os pontos que o profissional falou), qual o(a) senhor(a) considera mais importante colocando em uma ordem de prioridade?

-Organizar as ideias do usuário para que ele coloque os pontos em ordem de prioridade, indicando o que é mais importante ter para ter qualidade nas ações realizadas pelo NASF- AB.

6) Que barreiras ou aspectos dificultadores o(a) senhor(a) encontra no seu processo de trabalho que dificultam realizar ações com mais qualidade para os usuários?

7) O que o(a) senhor(a) acha que poderia ser feito para que tivesse mais qualidade nas ações que o(a) senhor(a) realizasse enquanto profissional do NASF? A quem caberia essa responsabilidade / poder de implantar essas melhorias?

8) Considerando esse atual contexto de pandemia do Coronavírus e suas implicações no processo de trabalho da unidade de saúde e na equipe NASF, o(a) senhor(a) acha que isso de alguma forma influenciou na qualidade das ações desenvolvidas por você mesmo(a) ou pela equipe NASF?

GESTORES

Parte 1. Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Raça/cor:

Profissão:

Pós-graduação:

Cargo exercido na gestão:

Tempo do cargo:

Parte 2. Roteiro semiestruturado

1) O(a) senhor(a) considera que as ações desenvolvidas pelo NASF apresentam uma qualidade satisfatória?

2) Que tipos de ações/ práticas o(a) senhor(a) percebe que o NASF desenvolve para realizar essas atividades com mais qualidade?

3) O que o(a) senhor(a) elencaria que é importante para desenvolver ações com qualidade para os usuários?

4) Pensando nesses pontos que você falou que considera que favorecem para uma ação do NASF com qualidade (rememorar os pontos que o profissional falou), qual o(a) senhor(a) considera mais importante colocando em uma ordem de prioridade?

-Organizar as ideias para que ele coloque os pontos em ordem de prioridade, indicando o que é mais importante ter para ter qualidade nas ações realizadas pelo NASF- AB.

5) Que barreiras ou aspectos dificultadores o(a) senhor(a) acha que dificultam para que os profissionais do NASF realizem ações com mais qualidade?

6) O que o(a) senhor(a) acha que poderia ser feito para que tivesse mais qualidade nas ações do NASF? A quem caberia essa responsabilidade / poder de implantar essas melhorias?

7) Considerando esse atual contexto de pandemia do Coronavírus e suas implicações no processo de trabalho da unidade de saúde e na equipe NASF, o(a) senhor(a) acha que isso de alguma forma influenciou na qualidade das ações desenvolvidas?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO OBJETIVO ESPECÍFICO 3 E 4

Instrumento de coleta de dados do objetivo específico 3 (Verificar a continuidade informacional e seus mecanismos de transferências desenvolvidos pelo NASF no cuidado a saúde ofertado aos usuários) e objetivo específico 4 (Verificar a continuidade relacional e a comunicação estabelecida pelo NASF no cuidado a saúde ofertado aos usuários) – Roteiro de entrevista semiestruturada

PROFISSIONAIS DO NASF

Parte 1. Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Raça/cor:

Profissão:

Pós-graduação:

Nome da equipe NASF:

USF vinculadas:

Tempo que está na equipe NASF:

Parte 2. Roteiro semiestruturado

Continuidade informacional (Disponibilidade e o uso da informação sobre os cuidados providos ao paciente)

- Comunicação entre os profissionais do NASF e da eqSF/ eqAB no compartilhamento dos casos;
- Transferência de informações entre os profissionais do NASF e outros serviços/ profissionais.

1) Como se dá a comunicação do NASF com as eqSF e EqAB?

-Como a equipe compartilha os casos? Há espaços para esse tipo de discussão? Reunião ou conversas rotineiras quando se tem oportunidade no dia a dia de trabalho?

-A partir dessa comunicação, vocês discutem casos, constroem Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST)? Discutem sobre o processo de trabalho? Planejam atividades para as UBS ou para os territórios?

-Há reuniões periódicas entre vocês profissionais do NASF e as equipes matriciadas? Qual periodicidade? Como são essas reuniões (pautas discutidas, comunicação entre os participantes, clima da reunião, relação - boa ou ruim – entre as equipes)?

-Em que casos ou situações vocês verificam que essa comunicação do NASF com as equipes matriciadas se dá de forma mais efetiva? Onde encontra dificuldades?

2) Como acontece a transferência de informações entre os profissionais do NASF e outros serviços/ profissionais?

-De que forma se dá essa transferência de informações? Descrição nos encaminhamentos? Há referência e contrarreferência dos casos? Em que casos normalmente esses usuários são encaminhados?

-Você acha que essa transferência de informações se dá de maneira efetiva? Que pontos são positivos? Quais são as dificuldades? Há situações ou casos em que essa informação é perdida (não havendo a transferência de informações entre NASF e outros serviços)?

3) Considerando esse atual contexto da pandemia pelo Coronavírus e suas implicações no processo de trabalho dos profissionais e equipe, o(a) senhor(a) acha que a comunicação e transferência de informações foi afetada de alguma forma?

-Quais mudanças ocorreram: a comunicação deixou de existir? Registrou-se ou transferiu- se menos informações dos atendimentos realizados? Mudou a forma de comunicação da equipe?

-Isso afetou na continuidade das ações do NASF?

Continuidade relacional (Relação contínua entre os profissionais de saúde e os pacientes)

- Relação e comunicação dada entre profissional NASF e usuário;
- Conhecimento do profissional do NASF sobre o caso do usuário (história clínica, antecedentes);
- Comportamento e atitudes dos profissionais do NASF com os usuários.

1) Como se dá a relação e comunicação estabelecida entre vocês profissionais do NASF- AB e usuários?

-A relação é boa? Há um encontro com troca, compartilhamento de necessidades, subjetividades? Os usuários são comunicativos? Conversam somente sobre a questão clínica / de saúde ou falam mais coisas sobre seu cotidiano e vida?

-Você acha que há criação de vínculo com os usuários? Em que casos?

-Você acha que a comunicação tem favorecido para que os usuários sigam as orientações em saúde ofertadas por vocês?

-Em que situações você acha que essa comunicação não se dá de forma efetiva? Por quê?

2) Quando vocês vão atender algum usuário em uma consulta, por exemplo, vocês realizam alguma revisão sobre o caso do usuário e antecedentes de saúde presentes no prontuário?

-Em que casos vocês fazem esse resgate das informações dos usuários?

3) Como normalmente se dá a consulta com o usuário?

-Como normalmente você faz as orientações? Que tipos de palavras utiliza? Faz as orientações falando ou mostrando algo (livro, materiais didáticos, vídeos, etc)?

-Você poderia tentar descrever em palavras como seria seu comportamento ou atitude no atendimento com os usuários?

4) Considerando novamente esse atual contexto da pandemia pelo Coronavírus e suas implicações no processo de trabalho dos profissionais e equipe, o(a) senhor(a) acha que a relação entre profissionais de saúde e destes com os usuários foi afetada de alguma forma?

-Quais mudanças ocorreram: a relação mudou de forma negativa ou positiva?

-Isso afetou na continuidade das ações do NASF?

