



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LARISSA CRISTINA CARUZO MATHEUS

**O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E A GESTÃO MUNICIPAL**

LARISSA CRISTINA CARUZO MATHEUS

**O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E A GESTÃO MUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial à obtenção ao título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr.^a Brígida Gimenez
Carvalho

Londrina

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

M427o Matheus, Larissa Cristina Caruzo Matheus.
O Trabalho Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde e a Gestão Municipal / Larissa Cristina Caruzo Matheus Matheus. - Londrina, 2024.
127 f.

Orientador: Brigida Gimenez Carvalho Carvalho.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.
Inclui bibliografia.

1. Atenção Primária à Saúde - Tese. 2. Gestão em Saúde - Tese. 3. Equipe Multiprofissional - Tese. 4. Práticas Interdisciplinares - Tese. I. Carvalho, Brigida Gimenez Carvalho. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

LARISSA CRISTINA CARUZO MATHEUS

O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A GESTÃO MUNICIPAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial à obtenção ao título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.^a Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr.^a Fernanda de Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr.^a Sarah Beatriz Coceiro Meirelles
Félix
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr.^a Sabrina Stefanello
Universidade Federal do Paraná – UFPR

Prof. Dr.^a Elisabete de Fátima Polo de
Almeida Nunes
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, _03__de __julho__de _2024_.

Dedico esse trabalho ao meu amigo/irmão Rogério Toshio Teruya (*in memmorian*), por ter compartilhado comigo sua alegria, seus conhecimentos, sua amizade, seu tempo. Obrigada por sua confiança no meu trabalho, você me fortaleceu e me fez acreditar na minha capacidade. Descanse em paz meu amigo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, sempre, o primeiro em minha vida e fonte de toda determinação e perseverança, meu mais imenso e sincero agradecimento.

À Minha super mãe Cida Caruzo, que criou seus filhos sozinha, e que construiu em nós o senso de responsabilidade e comprometimento com tudo e com todos. Obrigada por ter sido sempre a melhor mãe do mundo. Te amo Mãe.

À Prof. Dr.^a Brígida Gimenez Carvalho, minha orientadora, “idolatrada, Salve, Salve”, uma pessoa incrível, generosa, detentora de conhecimentos infinitos, que eu já admirava antes mesmo de imaginar que um dia pudesse ser sua orientanda. Imensamente grata por toda a paciência e disponibilidade em partilhar seu tempo e sabedoria. Uma honra infinita ter sido sua aluna.

À todos os Professores da Saúde Coletiva, por serem tão competentes e ao mesmo tempo tão humanos, que me fizeram acreditar que Super Hérois (do conhecimento), são de carne e osso e vivem entre nós.

Ao Grupo de Pesquisa “GestSUS” do qual fiz parte, por terem me acolhido de maneira paciente e generosa, logo eu, alguém que não tinha prática na gestão, e que portava apenas a vontade do conhecimento e um sonho.

Aos meus colegas de turma, “Minha Turma”, por partilharem tantos momentos e aprendizado, vou levá-los para sempre vocês comigo.

À minha pequena, mas essencial família, por seu apoio, estímulo e compreensão, com as minhas escolhas.

Aos meus amigos, que espero reencontrar ao final desse processo tão intenso que é o mestrado, agradecer a compreensão por minhas ausências nesse período.

Meus parceiros, incentivadores e colaboradores, tutores da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família de Apucarana, por auxiliarem minha construção no mestrado.

E claro, minha gratidão pela Saúde Coletiva e todos que nela acreditam, por terem contribuído na minha transformação como ser humano.

MATHEUS, Larissa Cristina Caruzo. **O trabalho multiprofissional na atenção primária à saúde e a gestão municipal**. 2024. 127 fls. Dissertação de Mestrado – Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina, 2024.

RESUMO

A produção sobre o trabalho multiprofissional na saúde teve início nas décadas de 1950 e 1960, e apontou a necessidade de uma remodelação dos processos de trabalho, a redefinição da finalidade e a busca por novas tecnologias de atuação. No Brasil, é possível reconhecer essa proposta nos ideais da Reforma Sanitária, na década de 1970, com vistas a um sistema de saúde universal e igualitário, que foi conquistado em 1988, com promulgação da Constituição Federal (CF) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A CF orientou também os moldes do atual federalismo brasileiro, com autonomia, principalmente política e administrativa, e em certa medida, financeira dos três entes: União, Estados e Municípios. A descentralização da gestão, também chamada de municipalização, incumbiu os municípios da organização e prestação de serviços de saúde local, mas manteve o poder indutor das políticas do ente federal. As gestões municipais ordenam o cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), e em 2008 ganharam reforço das equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), para aumento das estratégias de cuidado e trabalho colaborativo multiprofissional. O trabalho colaborativo pode ser executado dentro de um espectro contingencial com variações das atividades multiprofissionais. Este estudo buscou analisar os aspectos da gestão municipal que influenciam a atuação e limitações do trabalho multiprofissional na APS. Realizou-se um estudo qualitativo em nove municípios da macrorregião norte do Paraná. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas, a partir de um roteiro semiestruturado, aos gestores municipais de saúde e coordenadores de APS, no período de julho a agosto de 2022, associado ao levantamento de dados secundários extraídos por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sobre: equipes multiprofissionais, cadastro de profissionais na APS, tipo de vínculo, categorias profissionais e financiamento da APS. Os resultados caracterizaram administrativamente os municípios e os gestores, a atuação das equipes multiprofissionais e as limitações do trabalho multiprofissional. Predomínio de municípios de pequeno porte, e de municípios com equipes multiprofissionais cadastradas, modalidades de contratação mais robustas em municípios de grande porte, bem como maior quantitativo de profissionais associada a presença de profissionais da residência multiprofissional. Elevados gastos em APS nos municípios de pequeno porte, com ausência de equipes multiprofissionais. Evidenciou-se que os municípios de maior porte são os que apresentam características do trabalho multiprofissional mais próxima do proposto para o NASF. Os altos gastos em APS, não se mostraram fator determinante para a multiprofissionalidade. A formação acadêmica dos atores, na área da saúde e com cursos de pós-graduação estiveram presentes em municípios com organizações do

trabalho na lógica multiprofissional. Os entrevistados apontam como fatores limitantes para o trabalho multi: a formação acadêmica, o baixo comprometimento dos profissionais com o trabalho, a dificuldade de compreensão do modelo matricial e a visão hegemônica do cuidado, por parte da maioria dos envolvidos (gestores, coordenadores profissionais da APS e população). Observou-se que os gestores e coordenadores de APS podem não se reconhecer como parte essencial para concretização do trabalho multiprofissional, considerando que suas percepções sobre os impasses da multiprofissionalidade são direcionadas de forma mais frequente para outros indivíduos e aspectos, sem qualquer menção a possíveis fragilidades da gerência e pouco citaram estratégias de melhoria para efetivação do trabalho multiprofissional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Equipe Multiprofissional, Práticas Interdisciplinares.

MATHEUS, Larissa Cristina Caruzo. **Multiprofessional work in primary health care and municipal management**. 2024. 127 fls. Dissertação de Mestrado – Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina, 2024.

ABSTRACT

Production on multidisciplinary work in health began in the 1950s and 1960s, and highlighted the need for remodeling work processes, redefining purpose and searching for new technologies. In Brazil, it is possible to recognize this proposal in the ideals of the Health Reform, in the 1970s, with a view to a universal and egalitarian health system, which was achieved in 1988, with the promulgation of the Federal Constitution (CF) and the creation of the Unified System of Health (SUS). The CF also guided the molds of current Brazilian federalism, with autonomy, mainly political and administrative, and to a certain extent, financial, of the three entities: Union, States and Municipalities. The decentralization of management, also called municipalization, put municipalities in charge of organizing and providing local health services, but maintained the power to induce the policies of the federal entity. Municipal administrations order Primary Health Care (PHC) care through the Family Health Strategy (ESF) teams, and in 2008 they gained reinforcement from the Family Health Support Centers (NASF) teams, to increase strategies care and multidisciplinary collaborative work. Collaborative work can be carried out within a contingency spectrum with variations in multi-professional activities. This study sought to analyze the aspects of municipal management that influence the performance and limitations of multidisciplinary work in PHC. A qualitative study was carried out in nine municipalities in the northern macro-region of Paraná. The data were obtained through interviews, based on a semi-structured script, with municipal health managers and PHC coordinators, from July to August 2022, associated with the collection of secondary data extracted through the National Registry of Health Establishments (CNES) and the Public Health Budget Information System (SIOPS), on: multidisciplinary teams, registration of professionals in the APS, type of contract, professional categories and APS financing. The results administratively characterized the municipalities and managers, the performance of multidisciplinary teams and the limitations of multidisciplinary work. Predominance of small municipalities, and municipalities with registered multidisciplinary teams, more robust hiring modalities in large municipalities, as well as a greater number of professionals associated with the presence of multidisciplinary residency professionals. High spending on PHC in small municipalities, with a lack of multidisciplinary teams. It was evident that the larger municipalities are those with characteristics of multidisciplinary work that are closer to those proposed for the NASF. High spending on PHC did not prove to be a determining factor for multi-professionality. The academic training of the actors, in the health area and with postgraduate courses, were present in municipalities with work organizations based on a multi-professional logic. The interviewees point out as limiting factors for multi work: academic training, the low commitment of professionals to work, the difficulty in understanding the

matrix model and the hegemonic view of care, on the part of the majority of those involved (managers, professional coordinators of the APS and population) It was observed that PHC managers and coordinators may not recognize themselves as an essential part of achieving multidisciplinary work, considering that their perceptions about the impasses of multiprofessionality are more frequently directed towards other individuals and aspects, without any mention of possible weaknesses management and barely cited improvement strategies for carrying out multidisciplinary work.

Key-words: Primary Health Care; Health Management; Patient Care Team; Interdisciplinary Placement.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O modelo quadridimensional de colaboração	35
Figura 2 - Estrutura para compreensão do trabalho em equipe	
Interprofissional	38
Figura 3 - Trabalho multiprofissional, abordagem contingencial.....	40
Figura 4 – Mapa da macrorregião Norte do Paraná	52
Figura 5 - Distribuição das regiões segundo os cinco grupos	
Socioeconômicos	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Identificação dos municípios da pesquisa de acordo com o porte populacional e siglas correspondentes, 2022	59
Quadro 2 – Equipes Multiprofissionais cadastradas, quantidades por município e profissionais da multi cadastrados junto à ESF segundo CNES, 2022	60
Quadro 3 – Categorias profissionais e sua representatividade nos municípios, segundo CNES, 2022	61
Quadro 4 – Modalidade de contratação dos profissionais das equipes multiprofissionais, de municípios da macrorregião norte do Paraná, 2022	63
Quadro 5 - Gastos próprios dos municípios em APS e despesa total dos municípios em APS, per capita, 2022	64
Quadro 6 - Perfil dos Coordenadores de APS dos municípios do estudo segundo sexo, idade, formação acadêmica e tempo no cargo de gestão, macrorregião norte do Paraná, 2022	65
Quadro 7 - Perfil dos Gestores de Saúde dos municípios do estudo segundo sexo, idade, formação acadêmica e tempo no cargo de gestão, macrorregião norte do Paraná, 2022	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Atenção Centrada no Paciente
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CF	Constituição Federal
CONASEMES	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
eAP	Equipe de Atenção Primária
EC	Emenda Constitucional
E- Multi	Equipe Multiprofissional
ENASF-AP	Equipe do Núcleo Ampliado Saúde da Família e Atenção Primária
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NAISF	Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família
NOB/SUS	Norma Operacional Básica/ Sistema Único de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPB	Programa Previne Brasil
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Regional de Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
2. OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.1 O FEDERALISMO BRASILEIRO	26
3.1.1 Federalismo: O Papel do Ente Federal na Indução de Políticas Públicas.....	27
3.1.2 O Papel da Gestão Municipal do SUS na Oferta e Organização dos Serviços da Atenção Primária à Saúde	29
3.2 O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL	31
3.2.1 As Classificações do Trabalho Multiprofissional.....	33
3.2.1.1 O modelo de trabalho colaborativo proposto por D'Amour e colaboradores	33
3.2.1.2 O conceito de trabalho multiprofissional elaborado por Peduzzi	36
3.2.1.3 A abordagem contingencial proposta por Reeves.....	37
3.2.2 O Trabalho Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde	40
3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PARA O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL.....	42
4. CAMINHO METODOLÓGICO.....	51
4.1 CAMPO DE ESTUDO.....	51
4.2 PROCEDIMENTO DE OBTENÇÃO E ANÁLISE DE DADOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA	55
4.2.1 Obtenção dos Dados Secundários	55
4.2.2 Obtenção de Dados Primários e Participantes da Pesquisa	55
4.2.3 Análise de Dados	56

4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	58
5. RESULTADOS.....	59
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS E ENTREVISTADOS.....	59
5.2 ATUAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS, NA VISÃO DOS GESTORES.....	69
5.3 ASPECTOS LIMITANTES AO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL	74
6. DISCUSSÃO	77
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	110

1 INTRODUÇÃO

A produção sobre o trabalho multiprofissional na saúde teve início nas décadas de 1950 e 1960, sob três contextos: a) movimento da medicina preventiva e comunitária que trouxe a ideia de trabalho integrado; b) mudança de abordagem das doenças, passando da unicausalidade para multicausalidade e c) diante dos itens citados anteriormente, como consequência surgiu a necessidade de uma remodelação dos processos de trabalho de maneira ampliar os focos das intervenções de saúde com redefinição da finalidade e a busca por novas tecnologias de atuação (PEDUZZI, 2008).

É possível reconhecer essas propostas dentro dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira, que iniciou sua organização na década de 1970 e que tinha a proposta de um sistema de saúde universal e igualitário. Como conquista dos reformistas, a nova Constituição Federal (CF) de 1988, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que incorporou a saúde como direito do cidadão e dever do Estado bem como garantiu a participação social na construção da política de saúde (MENICUCCI, 2014).

A CF de 1988 também dispôs sobre conformação do atual federalismo brasileiro, no qual o país é composto por três entes federados, o federal, os estados e os municípios, em que todos possuem autonomia, principalmente política e administrativa, mas também em certa medida, financeira. Mesmo com autonomia e a distribuição de competências entre os entes, a União detém mecanismos institucionais e garantias na própria CF, de poder regulador, com maior capacidade de gastos, proponente e normatizador de políticas públicas de saúde, que garantem a esse ente um poder de agenda dos governos subnacionais (ISMAEL, 2013; MENICUCCI, 2014), embora esse não se sobreponha a autonomia dos entes municipais.

O ente federal possui uma capacidade de indução das políticas sociais, por meio da criação de políticas públicas e de incentivos financeiros, como forma de coordenação e organização nacional das ações. Esse poder, em um país de grande heterogeneidade estrutural e desigualdade econômica, visa favorecer a redução das disparidades regionais (MENICUCCI, 2014).

Uma das características do federalismo é a descentralização, principalmente em direção à municipalização. Na política de saúde, a municipalização garantiu que a saúde chegasse o mais próximo possível da população dos pequenos municípios, facilitando o acesso aos usuários. Os municípios são os responsáveis pela gestão da Atenção Primária à Saúde (APS), cuja estratégia prioritária para a sua organização e cuidado aos usuários é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Este modelo de organização foi criado em 1994, com equipes formadas visando o cuidado centrado no usuário, longitudinal e multiprofissional (MENDES; MARQUES, 2014).

Com objetivo de potencializar o cuidado da população em diferentes necessidades, foram criadas em 2008 as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para atuarem junto à ESF, de maneira a ampliar o trabalho multiprofissional. A lógica de trabalho dessas equipes, o apoio matricial, apresenta-se contra hegemônica aos cuidados ofertados, até mesmo por meio da ESF, trazendo consigo desafios para sua compreensão e atuação prática (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018).

Mesmo com todas as propostas e ações de saúde em direção ao cuidado diferenciado, contemplativo das necessidades do usuário, com ações conjuntas, ainda assim, persiste a dificuldade na reorientação do modelo de atenção, que atenda as expectativas de criação de vínculos e cuidado longitudinal. Sendo assim, o trabalho colaborativo multiprofissional apresenta-se como uma perspectiva de mudança para o cuidado do usuário, uma vez que visa a superação da fragmentação do trabalho, busca a reconstituição do trabalho coletivo, e a qualificação democrática dos núcleos profissionais, em busca da integralidade do cuidado (PEDUZZI, 2020).

A formação de uma equipe não se dá de uma única maneira nem mesmo de forma simplista, envolve uma construção a partir das relações e conhecimento dos profissionais, do reconhecimento das necessidades de saúde dos acessantes, ou seja, englobam elementos do contexto social, político e econômico (AGRELI; PEDUZZI, 2016).

Diante das reconhecidas diferenças estruturais e sociais do país e até mesmo de localidades, é esperado que as equipes multiprofissionais de diferentes regiões e municípios assumam características próprias de

desenvolvimento do trabalho compartilhado, e ainda assim possam ter suas atuações inseridas no espectro das práticas colaborativas. Portanto, não justifica dizer que não existe um trabalho multiprofissional em determinada localidade, apenas sob a alegação de que os profissionais “não trabalham como Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)”, de modo a utilizar a metodologia NASF, como o único sinônimo possível de trabalho colaborativo em território nacional.

Há diversos obstáculos conhecidos para a concretização do trabalho multiprofissional, uma vez que a multiprofissionalidade está presente não apenas na interação da equipe, mas também na relação da equipe com o usuário, e da equipe com a rede de atenção à saúde (RAS). Como entraves para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional e a atuação da equipe estão: a pouca familiaridade com a metodologia de Apoio Matricial, a resistência dos profissionais na aplicabilidade da mesma, a formação acadêmica uniprofissional, a prevalência do modelo hegemônico centrado na doença, no médico e na medicalização (TESSER; 2016, ALVAREZ *et.al* 2019, LOPES; CARVALHO, 2022).