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA –
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO OBJETIVO ESPECÍFICO 5**

Instrumento de coleta de dados do objetivo específico 5 (Verificar a continuidade gerencial, conexão e articulação entre profissionais e serviços para garantia do cuidado a saúde ofertado pelo NASF.) – Roteiro de entrevista semiestruturada

GESTORES

Parte 1. Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Raça/cor:

Profissão:

Pós-graduação:

Cargo exercido na gestão:

Tempo do cargo:

Parte 2. Roteiro semiestruturado

Continuidade gerencial (Conexão e articulação entre os diferentes profissionais/ serviços de saúde)

- Articulação do cuidado ao usuário com outros profissionais/serviços de saúde;
- Relação e interação dos profissionais do NASF com a gestão direta (coordenação distrital e municipal).

1) Como se dá a articulação da gestão com o NASF?

-Há situações em que a gestão articula os usuários com outros profissionais e serviços de saúde? Se sim, como se dá essa articulação? Há referência e contrarreferência?

-Em relação a continuidade do cuidado que o usuário necessita frente as questões de saúde, o que você poderia dizer que a gestão tem feito para garantir a continuidade e qualidade desse cuidado? Há articulação com outros pontos da rede? Há uma contrarreferência dos outros serviços?

-O que você acha que seria necessário implantar para garantir a continuidade do cuidado aos usuários? E quais são as dificuldades e entraves para que isso seja implantado?

2) Como se dá a relação e interação dos profissionais do NASF com a gestão direta (coordenação distrital e municipal)?

-Como é a relação da gestão com o NASF? Boa, profissional, parceira (se atentar aos adjetivos que o gestor vai dizer); verificar se a relação é horizontal ou vertical; verificar se há espaços de diálogo.

-Como se dá essa comunicação? Há espaços formais para partilhar situações (ex: reuniões periódicas) ou essa se dá de maneira informal, quando surge a necessidade?

-O que você elenca como pontos positivos da relação da gestão com o NASF? E os pontos negativos?

-O que você acha que poderia ser melhorado na relação da gestão com o NASF?

3) Considerando esse atual contexto da pandemia pelo Coronavírus e suas implicações no processo de trabalho dos profissionais e equipe NASF, o(a) senhor(a) acha que a conexão e articulação entre os diferentes profissionais/ serviços de saúde foi afetada de alguma forma?

-Quais mudanças ocorreram: a conexão deixou de existir? Como foi efetuada a articulação de profissionais e serviços durante a pandemia? Como se dá o feedback (contrarreferência) da comunicação entre os serviços durante a pandemia?

-Isso afetou na continuidade das ações do NASF?

-O que foi feito para tentar melhorar a continuidade gerencial?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS E GESTORES

Prezado participante,

Convidamos o (a) Sr. (a) a participar como voluntário da pesquisa: Qualidade das ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), tendo Mariana Farias Gomes (residente na Avenida Escritor Ramos de Almeida 571, Bloco 11, apartamento 302, Jardim Atlântico, Olinda - PE, CEP: 53.060-000. Telefone: + 55 (81) 999902886; e-mail: marianafarias1992@gmail.com), como pesquisadora responsável.

O objetivo do estudo é de analisar a qualidade das ações desenvolvidas pelo NASF quanto à garantia da continuidade do cuidado em saúde e aceitabilidade dos usuários.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas pelo(a) Sr. (a). Qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Se desejar informações adicionais ou mesmo fazer comentários poderá utilizar os contatos explicitados ao final deste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de uma entrevista. Suas respostas serão, sob sua permissão, gravadas. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 60 (sessenta) minutos. Para os participantes que aceitarem participar da entrevista, esta, em virtude da pandemia Covid-19, além da forma presencial, poderá ser realizada via remota por meio da plataforma Zoom. Asseguramos que o uso da imagem e do material gravado será utilizado estritamente com o intuito de transcrever as informações prestadas durante a entrevista, e que, sob qualquer hipótese, o material não será utilizado com outro fim. A decisão de participar de forma presencial ou remota fica a critério do participante da pesquisa.

Há risco de constrangimento diante de questões colocadas, que será minimizado pelo pesquisador, que prestará todos os esclarecimentos que venham a ser necessários. Informamos que pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nessa pesquisa é o de que as informações fornecidas poderão contribuir na qualificação das ações do NASF. Os resultados serão divulgados em eventos ou publicações científicas dirigidas ao público participante por meio de relatórios da pesquisa e artigos científicos não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Nada

lhe será pago e nem será cobrado para participar dessa pesquisa, pois a aceitação é voluntária.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Não há despesas pessoais para o(a) participante em qualquer fase do estudo. O pesquisador é que se deslocará ao seu encontro em local e horário oportuno acordado entre os dois, ou agendará de forma online. Caso haja algum possível gasto do participante com a pesquisa, essa será ressarcida pelo pesquisador. Cabe também informar sobre o seu direito a indenização, por vias legais, caso houvesse algum dano oriundo pela pesquisa, atendendo as especificações referidas na Resolução 466/2012, que aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O(A) Sr.(a) autoriza a gravação da entrevista? () Sim () Não

Você poderá também contatar a pesquisadora responsável: Mariana Farias Gomes pelo telefone (inclusive a cobrar): + 55 (81) 999902886; e-mail: marianafarias1992@gmail.com

Mariana Farias Gomes

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A):

eu, _____, CPF: _____, abaixo-assinado, declaro que fui devidamente esclarecido dos objetivos, riscos e benefícios de minha participação voluntária na pesquisa Qualidade das ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), bem como do direito de desistir da participação a qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa, e declaro minha concordância em participar. Autorizo, ainda, a publicação dos dados da pesquisa, que me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Assinatura do participante: _____ Data: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____

*Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora.

*Todas as páginas deverão ser rubricadas pela pesquisadora e pelo participante da pesquisa.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101- 2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 h / 13:00 – 15h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com: Coordenadora da Pesquisa:
Mariana Farias Gomes.

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E-mail: marianafarias1992@gmail.com

Telefone: (81) 99990.2886

APÊNDICE E – ARTIGO PUBLICADO

REVISTA PEER VIEW (ISSN 1541-1389)



PEER REVIEW, Vol. 5, Nº10, 2023
DOI: 10.53660/537.prw1510
ISSN: 1541-1389

Qualidade no cuidado em saúde: reflexões contributivas

Quality in health care: contributory reflections

Mariana Farias Gomes^{1*}, Rebecca Soares de Andrade¹, Adenilson da Silva Gomes², Alan Henrique de Oliveira Vila Nova³, Eduarda Ângela Pessoa Cesse¹, Antônio da Cruz Gouveia Mendes¹

RESUMO

Este artigo trata da qualidade no cuidado em saúde, trazendo reflexões essenciais e contributivas a todos que se interessam ou lidam com o tema. Foi realizada revisão de literatura e os textos e materiais selecionados foram separados por temas. A exploração textual ocorreu de forma sequencial por 'análise - inflexão - interpretação', e os resultados descritos e organizados abarcando importantes considerações sobre a temática. Três grandes temas são apresentados: o cuidado e a saúde; a qualidade e o cuidado nas práticas de saúde; e, políticas e estratégias de qualificação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Discute-se a necessidade premente de um novo olhar acerca das atuais práticas de saúde, com a (re) inclusão do cuidado em suas diversas formas, com vistas às suas interlocução e apropriação no cotidiano de trabalho de profissionais, gestores, assim como de instituições, órgãos e usuários, a fim de promover o direcionamento do cuidado dentro das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Atenção à saúde; Qualidade da assistência à saúde; Saúde.