A dificuldade em estabelecer um vínculo profissional- usuário prejudica a escuta direcionada às necessidades dos indivíduos, de modo a impossibilitar Atenção Centrada no Paciente (ACP). A atuação em redes de atenção torna ainda mais desafiador o desenvolvimento das práticas multiprofissionais em função da complexidade da corresponsabilização, que requer mudanças culturais e organizacionais para fluência das relações de trabalho (AGRELI *et al.*, 2016, SHIMIZU; FRAGELLI, 2016).

Para Melo (2018b), a responsabilidade de implementação e coordenação da gestão municipal com as equipes ESF e NASF na APS, de acordo com a autonomia prevista no modelo de Estado Federalista Brasileiro, faz com que a governança desses gestores interfira sobremaneira na forma de atuação das equipes de saúde locais (MELO *et al.*, 2018b).

Diante dos expostos citados sobre a atuação municipal e sua importância no federalismo nacional e sua responsabilidade com o trabalho multiprofissional, este estudo questiona: Qual a influência da gestão municipal para o trabalho multiprofissional na APS?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os aspectos da gestão municipal que influenciam o trabalho multiprofissional na APS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as características dos municípios e equipes gestoras e sua relação com o trabalho multiprofissional.

Analisar o trabalho das equipes multiprofissionais na APS, na visão dos gestores.

Analisar os fatores que limitam o trabalho multiprofissional na APS, na visão dos gestores.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O FEDERALISMO BRASILEIRO

Para Elazar (1995) o federalismo consiste em um pacto político-administrativo assumido por um território, o qual engloba políticas separadas dentro de um sistema político mais abrangente, de maneira a garantir integridade política de cada um dos entes federados que, embora unidos, estão em permanente difusão de autoridade. Nesse pacto federativo indissolúvel entre os entes, há a presença de um ente central com certa sobreposição política, jurídica e com responsabilidade de coordenação (DIAS; CARLOS DIAS, 2021).

O modelo de federalismo praticado no Brasil apresenta uma característica centrífuga, como resposta às forças políticas crescentes dos entes subnacionais em busca da redução de poderes das mãos do ente federal (MELO; CAVALCANTE, 2013). Outra característica importante do federalismo brasileiro, a descentralização, representa a ampliação da democracia, aumento da eficiência governamental e a eficácia das políticas públicas aplicadas juntamente com o fortalecimento dos entes subnacionais, com capacidade de influenciar as decisões em nível federal (ALMEIDA, 2005).

O sistema federalista brasileiro, aprovado na CF de 1988 constitui-se de entes subnacionais autônomos, estados e municípios, com atribuições, administrações e receitas próprias. Desta forma, o que existe é uma coordenação e integração das esferas com definição das áreas em que há competências e atribuições comuns, o que nem sempre se traduz de fato, diante das diferentes realidades regionais e distintas capacidades governamentais brasileiras (ISMAEL, 2013).

O principal objetivo da gestão pública é utilizar os recursos públicos de maneira a otimizar ao máximo o bem-estar da sociedade, atendendo as demandas da população sem perder de vista o desenvolvimento socioeconômico (SILVA; CRISÓSTOMO, 2019). Aos gestores cabe atender as necessidades da população em seu local de maior acesso, ou seja, ocorre com foco na descentralização sendo as maiores responsabilidades para municípios e estados respectivamente.

Os municípios, no processo de descentralização, têm grande papel no provimento das políticas públicas que contemplam os serviços sociais, o que, em um país de grande extensão territorial, heterogêneo, com desigualdades administrativas, técnicas e financeiras, como o Brasil, geram debates e questionamentos sobre a qualidade e eficiência da gestão exercida pelos mesmos. As hipóteses sobre as causas da limitada capacidade de gestão municipal apontam para a falta de recursos financeiros, ineficiência da máquina pública e a complexidade do federalismo fiscal brasileiro, a (pouca) qualificação dos gestores, bem como interesses políticos e individuais dos mesmos, a corrupção e as diferenças geográficas e sociais (REZENDE, 2018; SILVA; CRISÓSTOMO, 2019).

Embora a descentralização seja elemento marcante no federalismo nacional, o ente federal possui papel de destaque na formulação e indução de políticas públicas frente aos demais entes federados, por seu poder político e tributário, tema que será discutido a seguir.

3.1.1 Federalismo: O Papel do Ente Federal na Indução de Políticas Públicas

As políticas públicas atuam sobre a sociedade na forma de ações ou mesmo inações de seus governantes, ou seja, a opção dos atores em agir ou omitir-se deliberadamente ante ao evento ou situação, influencia a vida dos cidadãos na condução de problemas públicos que requerem ou afetam recursos públicos (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO; 2020).

A formação de um Estado federalista é composta de múltiplas características, entre elas uma Constituição Federal que sela o pacto federativo entre os entes. Existe uma combinação complexa de atributos institucionais e políticos, e principalmente a descentralização do poder entre os entes federados, com ações conjuntas dos entes, bem como a distribuição de competências na execução das políticas públicas (ALMEIDA, 2005; FRANZESE; ABRUCIO, 2013; SOARES, 2018).

A descentralização em direção à municipalização dos serviços de saúde teve início com a CF de 1988 e efetivada em 1998, quando os municípios assumiram a responsabilidade da APS, e colocaram em prática as orientações contidas na Norma Operacional de 1996 (NOB/SUS 96)

(CARVALHO *et al.*, 2018).

Ao afirmar a existência de descentralização no federalismo brasileiro, deve-se considerar que essa característica não ocorre de maneira plena e absoluta, em todos os âmbitos da preconizada autonomia. Há nesse sistema descentralizado certa hierarquização do poder legislativo, e diferenciação do poder judiciário com prejuízo dos municípios que não contam com acesso Supremo Tribunal Federal (STF) para resolver assuntos de invasão de competência entre os entes, como acontece com Estados e União (SOUZA, 2019; FRANZESE; ABRUCIO, 2013).

A descentralização política e administrativa alcançaria maior efetividade, caso viesse acompanhada principalmente da descentralização fiscal. Nesse ponto, os municípios são, em certa medida, “tutelados” pelo nível federal que define repasses de recursos, bem como vincula transferências financeiras à adesão a programas de interesse federal. Essa vinculação de recursos aos programas instituídos pelo ente federal engessa as receitas municipais, sem a possibilidade de realocar os recursos para outras finalidades dentro da própria saúde (CARVALHO *et al.*, 2018).

Aqui, deve-se considerar o complexo sistema tributário brasileiro, com concentrada arrecadação tributária no nível central, o que, em determinadas ocasiões, reduz a autonomia do ente municipal em relação ao federal. Tal desigualdade tributária também ocorre no plano horizontal, entre os entes subnacionais, que possuem capacidade de arrecadação própria bastante divergente. Novamente o ente federal atua como protagonista, compensando os déficits por meio de transferências fiscais obrigatórias, mantendo a dependência dos municípios (ARRETCHE, 2004).

Marques e Arretche (2003) apontaram que o desempenho dos governos locais está diretamente relacionado com as ações institucionais e decisões reguladas pelo governo central. Ou seja, certo grau de coordenação e indução das políticas por meio dos governos centrais é positivo na efetivação de redução de custos e diferenças regionais.

Em um país como o Brasil, de grande extensão territorial e diversidades locais e regionais, destaca-se a relevância do ente federal, por meio do Ministério da Saúde, ao assumir a responsabilidade de formular,

induzir e coordenar as políticas de saúde. O objetivo dessa coordenação é minimizar as possíveis disparidades de execução e efetividade dos serviços de saúde no âmbito municipal, sem desconsiderar a autonomia dos entes subnacionais. Esse protagonismo federal é exercido sob a forma de normatizações, modalidades de financiamento de programas e serviços, presentes tanto na implantação quanto na manutenção das ações de saúde, as quais o ente federal deseja induzir a implantação (CARVALHO *et.al*, 2022; MENDES; MARQUES, 2014).

Embora o ente federal coordene e oriente sobre os direcionamentos que se espera do trabalho multiprofissional, a descentralização garante a autonomia dos entes e permite que cada um pratique as ações de acordo com suas prioridades e possibilidades. Essa indução do ente federal visa garantir redução de disparidades de saúde nas localidades considerando as distintas condições socioeconômicas do país, sendo um fator positivo para disposição dos princípios do SUS.

Porém, a mesma medida de descentralização administrativa, caso fosse aplicada ao financiamento oportunizaria maior liberdade de gestão dos governantes locais. Diante dessa ambiguidade, o ente municipal tem papel de destaque, pois suas escolhas de governança interferem diretamente na promoção de serviços de saúde para sua população, assunto discutido na sessão seguinte.

3.1.2 O Papel da Gestão Municipal do SUS na Oferta e Organização dos Serviços da Atenção Primária à Saúde

O engendrado sistema federativo brasileiro, redesenhado após 1988, tem sido capaz de contornar diversos dilemas federativos entre os entes, com a finalidade de cooperação das três esferas governamentais no sentido de formular e implementar as políticas públicas sem desconsiderar as autonomias políticas, administrativas e financeiras dos entes (SOUZA, 2019).

A importância federativa dos municípios coloca em evidência os gestores municipais, diante da relevância de suas decisões no contexto da autonomia administrativa. Os gestores do SUS representam a autoridade

sanitária local, e exercem funções administrativas, políticas e técnicas na gestão do sistema. As práticas administrativas associam gerenciamento da micropolítica do trabalho com atribuições burocráticas (ARCARI *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2018).

Nas funções políticas, o gestor é reconhecido por meio de suas funções com o projeto de governo e articulações com outros órgãos e esferas. Quanto a responsabilidade técnica, requer desses atores a condução das políticas públicas de saúde de acordo com a legalidade do SUS, associada às necessidades da população (CARVALHO *et al.*, 2018). A boa atuação dos gestores municipais está diretamente ligada à sua habilidade política, competência técnica e compromisso com as demandas da população (SOUZA, 2008).

Para Souza (2002a), os gestores exercem funções que necessitam de articulação de saberes e práticas de gestão para uma efetiva implementação das políticas públicas de saúde. Esse autor identifica quatro grandes grupos, também chamadas de “macro funções” gestoras na saúde, e cada uma delas compreendidas de uma série de sub funções e atribuições desses atores. As quatro macro funções são:

- formulação de políticas/planejamento;
- financiamento;
- coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores, públicos ou privados); e
- prestação direta de serviços de saúde.

Das macro funções apresentadas, o especial interesse recai sobre, a prestação direta de serviços de saúde, em que pese a responsabilidade pela execução de serviços essencialmente da APS, como é o caso das equipes multiprofissionais, os quais ficam a cargo dos gestores municipais a oferta, a organização e o provimento dos profissionais da equipe (SOUZA, 2002b).

O complexo federalismo brasileiro sofre modificações que hora alteram e hora reafirmam suas características. No que tange a descentralização, aqui no caso a da saúde, os processos de gestão do SUS sofrem efeitos dos mais diversos campos como a agenda macroeconômica, readaptações legais e financeiras no âmbito nacional e provocam consequências na capacidade de

gestão local (OUVERNEY *et al.*, 2019).

Os gestores municipais foram acometidos por subfinanciamentos, sucateamento das unidades de saúde, redução do quadro funcional, limitação da oferta de serviços de saúde para seus municípios, e dois grandes importantíssimos impasses que são as disparidades regionais e ausência progressiva do papel dos governos estaduais, em especial na gestão do SUS (ARCARI *et al.*, 2020; OOVERNEY *et al.*, 2019).

No âmbito micro administrativo, questões como a relativa capacitação e qualificação das equipes gestoras, o dinamismo das políticas de saúde e a atenção necessária para acompanhá-las e executá-las de maneira otimizada bem como as dificuldades com o esclarecimento dos graus de autonomia, comprometem a capacidade gestora (CARVALHO *et al.*, 2018).

Diante do exposto, a capacidade de gestão e qualificação dos atores locais é imprescindível para a governança e provimento dos serviços de maneira efetiva (ARCARI *et al.*, 2020; OOVERNEY *et al.*, 2019).

Os obstáculos acima citados, associados ao poder indutor do governo federal nas políticas públicas, já discutido anteriormente, não impedem a atuação e gestão dos entes municipais. Os gestores municipais possuem liberdade para adequar e direcionar as políticas de maneira que mais favoreça sua realidade local, atuando sobre as discricionariedades permitidas na publicação da política. A autonomia descentralizada está no conhecimento legislativo e técnico, ou seja, na capacidade desse gestor local em operar a política pública, bem como conduzir os aspectos políticos de sua localidade (LAVALLE *et al.*, 2019).

Diante da autonomia dos gestores municipais e responsabilidade dos mesmos na implementação das políticas de saúde locais, cabe a esses atores compreender, promover e estimular o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, nos processos de trabalho da APS. Considera-se a seguir a conceituação e importância dessa prática na APS.

3.2 O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

O trabalho em equipe multiprofissional surge com o intuito de unir categorias profissionais distintas para a realização do trabalho em saúde, e

assim oferecer cuidados mais eficazes e assertivos, do que quando praticados uniprofissionalmente. O cuidado em saúde modifica-se com o passar do tempo de acordo com as necessidades da população, que é o foco central da proposta contra-hegemônica (PEDUZZI *et al.*, 2020).

A mudança nos processos de cuidado surge diante das novas necessidades em saúde, decorrentes do aumento da expectativa de vida e consequente mudança no perfil epidemiológico com predomínio das doenças crônicas, as quais se aplicam abordagens de cuidado longitudinal com melhores resultados quando os serviços de saúde estão organizados em equipes. Outro eixo relevante é o da saúde coletiva, que considera o indivíduo em sua sociedade, cultura e vulnerabilidade social. Para ambos os propósitos, o trabalho multiprofissional constitui uma estratégia de atenção à saúde que considera a história, os valores, as condições sociais e os direitos dos indivíduos (PEDUZZI *et al.*, 2020; Reeves *et al.*, 2010).

O objetivo da atenção integral ao indivíduo e do trabalho em saúde de maneira a reunir todos os saberes profissionais pertencentes às equipes, permite a qualificação desses indivíduos e a ampliação do plano de cuidado aos usuários. Implementar e executar o trabalho por meio de equipes multiprofissionais, não é sinônimo de resolução definitiva dos entraves observados atualmente, mas apresenta uma proposta de superação do modelo biomédico, da fragmentação do cuidado e da individualização do atendimento (PEDUZZI *et al.*, 2020; Reeves *et al.*, 2010).

Traduzidas para as práticas diárias, as equipes multiprofissionais efetivas possuem objetivos comuns de trabalho com possibilidade de discussão entre os pares por meio de comunicação interprofissional fluida e continuada. Ao mesmo tempo em que há o reconhecimento do trabalho dos demais membros da equipe no contexto do grupo, há a percepção e respeito à interdependência das ações capaz de produzir uma colaboração interprofissional produtora, que tenha como foco a atenção ao usuário (PEDUZZI *et al.*, 2020).

No contexto das construções científicas sobre o trabalho multiprofissional, três autores são relevantes para o desenvolvimento dessa pesquisa: Peduzzi (2001), D'Amour e colaboradores (2008) e Reeves e

colaboradores (2010). Em suas produções, possuem convergência sobre as características de atuação que diferenciam as modalidades de trabalho multiprofissional propostas por eles. Para esses autores, é essencial a observação do grau de articulação e compartilhamento das ações executadas pelos profissionais da equipe bem como o vínculo e interação dos mesmos nos processos de trabalho cotidiano (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Diante da contextualização, a seguir apresentam-se as principais descrições de cada um dos trabalhos citados.

3.2.1 As Classificações do Trabalho Multiprofissional

Ao longo dos anos essas publicações contribuem para elucidar e aproximar cada vez mais as práticas de saúde das realidades e necessidades vivenciadas, com intuito de aprimorar os cuidados à população, de acordo com as mudanças ocorridas nos processos de saúde-doença e o foco do cuidado.

3.2.1.1 O modelo de trabalho colaborativo proposto por D'Amour e colaboradores

D'Amour *et al.* (2008) propuseram um modelo de estruturação da colaboração interprofissional, baseado no conceito da ação coletiva na sociologia organizacional que analisa processos políticos, sociais e econômicos, uma vez que as práticas coletivas surgem como produto de ações e comportamentos de diversos atores. Para os autores, a colaboração parte do desejo dos profissionais em oferecer um melhor cuidado ao unirem seus conhecimentos, sem perder por completo sua autonomia e independência, as, quais podem ser negociadas mediante poder.