ABSTRACT

This article deals with quality in health care, bringing essential and contributory reflections to everyone who is interested in or deals with the subject. A literature review was carried out and the selected texts and materials were separated by themes. The textual exploration occurred sequentially by 'analysis - inflection - interpretation', and the results were described and organized, encompassing important considerations on the subject. Three major themes are presented: care and health; quality and care in health practices; and, policies and strategies for the qualification of health care in the Unified Health System. The urgent need for a new look at current health practices is discussed, with the (re) inclusion of care in its various forms, with a view to its dialogue and appropriation in the daily work of professionals, managers, as well as institutions, organs and users, in order to promote the direction of care within public health policies.

Keywords: Delivery of health care; Quality of health care; Health.

¹ Instituto Aggeu Magalhães – IAM/Fiocruz-PE.

*E-mail: marianafarias1992@gmail.com

² Faculdade Santíssima Trindade.

³ Secretaria de Saúde do Recife.

INTRODUÇÃO

São necessários alguns apontamentos teóricos e históricos para discorrer sobre a qualidade no cuidado em saúde, visto que a configuração sobre a saúde e suas práticas de cuidado vem se moldando de distintas formas, a depender do entendimento sobre a saúde e adoecimento, modelos de atenção à saúde adotados e suas formas de organização. A concepção e implicações do modelo biomédico no cuidar em saúde vem ao longo do tempo descontextualizando o indivíduo de sua história de vida e contexto histórico-social.

Diversos são os fatores que têm levado a essa crise e seu distanciamento do fazer em saúde. Pode-se destacar: a introdução maciça da tecnologia, do conhecimento cientificamente validado, as condutas cada vez mais mecanizadas, tecnocratas e especializadas, o que implicam em processos terapêuticos mais distantes dos usuários. Os profissionais, reconhecidos (ou tidos) como detentores do saber clínico técnico-científico, estabelecem relações terapêuticas cada vez mais verticais, sem acolhimento, respeito e zelo frente às necessidades dos sujeitos, em que muitas delas têm raízes sociais, humanas e afetivas.

Diante de tal conjuntura, a (re)introdução dos atos do cuidado na saúde, no intuito de reorientar as práticas e refazer seus modos de curar, agir e cuidar do outro torna-se imprescindível. O cuidado será aqui abordado em seu caráter filosófico e ontológico, implicando na sua relação com a existência humana e suas diversas formas de lidar com o outro e com o mundo. Para tanto, discussões iniciadas por Martin Heidegger, no século XX, e mais recentemente retomadas por Leonardo Boff, José Ricardo Ayres e Emerson Elias Merhy, entre outros autores, serão consideradas.

Intrinsecamente associado ao cuidado, a qualidade das práticas, atos, condutas e serviços também atravessa todos os processos da saúde. Ao longo do tempo a qualidade vem se tornando prioritária nos debates sobre as ações, instituições e gestão dos serviços de saúde. Assim, a qualidade vem se somar a essa construção, numa perspectiva reflexiva diante da sua relevância, complexidade e multidimensionalidade no campo da saúde.

Ambas as temáticas têm extrema relevância para a saúde e permeiam os movimentos e discussões acerca da necessidade de reorganização das práticas e gestão dos serviços de saúde, no sentido de produzir uma ressignificação do tratar e sua capacidade de produzir cuidado com qualidade.

METODOLOGIA

Foi realizada revisão de literatura e utilizada uma abordagem reflexiva sobre a qualidade do cuidado em saúde, por meio da investigação e análise de materiais teóricos já produzidos, como artigos científicos, livros e publicações oficiais disponíveis em bases de dados digitais.

Na análise, os materiais foram separados em temas e explorados por meio da reflexão e interpretação, sendo os resultados organizados e descritos contemplando uma reflexão sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados três grandes temas: o cuidado e a saúde; a qualidade e o cuidado nas práticas de saúde; e, políticas e estratégias de qualificação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. A referida forma de organização tem o propósito de apresentar e encadear essas discussões teóricas, que permeiam a qualidade e o cuidado em saúde, e fazer uma reflexão de como estes estão interligados no que se refere à atenção em saúde.

O CUIDADO E A SAÚDE

O cuidado e seu lugar nas práticas de saúde

A dimensão do cuidado é abordada por diferentes autores e perspectivas na literatura, mas que possuem um conjunto de aspectos que se relacionam com o ato intrínseco do ser humano e sua relação com o outro e com o mundo. Na etimologia da palavra, “cuidado” deriva do latim *cogitare-cogitatus*, cujo sentido é pensar, colocar atenção, preocupação. Também apresenta relação com a palavra ‘cura’, do latim *coera*, utilizada em contextos de relações de amor, amizade e desvelo (BOFF, 2012).

Leonardo Boff foi um dos autores que fez uma ampla reflexão sobre a temática, no qual considera que o cuidado, antes de tudo, é a raiz primeira do ser humano. Trata-se de algo anterior à existência, sendo uma pré-condição para o ser humano sentir-se conscientemente como um ser-no-mundo (BOFF, 2008). O autor afirma que “ser homem/mulher é ser constituído de cuidado” (BOFF, 2008, p. 53).

Em se tratando do seu caráter antropológico-filosófico, Boff (2008) destaca um dos maiores pensadores do século XX que se debruçou sobre o tema: Martin Heidegger (1889-1976). À luz de Aristóteles, Heidegger desenvolveu a ideia de que o cuidado é o modo de ser primeiro de todo ser humano em sua relação para com o mundo. Boff (2008)

destaca que, na obra *Ser e Tempo*, Heidegger afirma que o cuidado significa um fenômeno ontológico-existencial básico, ou seja, um fenômeno base que possibilita a existência humana enquanto humana:

“O cuidado entra na definição essencial do ser humano. Constitui a base para qualquer interpretação que se queira fazer dele. O cuidado sempre aí presente e subjacente como a constituição do ser humano. Falar do ser humano sem falar do cuidado não é falar do ser humano” (BOFF, 2008, p. 54).

Seguindo a mesma perspectiva, Ayres (2009) também designa o cuidado como próprio do ser humano. Esse cuidado está sempre se exercendo sobre a sua própria existência, muitas vezes como um ato muitas vezes inconsciente e não intencional, mas intrínseco no seu modo de ser e lidar com a vida.

O cuidado, então, pertencente à natureza do ser humano, é considerado implícito na saúde, visto como a ética natural nas práticas exercidas pelos profissionais de saúde. Apesar de estar dentro do conjunto de ações realizadas para obter boas condições de vida, este ganhou um caráter mais específico, principalmente na medicina e enfermagem, como uma atitude e envolvimento dentro das práticas de atenção à saúde e cura (BOFF, 2008).

Pensando em como o cuidado foi se adentrando nas discussões e práticas da saúde, Almeida (1986) e Waldow (2006) apontam três momentos principais: no primeiro, o cuidado estava centrado no sujeito profissional, médico ou enfermeiro, no sentido da habilitação e preparo profissional na utilização dos materiais e técnicas, bem como a sua maneira cuidadosa de realizar tais práticas. Nesse momento já se iniciava uma visão de saúde que não se restringia às práticas de cura focalizadas (BOFF, 2008).

No segundo momento, frente aos avanços tecnológicos da modernidade, o cuidado se fundamentou mais nos princípios científicos. O surgimento de novos aparelhos diagnósticos, de intervenção e fármacos fizeram com que os profissionais tivessem que adquirir mais conhecimentos e incorporar habilidades na utilização destes novos aparatos. É o momento do “cuidado com os meios” (BOFF, 2008).