Esse modelo sugere quatro dimensões para análise, com um total de 10 indicadores (Figura1) que se inter-relacionam e influenciam-se mutuamente. Duas dimensões tratam das relações dos indivíduos (Objetivos e Visão Compartilhados; Internalização) e as outras duas sobre o ambiente organizacional que influenciam a atividade coletiva (Formalização;

Governança). A seguir, a descrição de cada uma das dimensões:

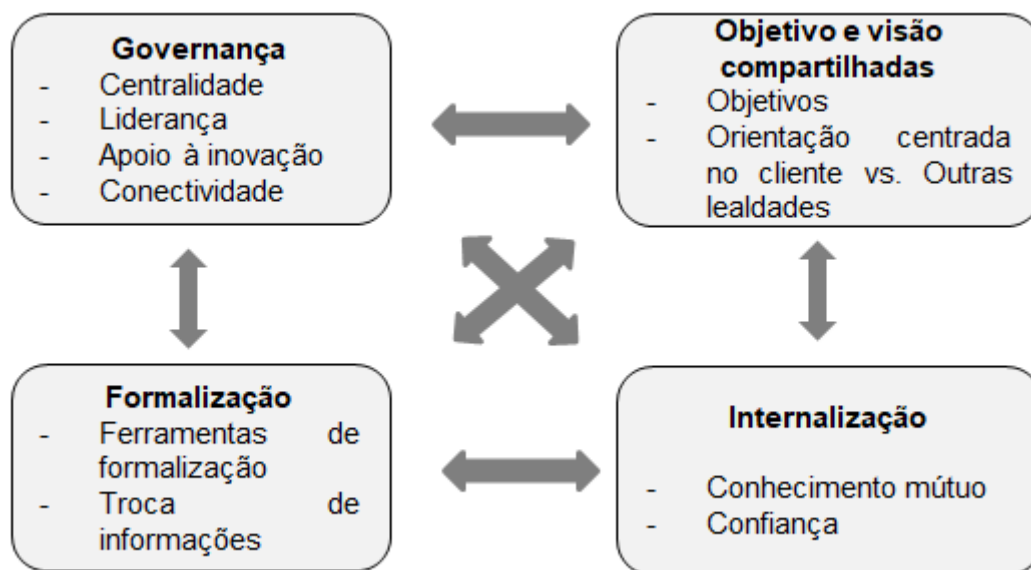
- **Objetivos e visão Compartilhados:** refere-se a existência de objetivos comuns apropriados pela equipe, diversidade de definições e expectativas em relação a colaboração. Os indicadores tratam de projetos terapêuticos compartilhados entre os profissionais e foco na priorização e valorização dos interesses dos usuários.

- **Internalização:** refere-se ao sentimento de pertencimento e interdependência, com confiança mútua. Seus indicadores são complementares para atuação prática, pois o conhecimento dos núcleos disciplinares e competência dos integrantes da equipe favorece o compartilhamento de responsabilidades.

- **Formalização:** essa dimensão esclarece expectativas e responsabilidades. Os indicadores referem-se às atribuições e expectativas sobre cada profissional e a comunicação necessária para atuação conjunta.

- **Governança:** considera a direcionalidade e apoio por parte da gestão para desenvolvimento do trabalho multiprofissional. Os indicadores tratam das estratégias da gestão para promover e implementar a colaboração; participação ativa das equipes na tomada de decisão nos processos de trabalho e questões organizacionais; suporte institucional dos gestores no processo formativo, estrutural e condições de trabalho aos profissionais; garantias ofertadas por meio da gestão de espaços de encontro, agendas para discussão de casos e criação de vínculos entre os profissionais da equipe.

Figura 1: O modelo quadridimensional de colaboração.



As dimensões analisadas sugerem uma tipologia tripla de trabalho colaborativo, que considera o grau de colaboração e acordo com os indicadores divididos dentro das quatro dimensões.

- Colaboração ativa: colaboração de mais alto nível. Parceiros com sentimentos de pertença e confiança mútua, com capacidade de chegar ao consenso.
- O desenvolvimento da colaboração: ainda não há enraizamento da colaboração das organizações parceiras. As relações, os mecanismos de governança e a formalização, ainda não possuem consenso, e necessitam de negociação que podem ser fonte de conflito, porém as mudanças estão em progresso.
- Colaboração potencial: refere-se a colaboração que ainda não existe ou que foi bloqueada por conflitos e impedem o avanço satisfatório da implementação da colaboração. Aqui, as negociações não ocorrem ou são constantemente interrompidas.

Esse modelo permite determinar a intensidade da colaboração e apreender os processos inerentes da construção da ação conjunta, de modo a fornecer direcionamentos assertivos para resolução dos entraves das práticas colaborativas estudadas.

3.2.1.2 O conceito de trabalho multiprofissional elaborado por Peduzzi

Outra importante autora que contribuiu na construção de referenciais sobre o assunto foi Marina Peduzzi (2001, p. 108) que definiu assim o trabalho multiprofissional:

“(...) o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.”

A tipologia proposta por Peduzzi distingue duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento e equipe integração, caracterizadas pelo nível de articulação dos profissionais para integralidade das ações de saúde. A articulação é observada na prática em situações de trabalho em que se evidenciam as conexões nas diferentes ações de saúde executadas.

Equipe agrupamento é caracterizada por meio do agrupamento dos agentes e ocorrência da justaposição de ações, enquanto a equipe integração evidencia a integração das agentes e articulação das ações. Essas características são avaliadas de acordo com critérios como tipo de comunicação entre os profissionais e com a comunidade, articulação das ações, a parceria na construção de projetos assistenciais, o grau de autonomia técnica entre os profissionais, reconhecimento das especificidades dos trabalhos especializados entre os pares, flexibilidade na divisão de trabalho e interdependência das ações.

Com intuito de contextualizar e atualizar o referencial teórico proposto por ela mesma, Peduzzi (2020) revisitou seu conceito de trabalho em equipe de forma a reafirmar que este se constitui de interprofissionalidade por meio de práticas colaborativas que ocorrem com a equipe, no trabalho, e em rede com usuários e comunidade. Para esse trabalho trouxe sua tipologia e associou a de outras importantes concepções de trabalho em equipe interprofissional, colaboração interprofissional e prática colaborativa interprofissional, de autores reconhecidos internacionalmente como: D’Amour et al., 2008; Morgan, Pullon e McKinlay, 2015; Reeves et al., 2010; Reeves, Xyrichis e Zwarenstein, 2018

(PEDUZZI *et al.*, 2020).

Esses autores convergem quanto aos aspectos limitantes das classificações em tipologias, por traduzirem apenas de maneira linear, por vezes simplista e dicotômica os processos de trabalho executados pelas equipes multiprofissionais. Segundo as tipologias propostas, as equipes encontram-se somente nos espectros de “pobres equipes” em que o trabalho não possui integração e apenas com interações frequentes e “boas equipes” que desenvolvem o trabalho integrado com interação constante. Outra tradução da limitação das tipologias está em avaliar apenas o aspecto normativo sem diferenciar as habilidades e especificidades das áreas de atuação profissional, a autonomia e capacidade de decisão e a estabilidade da equipe ao longo do tempo.

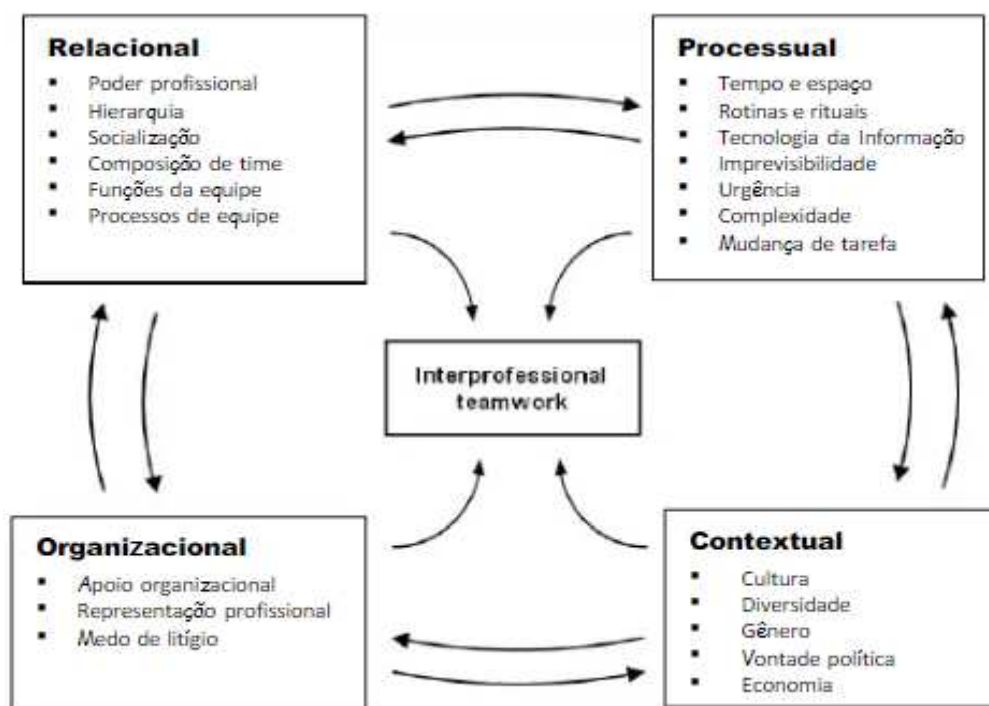
Reeves, et al (2010), foi a produção científica de destaque, utilizada na citada construção de Peduzzi (2020).

3.2.1.3 A abordagem contingencial proposta por Reeves

Esse trabalho reuniu um apanhado de publicações sobre o trabalho multiprofissional em saúde principalmente, realizados em diferentes países e equipes. Esse constructo produziu uma visão crítica ampliada com associações descritivas das diversas propostas de maneira a sintetizar e apontar uma classificação dessas equipes, que de acordo com os autores é a mais coerente com a realidade prática, que é abordagem contingencial.