É importante também nesse momento discutir sobre o cuidado na área médica, que diante da sua ciência de precisão no diagnóstico e tratamento dos corpos, os profissionais passaram cada vez mais a se especializar em subáreas e a depender, quase que vitalmente dentro da sua profissão, do conhecimento, habilidade e acesso a essas tecnologias. Por outro lado, diante dos diversos processos de adoecimento, sua implicação com os determinantes sociais e suas possíveis “práticas de diagnóstico e cura”, tem-se a

rediscussão da importância do médico generalista e de uma medicina mais globalizadora e eficaz (BOFF, 2008).

O terceiro e último momento, centrou-se na atenção ao paciente e no seu cuidado. Tornou-se um movimento e ganhou mais força, principalmente, com a enfermagem nos anos 60 e 70, no qual diante de suas teorias assistenciais de cuidado, o paciente passou a ser visto de maneira mais holística e complexa, envolvendo a contribuição de outros saberes, como a antropologia, filosofia, ética, psicologia, sociologia e ecologia. Aqui, o cuidado em saúde envolve todas essas concepções e compreende o acompanhamento nos processos de cura e resgate da vida (BOFF, 2008).

Boff (2008) discute que atualmente há um esforço para combinar esses diversos momentos devido aos bons resultados alcançados com a questão de formação e preparo profissional, o uso das tecnologias e o olhar mais integral no ser humano. Essa consciência integradora permite um olhar complexo e ampliado sobre as práticas de saúde, sendo o cuidado um ato implícito na atenção à saúde.

Para o cuidado em saúde, essa visão mais ampla se faz necessária, pois não se pode somente atribuir um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o tratamento e cura de uma enfermidade. Ayres (2009) trata essa questão como um constructo filosófico, no qual o cuidado envolve:

“[...] uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (AYRES, 2009, p. 42).

O mesmo autor ainda traz à tona a discussão sobre a crise do entendimento desse cuidado dentro da área da saúde, no qual citando a área médica, reflete que essa atenção à saúde tem passado por uma crise de confiança diante do exorbitante progresso tecnológico da medicina e sua progressiva incapacidade de estar cuidando de corpos e necessidades. É evidente que os avanços tecnológicos trouxeram e ainda trazem benefícios à saúde da população, mas não se pode negar que, apesar de ocupar lugar importante, as tecnologias e seus procedimentos avançados sozinhos não elucidam todas as verdades, levando em consideração os seus limites para lidar com questões multidimensionais e complexas que envolvem a saúde (GRABOIS, 2009).

Ayres (2009) reflete também sobre a visão da assistência à saúde como um mix de ciência e arte, sendo esta última uma dimensão supostamente esquecida ao longo dos

anos e avanços da modernidade, resultando em “muita tecnociência porque pouca arte, ou pouca arte porque muita tecnociência” (AYRES, 2009, p. 58).

Frente a essa polaridade, o seguinte trecho elucida algumas reflexões trazidas pelo autor:

“Dito de outra forma, é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam. Narcísica, a Medicina tecno-científica encantou-se consigo mesma. Não cessa de se olhar no espelho, espelho que se desdobra *ad infinitum*, mostrando sempre mais à arte como ela pode ser poderosa com a ciência e à ciência como são ilimitados seus potenciais artísticos. O conflito entre esses dois pólos não passa, portanto, de um artifício de imagem: o que parece uma negação de um ao outro não é mais que a busca do melhor ângulo para o mesmo reflexo. Uma mesma imagem busca incessantemente a si mesma, como dois espelhos antepostos. Arte e ciência oferecem uma à outra um enorme poder e, nesse encantamento mútuo, deixaram muitas vezes de se perguntar: poder de quem, poder porque, poder para quê?” (AYRES, 2009, p. 59-60).

Esses apontamentos trazem reflexões sobre o cuidado e sua potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e de vida, fugindo da objetificação das práticas e corpos, utilizando das interações terapêuticas espaços de subjetividades, diálogos e trocas diante dos sujeitos (AYRES, 2009). Há uma necessidade de revalorizar outros tipos de saberes nessa interação com o outro, como os populares, valores pessoais, sociais, espirituais, utilizando essa sabedoria prática do cuidado assistencial, que mesmo apoiados pela tecnologia, não se deixam resumir a ela a ação em saúde.

Corroborando com essas reflexões, Merhy e Ceccim (2009) defendem que essa prestação do cuidado se dá na produção política dos seres, e não apenas nos registros de assistências. A orientação do cuidado centrada na atenção à saúde no usuário não se relaciona a fatores externos ao encontro, como as rotinas, protocolos e técnicas, mas sim na centralidade do próprio encontro, implicando na constitutividade de relações de alteridade. Assim, “o cotidiano do cuidado passa a ser visto como um campo particular de produção da saúde e não como um campo particular da prestação da assistência” (MERHY; CECCIM, 2009, p. 5).

Diante dessa crise no modo de fazer saúde, há a urgência de trazer o cuidado de volta à centralidade das práticas, reiterando a necessidade de reaver esta relação profícua, acolhedora e de respeito nas ações de saúde, que oriente a gestão dos serviços, a formação e construção ética dos profissionais, resultando em uma transformação nas ações assistenciais propriamente ditas.

Sem estabelecer ordem de hierarquia ou prioridades, Ayres (2009) elenca algumas motivações para essa reconstrução do cuidado nas práticas de saúde: Voltar-se a presença do outro, estreitando as relações terapêuticas e de troca ativa entre os indivíduos, e superando a perspectiva individualista e cientificista no ato de cuidar, no qual se ampliam e utilizam outros espectros de saberes nas práticas de saúde; Otimizar a relação, no qual a utilização de tecnologias leves (interações intersubjetivas nos atos de cuidado em saúde) fortalece a dimensão comunicacional e uma ausculta sensível (como no acolhimento) e aumenta o vínculo e responsabilização do cuidado; e Enriquecer horizontes, em que se ampliam a racionalidade biomédica com outros espectros e saberes, fomentando a efetivação das práticas com a interdisciplinaridade e intersetorialidade, como também a abertura de novos espaços assistenciais que favoreçam a efetivação de outras racionalidades terapêuticas, como a expressão artística e linguagens corporais.

É preciso, pois, resgatar o cuidado como uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial, implicando em mudanças significativas no ideário do campo político da saúde, com discussões e proposições que permitam reconstruir as suas práticas para que se possa cada vez mais chamá-las de cuidado.

A QUALIDADE E O CUIDADO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

A qualidade e sua relação com o cuidado

Ofertar ações, serviços e programas com garantia de qualidade tem se tornado primordial na área de saúde principalmente a partir da década de 80, inclusive sendo um ponto de debate prioritário pela Organização Mundial da Saúde, organizações internacionais e governo nacional. Progressivamente a qualidade foi sendo considerada como componente estratégico pelos países, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989; SERAPIONI, 2009; VUORI, 1982).

Várias foram as razões que contribuíram para a implementação de estratégias de garantia da qualidade nos sistemas de saúde, dentre elas a ineficiência e custos excessivos, acesso desigual aos serviços de saúde, inadequada segurança dos sistemas de saúde e a insatisfação dos usuários (SHAW; KALO, 2002).

Discorrendo brevemente sobre o ponto de vista histórico, Serapioni (2009) traz que inicialmente o tema da qualidade da atenção à saúde interessava somente a pequenos grupos de médicos que visavam a garantia da qualidade pela prática profissional,

verificando as formas de redução da variabilidade dos resultados terapêuticos. Posteriormente, principalmente a partir dos estudos de Donabedian (1989) que desenvolve a qualidade de maneira conceitual e metodológica, outros pontos entraram na discussão sobre a qualidade, como sua dimensão técnico-científica e gerencial. Por último e não menos importante, diante das diversas reflexões e abordagens orientadas para a humanização da atenção e valorização das relações entre profissionais e pacientes, os usuários foram vistos e incluídos como importantes na avaliação e satisfação da qualidade dos serviços oferecidos.

Contudo, há de se discutir algumas questões. Uma delas é em relação à complexidade presente na qualidade, que se apresenta sob diferentes compreensões e definições (SERAPIONI, 2010; UCHIMURA; BOSI, 2002). O conceito de qualidade é complexo e polivalente, e isso está relacionado a diversos fatores: a) a própria concepção de saúde é complexa, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais; b) há uma diversidade de atores que agem nos sistemas de saúde, necessitando na maioria das vezes de abordagens multiprofissionais e interdisciplinares; c) as ações de saúde não produzem bens, mas serviços que se relacionam a um trabalho imaterial; d) há intrinsecamente uma multidimensionalidade na definição de qualidade, abordando aspectos objetivos e subjetivos; e) a concepção de qualidade pode ser modificada de acordo com o contexto cultural, histórico, político, institucional e social (SERAPIONI, 2009).

Essa complexidade, que enriquece o seu conceito, torna também difícil sua interpretação. Em vista disso, alguns autores preferem não adotar interpretações restritivas, evidenciando assim uma série de dimensões da qualidade. Outros a fazem de maneira restritiva, fazendo referência a qualidade como eficácia técnica, ou relacionada aos custos, ou considerando somente a percepção dos pacientes. Assim, Serapioni (2009) afirma que “a qualidade em saúde não se relaciona, exclusivamente, com um ou outro dos aspectos mencionados, mas é o resultado de uma profícua integração e conexão entre eles” (SERAPIONI, 2009, p. 71).

Outra discussão pertinente diz respeito a duas dimensões da qualidade: uma objetiva e outra subjetiva. A objetiva assume seus aspectos e características que podem ser mensuráveis, através de instrumentos, indicadores e tendências observáveis. Já a subjetiva, trabalha com as singularidades presentes nos espaços de vivências da realidade social, sentimentos, crenças e hábitos. Para essas duas dimensões deve haver

complementaridade, e não dicotomia, o que acabaria restringindo o próprio conceito e complexidade da qualidade (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Donabedian (1990), um autor seminal no campo da qualidade do cuidado em saúde e que desenvolveu várias discussões sobre os conceitos e dimensões da qualidade, considerou posteriormente a qualidade em uma perspectiva mais ampla, englobando sete dimensões, denominando-a como 'pilares da qualidade' (Figura 1).

Figura 1 - Sete pilares da qualidade segundo Donabedian.

Eficácia	•Capacidade para o cuidado, na melhor forma possível de contribuir para a melhoria das condições de saúde, considerando as condições mais favoráveis.
Efetividade	•O quanto melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas, ou seja, o efeito real obtido no contexto existente.
Eficiência	•Grau máximo de cuidado efetivo obtido nas condições de saúde ao menor custo possível.
Otimização	•Cuidado efetivo obtido através da relação custo e benefício mais favorável, ou seja, é o balanceamento mais vantajoso de custo e benefício.
Aceitabilidade	•Adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade, relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
Legitimidade	•Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
Equidade	•Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde, no qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição desse cuidado e de seus benefícios entre os membros da população.

Fonte: Adaptado de Donabedian (1990)

Diante de tantas dimensões, conceitos e complexidade em torno da qualidade, cabe a indagação se é possível ofertar o cuidado em saúde com garantia de qualidade nas ações e serviços de saúde. Diante dos apontamentos dos autores, isto é possível já que nem todos os atributos precisam estar presentes em todas as ações desenvolvidas por um profissional ou equipe, independentemente do nível de atenção prestado e tecnologias disponíveis. O cuidado ofertado ao usuário pelo profissional ou equipe não deve se limitar aos aparelhos ou estrutura disponível, mas sim, considerar o indivíduo como um todo, a sua história de vida e seu contexto social. Suas práticas devem se dar de maneira respeitosa, acolhedora, dispondo dos diversos saberes e terapêuticas necessárias para garantir, ao máximo, a integralidade do cuidado em saúde.

Essa qualidade e cuidados dependem mais da junção de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que deve ser pensado, discutido e incorporado nas práticas profissionais e gestoras, visando se adequar da melhor maneira possível às necessidades de cada paciente (GRABOIS, 2004).

E para a manutenção dessas atitudes profissionais, há de se refletir também sobre os contextos micro e macropolíticos que o cuidado permeia, como a questão da estruturação do sistema de saúde, acesso aos serviços de saúde, a estrutura e continuidade da RAS, a formação dos profissionais, o engajamento e envolvimento da sociedade, dentre tantos outros aspectos que interferem nas ações a serem desenvolvidas.

Contribuindo nesta reflexão, Grabois (2004) discute sobre a pertinência da gestão do cuidado no desenvolvimento das ações, no qual afirma que para oferecer um cuidado com qualidade “é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos” (GRABOIS, 2009, p. 167).

Essas e outras questões trazem uma compreensão de que a qualidade do cuidado em saúde depende do desenvolvimento de políticas públicas que valorizem e resgatem essas subjetividades do lidar com a saúde; do engajamento dos diversos atores sociais nesses espaços de luta, formulação e discussão pelo direito à saúde; que findem, à nível nacional, na reorganização do modelo de atenção que seja pautado nos reais princípios do SUS amplamente defendidos na reforma sanitária.

POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ao discutir essas ações da qualidade em saúde dentro do nosso do Sistema Único de Saúde (SUS), é evidenciado que ao longo de décadas várias são as estratégias e ferramentas que vêm sendo utilizadas para fomentar a qualificação e reorganização das práticas de cuidado. Destacam-se as trazidas pela Política Nacional de Humanização do SUS e pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu em 2003 como uma proposta de resgatar os modos de gerir e cuidar dos indivíduos atendidos pelo SUS, sendo discutida e vista como uma necessidade mediante as práticas de cuidado que se tornavam cada vez

mais distantes dos sujeitos, tecnocratizadas e fragmentadas. Essas atitudes e práticas, consideradas “desumanizadoras”, afetam os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais e serviços e as formas de atenção e cuidado ofertadas aos usuários (BRASIL, 2008).

Na PNH, “humanizar se traduz como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. [Em que] tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho” (BRASIL, 2013, p. 4). A política aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, considerando e estimulando a atuação entre esses três atores para provocar mudanças nas ações e serviços de saúde, contribuindo, assim, para a corresponsabilidade do cuidado com indivíduo e família. Um desses processos é pautado no incentivo à comunicação entre esses atores e espaços com vistas a construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, no sentido de resgatar as práticas de saúde pautadas nos princípios do SUS.

Para subsidiar a qualificação do cuidado e aprimoramento da gestão do trabalho em saúde, a PNH apresenta as sete diretrizes: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador; e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2008).

A primeira diretriz, o acolhimento, trata-se de um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, no qual o profissional adota uma postura ética e responsabilizada para com o usuário, que através de uma escuta qualificada, comprometida e interessada no reconhecimento do sujeito, verifica as suas necessidades e visa garantir uma atenção ética e integral para os indivíduos (SATO; AYRES, 2015).