Para os autores deve-se considerar que o trabalho multiprofissional ocorre em um mundo real e dessa maneira sofre afetações dos diferentes componentes dessa trama. Segundo os autores, são quatro, os principais domínios que interferem no processo: a) as relações interprofissionais como poder, hierarquia e liderança que atuam sobre a capacidade de funcionalidade da equipe; b) o desenvolvimento dos processos de trabalho em equipe, considerando como o tempo, o espaço e a complexidade das ações afetam a atuação das equipes; c) a organização do ambiente no qual a equipe opera, se há compromisso e apoio dos gestores; d) o contexto social, político e econômico em que está localizada a equipe (Figura 2).

Figura 2: Estrutura para compreensão do trabalho em equipe interprofissional



O trabalho coletivo surge a partir das mudanças na complexidade da organização, coordenação e prestação do cuidado em saúde em que os profissionais melhoram a eficácia de suas ações ao unirem os saberes de distintas profissões na medida em que compartilham reuniões regulares para troca de informações e alcancem acordos de trabalho.

Ao analisar distintas produções científicas, os autores encontraram as características de trabalho em equipe que se sobrepõem nos textos referenciais e as identificaram como a essência do trabalho em equipe: a identidade compartilhada entre membros da equipe; a clareza das funções/tarefas e objetivos tanto em relação as ações quanto aos indivíduos; a interdependência dos membros da equipe; a integração do trabalho e a responsabilidade compartilhada.

Reeves e colaboradores compreendem que a classificação por tipologias de maneira linear oferece uma definição bastante limitada e simplista, como se o objetivo se limitasse apenas a atingir o nível superior de desempenho para garantir a existência de boas equipes. Esse modelo desconsidera as variações dos domínios e as combinações das características

do trabalho multiprofissional citadas acima, que não condiz com a realidade da execução na prática da multiprofissionalidade.

Sendo assim, os autores apresentam a proposta de “abordagem contingencial” em que os profissionais das equipes pautam sua atuação considerando aspectos como a finalidade do trabalho em equipe relacionar-se às necessidades locais de usuários, famílias e comunidade e o propósito de atuação da equipe diante de cada situação.

A abordagem contingencial propõe um espectro de atuação das equipes, dentro da proposta de trabalho multiprofissional que vai desde o mais completo e complexo trabalho em equipe, passando pela prática interprofissional colaborativa, a colaboração no âmbito das equipes até a colaboração em redes com a comunidade e usuários (Figura 4), de modo que as equipes devem transitar dentro desse espectro, de acordo com as metas e necessidades dos propósitos a que devem servir.

De acordo com a abordagem contingencial, o trabalho multiprofissional pode ser efetivado de quatro formas:

- Trabalho em Equipe: é a menor unidade de produção do cuidado, onde ocorre o maior grau de integração e interação, com intensa dependência das ações, compartilhamento de valores, objetivos e identidade de equipe, com a capacidade de identificar necessidades complexas e lidar com acontecimentos imprevisíveis e urgentes de suas comunidades (nível mais profundo do trabalho conjunto);

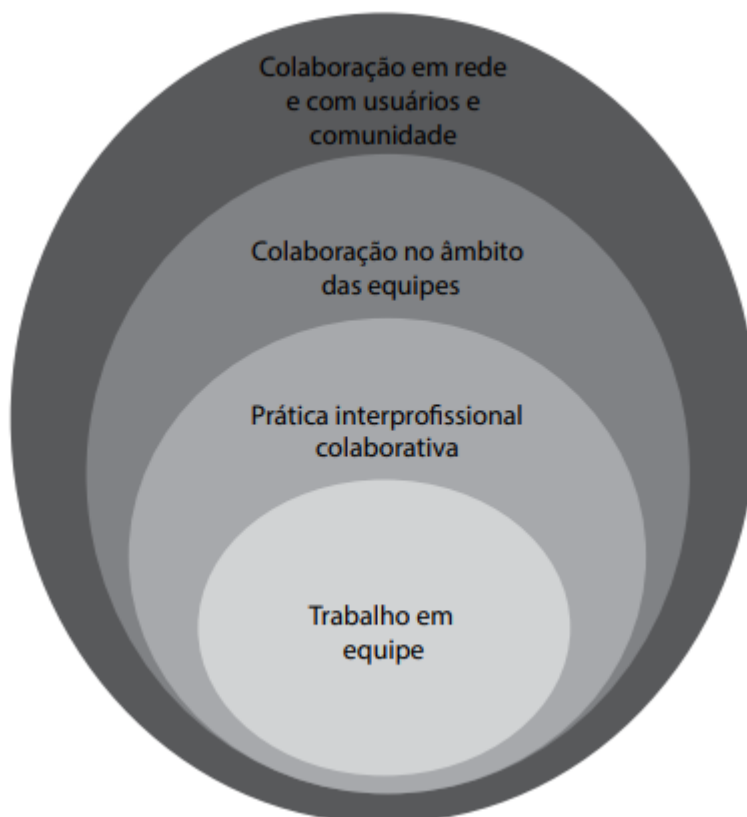
- Prática Interprofissional Colaborativa: é uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, com níveis menores de compartilhamento, clareza de papéis e interdependência das ações, e a necessidade de lidar com situações de atendimento um pouco menos imprevisíveis e com menor urgência e complexidade. Nesse formato de atuação, profissionais de diferentes áreas desejam trabalhar juntos para oferecer melhor atenção à saúde aos usuários, mas ao mesmo tempo reconhecem que têm seus próprios interesses e querem reter algum grau de autonomia;

- Colaboração no Âmbito das Equipes: quando os profissionais buscam alternativas entre os próprios membros da equipe para melhorar a qualidade da atenção à saúde;

- **Colaboração em Rede e com Usuários e Comunidade:** quando os profissionais da equipe buscam alternativas na equipe e também em outros serviços, setores e com os usuários, família e comunidade.

Sendo assim, a proposta contingencial (Figura 3) compreende que o trabalho multiprofissional não é efetivado dentro de uma única classificação, mas sim, que o cotidiano das ações e as distintas demandas de saúde do território, sejam elas de maior ou menor complexidade, levem as equipes à alternância entre as diferentes modalidades de trabalho, para atuação de acordo com as necessidades apresentadas.

Figura 3: Trabalho multiprofissional, abordagem contingencial.



Fonte: Adaptação e tradução de Morgan, Pullon e McKinlay (2015) e Reeves e colaboradores (2010), adaptação de Agreli (2017) e Peduzzi e Agreli (2018).

3.2.2 O Trabalho Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde

Segundo Starfield (2002) a APS constitui-se de uma abordagem que estabelece a base e direciona o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, por ser entrada nesse sistema para todas as necessidades

de saúde. O foco nesse nível de atenção é centrado na pessoa e nas condições socioeconômicas associadas à saúde e ainda atuação longitudinal de maneira a organizar o direcionamento do cuidado necessário para promoção, manutenção e melhora de saúde do indivíduo e sua comunidade.

A APS brasileira conta, desde 1994, com a ESF como ordenadora e organizadora desse cuidado longitudinal e com vistas a criação de vínculos entre profissionais, usuários e comunidade. Essas equipes introduziram a multiprofissionalidade do trabalho na APS, quando da composição das categorias. Com objetivo de aumentar a oferta de cuidado da ESF, foram criados em 2008 os NASF, para atuar de maneira integrada à ESF e composto por diferentes categorias profissionais, que proporciona incremento às propostas de intervenção em saúde (BISPO JUNIOR; MOREIRA; 2018).

O trabalho executado de maneira multiprofissional tem seu destaque na APS em função de sua característica de cuidado abrangente, longitudinal e integral. É reconhecido como estratégia eficiente de ordenação do cuidado em saúde, redução da fragmentação das ações e importante fator para reorientação do modelo assistencial (PEDUZZI; AGRELI, 2018; SANTOS *et al.*, 2016).

O potencial de atuação das equipes multiprofissionais na APS é reconhecido na contextualização do planejamento das ações direcionadas para sua população adscrita, a diversidade de conhecimentos técnicos à disposição das demandas e com isso intervenções mais efetivas no cuidado individual ou na forma coletiva. Para além dessas potencialidades, essas equipes promovem a continuidade da atenção aos usuários, famílias e comunidade, maior funcionamento da RAS e ainda profissionais mais satisfeitos na execução de suas atividades (MACEDO DE SÁ *et al.*, 2021; PEDUZZI *et al.*, 2020).

Mesmo com todas as potencialidades conhecidas, o trabalho multiprofissional enfrenta adversidades de compreensão e estabelecimento na APS. Elementos como a formação acadêmica, com pouca ênfase ao trabalho no SUS, a resistência dos profissionais às novas propostas contra-hegemônicas, dificuldades estruturais, de materiais e equipamentos para atuação com a comunidade, comprometem o desenvolvimento do trabalho multiprofissional na APS. Os gestores locais também contribuem nesse

processo, com ações verticalizadas e distantes da realidade na prática, com cobranças de metas e população adscrita acima do preconizado e pouca direcionalidade do trabalho com fragilidade do suporte ao trabalho colaborativo, sem a garantia de espaços para o encontro dos profissionais (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018, MENEZES; SCHERER; RAMOS, 2018).

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PARA O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL.