Considerando o resgate das práticas de cuidado nas relações estabelecidas para os pacientes, este dispositivo vem como uma forma de humanizar a relação exercida por trabalhadores e instituições, tornando-se capaz de alterar a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde. O acolhimento se opera neste ato do encontro, agindo na direção de um escutar incluindo, como um ir ao ato da escuta (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Assim, esse “acolher” visa resgatar as práticas de escuta ativa e cuidado nas relações de saúde, escutando as queixas clínicas, mas também os outros aspectos que permeiam o cotidiano de vida do usuário, como seus anseios, medos e dificuldades. É

uma atenção que transcende as questões médico-centradas, visando a qualidade dos atos em saúde, do acesso e sua resolatividade.

A segunda diretriz, a cogestão, prevê uma gestão participativa com a inclusão de novos sujeitos na análise do contexto e problemas e no processo de tomada de decisão, sendo todos gestores de seus processos de trabalho. Um de seus preceitos se pauta na organização e experimentação de rodas, entendendo que estas produzem movimentos horizontais nas relações e permitem a criação de espaços coletivos de gestão e pactos entre usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2008).

Esses processos de tomadas de decisão e participações coletivas permitem que os sujeitos se sintam ativos nos processos de cuidado em saúde. E essa democratização das relações gera a inclusão dos diferentes atores e pontos de vistas nos processos decisórios, ampliando a corresponsabilização do cuidado na gestão e práticas de saúde.

A gestão participativa, por sua vez, também está presente na ambiência, na qual a política preconiza a organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho que permitam a interseção de diferentes campos do saber e das profissões nas práticas do cuidado. E este está implicado na prática interdisciplinar da clínica ampliada e compartilhada, que se propõe a qualificar o modo de fazer saúde, possibilitando sob os diferentes olhares, as decisões compartilhadas e compromissadas pelos profissionais. Há uma valorização no papel do trabalhador nos processos de reorganização de suas práticas e na tomada de decisão, como também um resgate e reafirmação dos direitos dos usuários do SUS para que estes sejam assegurados e cumpridos em todas as fases do cuidado (BRASIL, 2008).

Todas essas concepções e apontamentos trazidos na PNH visam a garantia do acesso e direito ao cuidado, trazendo as discussões e suas implementações para o interior das práticas de saúde, para tornar espaços de fato como produtores de desvelo e respeito para a população.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por sua vez, foi criado a partir de um processo de mobilização de trabalhadores, gestores e usuários visando fortalecer a Atenção Básica (AB) e fomentar a melhoria nas condições dos serviços e processos de trabalhos das equipes de saúde. O PMAQ surgiu por meio da Portaria nº 1.654, de 2011, e posteriormente foi atualizado em 2015 pela Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015.

O desenho do programa foi traçado com vistas a valorizar a AB como porta de entrada do sistema de saúde; redesenhar o financiamento do SUS; e, ainda, instituir um modelo de avaliação por desempenho dos sistemas de saúde. Ele propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, a partir do repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem a melhoria no padrão de qualidade nas ações e serviços. Através dos seus manuais instrutivos e processos avaliativos, o PMAQ espera garantir um padrão de qualidade que seja comparável em nível nacional, regional e local (BELLO; CARVALHO.; FARIAS, 2014).

Há no programa a proposta de internalizar uma cultura de monitoramento e avaliação permanentes nas equipes, por meio da autoavaliação. Essa, sendo sempre utilizada pelos gestores e equipes, atuaria como um modelo avaliativo de autogestão e facilitaria a reorganização do processo de trabalho das equipes. A utilização de instrumentos de autoavaliação, quando incorporados na gestão e práticas dos serviços, configuram-se como ferramentas pedagógicas de caráter reflexivo e problematizador, revelando as necessidades de reorganização das práticas e sua discussão conjunta na construção de soluções, auxiliando na tomada de decisão. Ressalta-se também que esta deve incluir os diferentes pontos de vista dos diversos atores envolvidos – gestores, profissionais e usuários, entendendo que todos são corresponsáveis pela qualificação do SUS (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Analisando de forma geral e levando em consideração que tanto o PMAQ quanto a PNH objetivam induzir mudanças tanto no modelo de atenção e de gestão, quanto impactar na situação de saúde da população, promover o desenvolvimento dos trabalhadores e orientar os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014), volta-se a discussão sobre o cuidado e de como este tem sido apresentado diante dessas novas estratégias e políticas públicas.

A discussão sobre humanização, por exemplo, é um tanto controversa na literatura. Sabe-se, conforme já discutido, que processos de cuidado têm se tornado cada vez mais escassos nas práticas dos profissionais, no qual estes se detêm cada vez mais nas tecnologias e conhecimentos tecno-científicos, do que no trato afetivo com os sujeitos, escuta, valorização dos saberes e espaços sociais.

Nesse sentido, o termo humanizar traz à tona a discussão sobre uma proposição embaraçosa de "humanizar humanos", como se alguns destes homens fossem menos

humanos. Pasche, Passos e Hennington (2011) discutem essa questão do caráter negativo do termo utilizado, mas defendem que a ideia principal desta política é de vincular a humanização como uma definição positiva nos processos e atos de cuidado, no qual admitem o entendimento de “humanizar não como o contrário do desumano ou inumano, mas humanizar como a construção das condições de emergência de trabalhadores e usuários protagonistas, autônomos e corresponsáveis (PASHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4545).

Vale ressaltar que a PNH visa transcender esse caráter mais pontual voltado apenas para modificar as formas em que as relações e práticas de cuidado entre profissional-paciente estejam sendo realizadas. Ela se propôs a transversalizar todo o sistema a partir das novas formas de pensar e cuidar da saúde, envolvendo as rotinas dos serviços e estratégias de gestão, os diversos atores e seus processos de produção do cuidado, bem como fomentando as trocas solidárias em redes multiprofissionais e interdisciplinares (SOUZA; MENDES, 2009).

No que se refere ao PMAQ, há discordâncias de que de fato este programa traga melhorias no acesso e qualidade nos serviços da AB. Uma grande questão é que, por ter um recurso financeiro atrelado, muitos municípios aderiram a essa contratualização, sem necessariamente conhecer e compreender o programa e seus manuais instrutivos, tampouco a importância dos processos propostos com vistas a melhoria dos cuidados em saúde. Esses processos verticalizados da gestão, ao aderir a implementação de políticas, com pouca interlocução entre equipe gestora e trabalhadores, dificultam o entendimento e necessidade dos objetivos, não contribui para a corresponsabilização dos resultados, reduzindo assim a possibilidade de impacto positivo das estratégias propostas (SOUZA; MENDES, 2009).

Essa questão do recurso financeiro também abre a discussão para o caráter competitivo do PMAQ, quando vincula este pagamento no componente de qualidade do Piso de Atenção Básica (PAB), que é variável, em função do desempenho obtido pelas equipes da AB, podendo as mesmas serem classificadas em quatro categorias: muito acima da média; acima da média; na média; e abaixo da média ou insatisfatório. Esse recurso, a priori, é transferido diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde correspondente, porém alguns municípios empreendem esses recursos em bonificação no rendimento dos trabalhadores (BERTUSSO; RIZZOTO, 2018).

A valorização e remuneração do trabalhador é uma questão importante a ser discutida e aplicada dentro do SUS, contudo vale salientar que esse tipo de ‘sistema de recompensas’ pode atingir diretamente o trabalhador e a qualidade das suas ações na AB. Diante das metas de produtividade, há de se levar em conta que o quantitativo de ações realizadas, não necessariamente está vinculada a sua execução com qualidade. Pelo contrário, o seu modelo produtivo numérico pode induzir o trabalhador a cumprir o quantitativo, seja por benefício próprio no recebimento de incremento salarial, seja por pressão da gestão para o cumprimento das metas (MORAES; IGUTI, 2013).

O que se observa diante do cenário apresentado é que a qualidade do cuidado e do acesso deve perpassar por uma (re)discussão dessas práticas junto dos atores envolvidos, inclusive os usuários, deixando para trás esses velhos ditos verticalizados na implantação das políticas. Essa transformação também requer que outros aspectos, que não sejam meramente voltados a procedimentos assistenciais, indicadores e seus “parâmetros de qualidade”, sejam inseridos nos atos de saúde no intuito de fortalecer as práticas de cuidado e sua gestão nos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da crise nos modelos de saúde, fica evidente a necessidade de um novo olhar sobre o cuidado e suas formas de (re)inclusão dentro das práticas de saúde, visando sua discussão e apropriação por usuários, profissionais, gestores, instituições e órgãos nacionais e internacionais. A qualidade do cuidado e das práticas de saúde dependem dessa discussão ampliada entre os diversos atores, com vistas a promover esse conceito e seu direcionamento dentro das políticas públicas.

Os desafios para superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde e qualificar a gestão e o cuidado em saúde se mostram presentes para além das práticas de saúde, instituições públicas e privadas e governos. O cuidado com o outro e com o mundo tem sido ‘esquecido’ pela humanidade, e seus desdobramentos têm impactado nos seres humanos, animais e ecossistemas da Terra, provocando repercussões na saúde e determinando os processos de adoecimento.

Reorganizar significa rever processos, reconsiderar os modelos de fazer saúde, ressignificar as práticas, repensar a formação profissional e reler o que o corpo e a necessidade dos sujeitos dizem. Eles gritam por cuidado!. Eles clamam por escuta, acolhimento, respeito. Eles querem ter autonomia também para cuidar dos seus corpos. E

como diria Boff, o cuidado já é seu, mesmo antes de você existir. Na verdade, ele sempre foi você.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L.; MERHY, E.E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. Interface - comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18n49/313-324/pt/>. Acesso em: 12 fev. 2023.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/ IMS: ABRASCO, 2009.
- BELLO, F.M.A.; CARVALHO, E.F.; FARIAS, S.F. Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Recife-PE. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 706-719, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DXwvwy65SRQyvbWL3q79xcg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.
- BERTUSSO, F.R.; RIZZOTTO, M.L.F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 408-419, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n117/408-419/>. Acesso em: 12 fev. 2023.
- BOFF, L. Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- BOFF, L. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização - Cartilha. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- DONABEDIAN, A. La qualità dell'assistenza sanitaria. Roma: Nuova Italia, Scientifica, 1989.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology Laboratory Medicine, Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-1118, nov. 1990.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: Oliveira RG (Org). Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2009.

MERHY, E.E.; CECCIM, R.B. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. Niterói: UFF, 2009. Disponível em: http://pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/humanizacao_.pdf. Acesso em: 12 fev. 2023.

MORAES, P.N.; IGUTI, A.M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2013.v37n98/416-426/>. Acesso em: 12 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Quality assessment and assurance in Primary Health Care. Programme Statement. Geneva: WHO; 1989.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E.A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541- 4548, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hcgHbs6rBMNdsSww7PFbfhiz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 38, p. 358-372, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38nspe/358-372/pt/>. Acesso em: 12 fev. 2023.

SATO, M.; AYRES, J.R.C.M. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. Interface - comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1027 - 1038, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yFb7cdbmY6KM8SQrx9hDjgG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi ML, Mercado, FJ (orgs.) Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2010.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Revista crítica de ciências sociais, n. 85, p. 65-82, 2009. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/343>. Acesso em: 12 fev. 2023.

SHAW, C.; KALO, I. A Background for National Quality Policies in Health Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.

SOUZA, L.A.P.; MENDES, V.L.F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface - comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.13, p.681-688, 2009. Disponível em:
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ics/v13s1/a18v13s1.pdf. Acesso em: 12 fev. 2023.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/jsNy8jWBKbwmggFQM6t5DHQ/?format=html>. Acesso em: 12 fev. 2023.

VUORI, H. Quality assurance of health services. In: *Public Health in Europe*, n. 16. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1982.

ANEXO A - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES – IAM / FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade das ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Pesquisador: MARIANA FARIAS GOMES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43041521.0.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.718.825

Apresentação do Projeto:

As informações dos campos Apresentação do Projeto, Objetivo da Pesquisa e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram retiradas do documento :PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1691211.pdf de 31.01.2021, cujo preenchimento foi realizado pela pesquisadora responsável.

O projeto trata-se de tese de doutorado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA do IAM.

Resumo:

A discussão envolvendo a garantia de ações e serviços de saúde com qualidade é um fenômeno bastante discutido no campo da saúde, sendo primordial para alcançar melhores resultados nas práticas de saúde. Pensar em práticas de cuidado com garantia de qualidade requer um olhar diferenciado, com uma abordagem multidimensional diante da complexidade que é analisar a qualidade dos serviços de saúde. E dentre as diversas ações e estratégias implantadas na Atenção Básica (AB), surge em 2008 o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) como uma estratégia para aprimorar o complexo trabalho envolvido na Estratégia de Saúde da Família (ESF), ampliando a abrangência, escopo e resolubilidade das ações da AB. Essa equipe

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.670-420
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639	Fax: (81)2101-2639
	E-mail: cep.iam@fiocruz.br



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 4.718.825

multiprofissional se utiliza da tecnologia de gestão do apoio matricial para apoiar as equipes de referências nos territórios, minimizando suas lacunas e fragilidades no cuidado em saúde. Diante disso, o presente estudo tem por objetivo analisar a qualidade das ações desenvolvidas pelo NASF-AB quanto a garantia da continuidade do cuidado em saúde e aceitabilidade dos usuários. Trata-se de um estudo exploratório, transversal, de cunho qualitativo, no qual a qualidade das ações do NASF-AB será

investigada e analisada de forma complexa e multifacetada, a partir das dimensões Aceitabilidade e Continuidade presentes no Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro – PROADESS. O estudo será realizado no município de Recife-PE, no Distrito Sanitário VI, no qual contém duas equipes NASF-AB, e participarão como sujeitos do estudo os profissionais do NASF-AB, gestores e os usuários atendidos pelas equipes. A coleta de dados se dará através entrevista semiestruturada, grupo focal e análise documental, sendo os dados analisados através da análise de conteúdo de Bardin. Ao final será realizada uma interpretação síntese explicativa sobre a qualidade das ações através da triangulação das diversas técnicas, fontes e perspectiva dos atores envolvidos. Espera-se que os resultados do estudo evidenciem como está a qualidade das ações do NASF-AB realizadas no município de Recife. Esses resultados serão importantes para analisar as ações e serviços ofertados pelo NASF-AB, subsidiando os gestores para compreender as lacunas na qualidade do cuidado ofertado, e assim reorientar as práticas e implantar melhorias na qualidade do NASF-AB.

Hipótese:

Partimos do pressuposto o NASF-AB, por prestar apoio matricial as equipes de referência no território e ter como função também coordenar o cuidado nesse locus, deve realizar ações que garantam a continuidade do cuidado na atenção prestada aos usuários atendidos na AB. Espera-se que uma coordenação integrada do cuidado, bom fluxo de informações, boa relação profissional-usuário favoreçam a aceitabilidade dos usuários com as ações dessa equipe multiprofissional. Esses aspectos, se bem atendidos, contribuem para a qualidade do cuidado em saúde.