Com vistas ao fortalecimento da APS, no ano de 1991, o Ministério da Saúde, cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que objetivava principalmente a educação em saúde, por meio do contato direto com os indivíduos e comunidades, para obtenção da melhora da qualidade de vida (LEVY et.al; 2004). O PACS é considerado a estratégia precursora do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 e composto por uma equipe multiprofissional, com objetivo de reorientar o modelo assistencial mais inclusivo e de primeiro contato com a população (PINTO; GIOVANELLA; 2018).

O processo de implantação da APS no Brasil tencionou as relações federativas com a responsabilização dos municípios para a execução das ações nesse nível de atenção. As distintas realidades nacionais de saúde apontaram a necessidade de estruturação das equipes de trabalho e da incorporação de outras categorias profissionais para aplicação de um cuidado mais ampliado, voltado para promoção e prevenção de saúde, na busca do cuidado longitudinal aos indivíduos. Em se tratando da concepção, normatização e implantação do trabalho multiprofissional, algumas publicações oficiais são marcos fundamentais para consolidação dessas equipes de trabalho.

As equipes do NASF, as mais conhecidas e difundidas no país, sob a configuração multiprofissional, também foram pensadas e discutidas anteriormente à sua conformação e processo de trabalho, os quais são conhecidos. A Portaria nº 1.065, de julho de 2005, criou os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF), com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Essa estratégia precursora propunha a ampliação das categorias profissionais e das ações de

saúde no território, e baseava-se em experiências de algumas cidades espalhadas pelo país que compartilharam suas vivências e contribuíram para elaboração da proposta NAISF.

As ações desses Núcleos eram pautadas em áreas específicas e interseccionais, com vistas à: saúde mental, reabilitação, atividade física/saúde e alimentação/ nutrição e serviço social. As disputas de forças políticas e burocráticas foram bastante expressivas nesse momento, formando dois grupos com propostas distintas para atuação do então NAISF. De um lado, o grupo que defendia o modelo de atuação pelo apoio matricial, com retaguarda técnico-pedagógica e clínico-assistencial e do outro, o grupo que preconizava o atendimento direto dos usuários pelos especialistas. Esse último grupo, representando o NAISF, contava com atores políticos de maior capital social e burocrático naquele momento e saiu vitorioso sob a argumentação de que o trabalho como apoio matricial ainda não possuía base teórica - metodológica suficiente (ALMEIDA; MEDINA; 2021).

Os acontecimentos políticos a seguir, tão logo definiram novamente os rumos da existência dessas equipes. A reforma ministerial da época, que levou a exoneração do então Ministro da Saúde, trouxe com ela a publicação da Portaria nº 1.187, de 13 de julho de 2005, que suspendeu por 30 dias a publicação anterior, sob a alegação da necessidade de análise de impacto financeiro. No dia 03 de agosto de 2005, foi publicada a Portaria de nº 1269, que revogou a Portaria nº 1187/GM, de 13 de julho de 2005, de maneira a acolher a extinção da portaria de criação do NAISF, dando um fim prematuro a essa política (ALMEIDA; MEDINA; 2021).

Com o passar dos anos a APS brasileira foi criando sua identidade, com características que indicavam a necessidade de estruturar as bases do sistema de saúde. Foi então que em 2006, publicou-se a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual tratou de garantir uma oferta de saúde mais abrangente para população, sendo APS a porta de entrada preferencial do SUS. A ESF foi nomeada a política ordenadora desse cuidado ofertado aos usuários, com a responsabilidade de organizar o sistema de saúde local, sob a forma de trabalho em equipe, e atender as necessidades de saúde uma população adscrita (GIOVANELLA *et al.*, 2009)

Entre 2005 e 2006, o Ministério da Saúde, focou o debate na construção da PNAB, e de outras políticas que atendessem a APS, como: a Política Nacional de Promoção da Saúde e a das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Então, somente em 2007, o debate sobre as equipes multiprofissionais ressurgiu como pauta, e representantes de entidades de interesse (Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMES e CNS), participaram da formulação e metodologia de trabalho dos novos profissionais que seriam inseridos na APS.

As discussões entre os atores envolvidos priorizou a lógica matricial na perspectiva de apoio e suporte à ESF associada à função técnico pedagógica, em detrimento à atenção integral e ambulatorial, que era preconizada no NAISF (ALMEIDA; MEDINA; 2021). Sendo assim, em 24 de janeiro de 2008, foi publicada a Portaria nº 154, que criou o NASF, com intuito de superar os desafios da integralidade e resolutividade do cuidado. A atuação dessas equipes ficou vinculada à ESF, que ampliou a capacidade de atender às necessidades de saúde da população pertencente ao território de sua responsabilidade.

O objetivo das equipes de NASF era o de aumentar a abrangência, escopo e resolubilidade das ações desenvolvidas pela ESF (BRASIL, 2008). Essas equipes respondiam também por atuar e reforçar as diretrizes de atenção à saúde: interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação popular, território, integralidade, controle social, educação permanente em saúde, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

Para tanto, um rol de categorias profissionais, diferentes das categorias já existentes na composição da ESF e Equipe de Saúde Bucal (ESB), foi adicionado para organização do arranjo das equipes NASF. A Portaria nº 154/2008 definiu também o processo de credenciamento, implantação, aporte financeiro, e os tipos de NASF (NASF 1 ou NASF 2) de acordo com o contingente populacional, carga horária dos profissionais, definição das equipes de acordo com as necessidades locais de territorialização, com vistas a favorecer os processos de trabalho prioritariamente compartilhado e interdisciplinar (BRASIL, 2010).

A inserção das equipes NASF no cotidiano da APS, tendo como

referência as ESF, trouxe indagações sobre a aplicação na prática do apoio matricial como orientação do processo de trabalho. Ante ao exposto, o Ministério da Saúde, entre as publicações dos Cadernos de Atenção Básica, lança em 2010 o livro de número 27, com o título: DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família que compila de maneira explicativa os processos de trabalho do NASF, junto às ESF e os usuários.

Essa publicação traz apontamentos sobre a lógica de trabalho, arranjos organizacionais, ferramentas, e formas de atuação no cuidados de populações específicas e núcleos profissionais. Reforça a importância da integração da equipe utilizando o debate das ideias, criatividade e consciência crítica para determinação do vínculo de trabalho interdisciplinar. Explica detalhadamente o apoio matricial, o qual é composto de duas vertentes: o técnico- pedagógico e o clínico- assistencial. Essa dupla atribuição é responsável por desenvolver ações clínicas compartilhadas, intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias; educação permanente dos profissionais e população; participação social; educação popular, promoção de saúde; ações compartilhadas nos territórios (BRASIL, 2010).

O NASF possui ferramentas tecnológicas como: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, Clínica Ampliada e a Pactuação de Apoio, como amparo para sua atuação no cuidado. Ao longo do texto, reforça-se a atuação do NASF como matriciador em conjunto das equipes ESF, e pontua que os atendimentos individuais aos usuários e famílias, deem-se apenas em situações de extrema necessidade (BRASIL; 2010, MATTOS, et. al; 2022).

Ainda em 2010, o crescente aumento dos usuários de crack despertou a necessidade de atenção e desenvolvimento de estratégias para enfrentamento dessa demanda. Uma das propostas foi a criação do NASF 3, voltado para o cuidado de saúde mental dos usuários de crack, álcool e outras drogas, em municípios de pequeno porte. Essa Portaria teve vida curta, sendo revogada em 2011, com a conversão da citada tipologia em NASF 2 (MATTOS, et. al; 2022).

Com o passar dos anos, a experiência prática da APS evidenciou a necessidade de resolução de nós críticos na PNAB. Em outubro de 2011, foi

publicada uma nova edição da PNAB, com vistas a revisar a organização da APS, ESF e PACS. A atuação exitosa da ESF como ordenadora do cuidado aos indivíduos proporcionou a reafirmação da mesma como organizadora do trabalho da APS. A publicação atualizada trouxe também propostas para enfrentamento de adversidades que até então não eram percebidas como: Consultório de Rua, Equipes de Saúde Ribeirinhas e Fluviais, Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (MELO, et. al; 2018a). O NASF, também compõem essa publicação, totalmente inserido na APS, com explicações sobre a tipificação das equipes (NASF 1 e 2), no que diz respeito a quantidade de carga horária e número de ESF vinculadas.

A seguir em 2012, a Portaria nº 3.124, criou a modalidade de NASF 3, para além das modalidades já existentes (NASF 1 e 2) o que possibilitou aos municípios de menor porte o credenciamento de equipes multiprofissionais do NASF. Essa nova modalidade exigia a vinculação mínima a uma equipe ESF, com carga horária dos profissionais mais adequadas ao tamanho da população e dos municípios, universalizando assim, o NASF dentro dos municípios e oportunizando o trabalho multiprofissional aos usuários dessas menores localidades.

Ainda no período de incentivo do trabalho multiprofissional, as equipes NASF foram incluídas, em abril de 2013, no PMAQ, oportunizando repasse financeiro aos municípios que contavam com NASF, mediante o cumprimento das metas exigidas. Dessa maneira, incentivou um maior número municípios a implantarem as equipes NASF.