Metodologia Proposta:

Desenho do estudo: Trata-se de um estudo exploratório, transversal, no qual a qualidade das ações do NASF-AB será investigada e analisada de forma complexa e multifacetada, considerando a de forma multidimensional (SERAPIONI, 2013). Com abordagem metodológica qualitativa, o

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.718.825

estudo reúne diversos recursos e técnicas para a coleta, processamento e análise de dados. Como desenho, será utilizado o estudo de caso. Para Yin (2015), o estudo de caso permite realizar uma investigação empírica de um fenômeno juntamente com suas condições contextuais. O mesmo autor ainda argumenta que essa estratégia de estudo tem destaque na pesquisa avaliativa porque permite “explicar os supostos vínculos causais em intervenções da vida real que são complexas demais para estratégias experimentais ou aquelas utilizadas em levantamentos”.

A definição das dimensões da qualidade a serem estudadas foram baseadas no Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro PROADESS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003), considerando as dimensões:

- Aceitabilidade: grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população;
- Continuidade: capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção.

Através de uma abordagem multidimensional, considerando os diversos métodos e técnicas de análise, o estudo terá subsídios para analisar, de forma complexa (como está atribuído no próprio conceito), a qualidade das ações do NASF-AB a partir da perspectiva dos vários atores implicados nesse processo. Local do estudo: O estudo será realizado no município de Recife, capital do estado de Pernambuco. O estudo será desenvolvido especificamente no Distrito Sanitário VI, que possui duas equipes NASF-AB cobrindo o território de 17 equipes de Saúde da Família.

Sujeitos do estudo Participarão do estudo, dentre outros, os gestores (Diretor de Atenção à Saúde, Gerente de Atenção Básica, Coordenação do NASF-AB - Central e

Distrital), os profissionais do NASF-AB e os usuários atendidos pelas equipes NASF-AB. Esses indivíduos selecionados participarão respondendo as entrevistas realizadas pelo pesquisador, que será detalhada no item “coleta de dados e plano de análise”.

Estima-se que participem da pesquisa em torno de 30 sujeitos, não sendo definido um número exato por ser um estudo de cunho qualitativo. Esse quantitativo será definido durante a coleta de dados, quando for alcançado o critério de saturação. Técnicas e instrumentos de pesquisa: Esse estudo optou como abordagem metodológica utilizar exclusivamente a de cunho qualitativo, por compreender que essa metodologia melhor alcançaria as os significados, nuances e particularidades frente aos aspectos da qualidade do NASF-AB almejadas nos objetivos do estudo. Assim, fundamentado na

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.718.825

utilização da abordagem qualitativa, a coleta de dados desse estudo será realizada através de diferentes técnicas: entrevistas (roteiro semiestruturado), grupo focal e análise documental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a qualidade das ações desenvolvidas pelo NASF-AB quanto a garantia da continuidade do cuidado em saúde e aceitabilidade dos usuários.

Objetivos Secundários:

- Verificar a aceitabilidade dos usuários quanto ao cuidado a saúde ofertado pelo NASF-AB;
- Compreender a percepção sobre a qualidade ao cuidado a saúde ofertado pelo NASF-AB pelos usuários e profissionais;
- Verificar a continuidade do cuidado a saúde ofertado aos usuários pelo NASF-AB;
- Realizar uma avaliação síntese da qualidade das ações do NASF-AB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Há risco de constrangimento diante de questões colocadas aos participantes, que será minimizado pelo pesquisador, que prestará todos os esclarecimentos que venham a ser necessários. O participante pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Benefícios:

O benefício indireto relacionado com a colaboração dos participantes nessa pesquisa é o de que as informações fornecidas poderão contribuir na qualificação das ações do NASF-AB. Os resultados serão divulgados em eventos ou publicações científicas dirigidas ao público participante por meio de relatórios da pesquisa e artigos científicos não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação dos sujeitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa que trará informações que contribuirá para a qualidade do cuidado em saúde através da

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.718.825

análise da qualidade das ações desenvolvidas pelo NASF-AB quanto a garantia da continuidade do cuidado em saúde e aceitabilidade dos usuários, do Distrito VI da cidade do Recife.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos entregues sem pendências.

Recomendações:

Entregas de relatórios parciais e final devem ser feitas via notificação. Os relatórios parciais devem ser apresentados, pelo menos, semestralmente. Qualquer alteração no protocolo no decorrer da pesquisa, como também mudança de equipe, devem ser informados via emenda. Todas as ações deve ser realizadas via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Resposta à pendência do parecer n. 4.694.756.

1. Solicita-se apresentar anuência de participação na pesquisa de Eduarda Cesse. ATENDIDA.

Parecer de aprovação emitido com Ad referendum, pois a pendência gerada foi atendida e correspondia apenas a apresentação de declaração da co-orientadora.

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas sociais envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 4.718.825

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1691211.pdf	12/05/2021 22:30:21		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias_10_05_21.docx	12/05/2021 22:29:58	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
Outros	Decl_CoorientadoraEduardaCesse.pdf	12/05/2021 22:27:11	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mariana__Versao_Limpa.docx	05/04/2021 22:15:12	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mariana__Versao_ajustada.docx	05/04/2021 22:15:02	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.docx	05/04/2021 22:13:04	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_RECIFE.pdf	05/04/2021 22:12:28	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
Outros	Declaracao_Orientador.pdf	05/04/2021 22:11:25	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuarios__Versao_Limpa.docx	05/04/2021 22:09:33	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuarios__Versao_ajustada.docx	05/04/2021 22:09:21	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais_Gestores.docx	05/04/2021 22:09:05	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Mariana.pdf	31/01/2021 16:49:23	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
Outros	Decl_Compromisso.pdf	31/01/2021 16:46:24	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Decl_Resp_Equipe.pdf	31/01/2021 16:45:39	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	31/01/2021 16:41:07	MARIANA FARIAS GOMES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.718.825

RECIFE, 18 de Maio de 2021

Assinado por:
Maria Almerice Lopes da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE-PE



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Mariana Farias Gomes**, pesquisadora do Doutorado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz / Instituto Aggeu Magalhães, a desenvolver pesquisa no NASF 1.1 DS I, NASF 1.2 DS I, NASF 2.1 DS II, NASF 2.2 DS II, NASF 2.3 DS II, NASF 3.1 DS III, NASF 3.4 DS VII, NASF 4.1 DS IV, NASF 4.2 DS IV, NASF 4.3 DS IV, NASF 5.1 DS V, NASF 5.2 DS V, NASF 5.3 DS V, NASF 6.1a DS VI, NASF 6.1b DS VI, NASF 7.1 DS VII, NASF 7.2 DS VII, NASF 7.3 DS VII, NASF 8.1 DS VIII, NASF 8.2 DS VIII, NASF 8.3 DS VIII e na Secretaria Executiva de Atenção Básica, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Qualidade das ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)", sob orientação do Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes e coorientação da Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
 - A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
 - A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
 - A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
 - Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa;
 - Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao sistema CEP/CONEP.
- O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

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

Recife, 11 de fevereiro de 2021.

Atenciosamente,


Tullio Romero Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Tullio Romero Lopes Quirino
Chefe da Div. de Educação na Saúde
UFES / DEESTES / SEESAU
Matr. 100.479.3