Mesmo passados seis anos da portaria de criação do NASF, de sua atuação junto às equipes ESF e o incentivo do governo em expandir estas equipes, o processo de trabalho sob a lógica matricial ainda produzia desconfortos e sendo por vezes pouco compreendida e aceita. Uma nova publicação no ano de 2014, dentro da série de Cadernos da Atenção Básica, foi editado o de número 39 que tratou sobre NASF e suas ferramentas de gestão e trabalho diário, contendo orientações de como operacionalizar e qualificar o processo de trabalho do NASF na prática diária. Esse material contém desde o processo de aproximação do NASF com a ESF, até exemplos

de atividades e modelos de atuação com intuito de auxiliar gestores e profissionais a compreender e praticar a proposta do trabalho matricial e colaborativo, o qual é capaz de ampliar as análises e intervenções nas necessidades de saúde individual e coletiva.

Em 2016 a emergência sanitária brasileira de crianças nascidas com microcefalia em decorrência do Zika vírus na região Nordeste, levou o Ministério da Saúde a credenciar municípios para implantação de equipes NASF. O objetivo dessas habilitações foi de atuar na estimulação precoce dessas crianças na APS, bem como a instrumentalização das equipes ESF e apoio às famílias, demonstrando a importância do trabalho desses profissionais e dessas equipes, no desenvolvimento do cuidado integral (MATTOS; et.al; 2022).

A última reformulação da PNAB teve início em 2015. Em princípio, os atores que participaram das reuniões e discussões sobre o assunto, tinham objetivo de conciliar os interesses da gestão e das instâncias de controle social. Porém, em virtude dos acontecimentos políticos no cenário nacional, associadas à instabilidade econômica e social da época, levaram a mudança de governo no Executivo Federal e conseqüentemente na condução dos Ministérios. A mudança governamental afetou a construção da PNAB, que concluída de maneira a prevalecer o interesse político-corporativo de parte dos atores, em detrimento das propostas com fundamentação técnica (ALMEIDA, et al, 2018).

A publicação da PNAB de 2017 trouxe propostas de cunho neoliberal e possível impacto negativo, como o enfraquecimento do SUS. Várias mudanças foram introduzidas nesta política como: a possibilidade de financiamento de outros modelos organizativos da APS, com flexibilização da carga horária dos profissionais da ESF, as próprias regras de financiamento da APS, redução do número de agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe, sendo o quantitativo desses profissionais maior, quando vinculado às áreas de maior vulnerabilidade, e ainda a ampliação de suas atribuições. Possibilita ainda, a diferenciação de serviços ofertados pela APS, em ações essenciais e ampliadas, que são características de propostas contra hegemônicas ao SUS. Concomitantemente, foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) 95, em 2016,

que congelou os gastos com saúde e educação por 20 anos, de ações neoliberais (MELO *et al.*, 2018a; MATTOS; *et. al*, 2022).

Quanto às equipes NASF, agora denominadas Núcleo Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), a mudança na nomenclatura, omite o conceito de apoio matricial embora o mantenha descrito na metodologia do corpo do texto. Permite nova forma de vinculação com as equipes “APS tradicionais”, e não mais exclusivamente com a ESF (MATTOS; *et. al*, 2022). As equipes APS tradicionais têm características de estruturas distintas das ESF, com possibilidade de carga horária reduzida e flexibilização dos horários dos profissionais das equipes de referência, o que na prática se traduz em cumprimento de ações clínicas isoladas, redução das discussões de casos e do compartilhamento das ações. Dessa forma, essa nova possibilidade de organização, reduz a criação de vínculo com a população e prejudica o trabalho multiprofissional (MELO *et al.*, 2018a).

A importância do trabalho das equipes multiprofissionais permeiam as distintas populações com capacidade de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e dos que estão a sua volta, nas mais diversas e adversas situações. Os cuidados paliativos, a relevância do momento da finitude da vida que abrange aspectos fisiológicos, espirituais e relacionais ainda tem baixa prioridade nas agendas governamentais e de saúde na maior parte do mundo. No Brasil, em outubro de 2018, foi publicada a resolução que trata da organização dos cuidados paliativos no SUS e reconhece a importância desses pelos três níveis de governo. As equipes NASF-AB aparecem descritas nessa Resolução, como parte de interesse no cuidado longitudinal e de suporte ao indivíduo, família e as ESF às quais estão vinculadas (RODRIGUES, *et. al*; 2022).

A agenda neoliberal afirmada, a partir de 2016, com a publicação da EC 95, que limita o teto de gastos com saúde e educação por 20 anos, passando pela publicação da PNAB em 2017, atinge seu marco em novembro de 2019, com a instituição do Programa Previne Brasil (PPB), que estabelece o novo modelo de financiamento da APS. O PPB definiu que as regras de transferência de recursos deverão ocorrer mediante o desempenho das equipes e este será mensurado pelo cumprimento de indicadores pré-definidos

(inicialmente sete, podendo chegar a 21), a capitação ponderada, em que o recurso tem como base o critério populacional (cadastramento da população usuária) e a adesão aos programas estratégicos e prioritários do governo federal (CARVALHO, et al, 2022).

Prejudicialmente ao desenvolvimento do trabalho multiprofissional, e ao cuidado centrado na pessoa, as equipes NASF-AB, não foram contempladas inicialmente em nenhuma das linhas de transferência de recursos no PPB (ações estratégicas), dificultando a manutenção dos profissionais, uma vez que os municípios teriam que assumir a total responsabilidade pelo financiamento das equipes. Essa publicação carregou de incertezas as equipes NASF-AB, no que diz respeito a organização do trabalho, principalmente sob a lógica do apoio matricial, bem como a manutenção de seus empregos desses profissionais.

As dúvidas sobre as equipes NASF-AB levaram o Ministério da Saúde a publicar a Nota Técnica 03/2020, que desvincula a composição das equipes multiprofissionais da tipologia NASF-AB, e deixa a cargo do gestor municipal a autonomia da definição das categorias profissionais, carga horária, bem como arranjo e composição das equipes multiprofissionais. Informa ainda que não realizaria mais o credenciamento de NASF-AB e as solicitações já enviadas seriam arquivadas. A conclusão é de que as equipes multiprofissionais poderiam ser mantidas e os profissionais cadastrados junto às ESF ou Equipe de Atenção Primária (eAP), mas não foi especificado, naquele momento, o modelo de atuação e nem mesmo garantido o financiamento delas.

Encerrando esse período de publicações das equipes multiprofissionais, as Portarias 99/2020 e 37/2021 possibilitam o cadastro das equipes multiprofissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sob a nomenclatura Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (ENASF-AP), bem como altera a nomenclatura da Atenção Básica para Atenção Primária. Embora permita inserção de cadastro no CNES, ainda não propunha nenhuma forma de financiamento.

As eleições presidenciais de 2022 conduziram ao poder um governo de viés liberalista social, o que favoreceu no ano de 2023, que o Ministério da

Saúde retomasse o financiamento das equipes multiprofissionais, por meio da publicação da Portaria 635, de 22 de maio. Esse documento, além de estabelecer os repasses financeiros, orienta sobre as diferentes modalidades possíveis de cadastramento dos municípios, bem como a carga horária de cada uma das equipes, que podem variar entre 100 a 300 horas semanais e o número de equipes vinculadas, que vão de uma até 12 equipes.

Ainda com intuito de reorganizar as equipes multiprofissionais, foi publicada pelo Ministério da Saúde e a Secretaria de Atenção Primária à Saúde em 10 de agosto de 2023, a Nota Técnica Nº 10/2023, na qual são reforçadas as ações prioritárias dessas novas equipes: o atendimento individual, em grupo e domiciliar; as atividades coletivas; o apoio matricial; as discussões de casos; o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; a oferta de ações de saúde à distância; a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e as práticas intersetoriais. O mesmo documento orienta ainda sobre o processo de credenciamento e cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos profissionais, critérios de suspensão das transferências financeiras entre outros assuntos.

Em 10 de abril de 2024, foi publicada uma atualização do modelo de financiamento da APS, por meio da Portaria nº 3.493, que para além da reafirmação da ESF como estratégia prioritária da APS, retomou efetivamente o trabalho multiprofissional, agora com as Equipes Multiprofissionais (E-Multi). Nessa nova referência o trabalho multiprofissional está inserido de maneira transversal em diferentes componentes como, por exemplo, qualidade dos serviços da APS e componente de vínculo e acompanhamento territorial da população. Dessa maneira, as equipes multiprofissionais potencializam o vínculo e a longitudinalidade do cuidado, bem como favorecem a efetivação da promoção e prevenção de saúde (BRASIL, 2024).

Cabe ressaltar, que as mudanças políticas positivas sobre o trabalho multiprofissional como as Portarias de criação das E-multi e a atualização do modelo de financiamento da APS, foram publicada após iniciada as atividades de campo da referida pesquisa.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

O presente estudo é parte integrante da pesquisa denominada “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”. A pesquisa, é uma pareceria colaborativa entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), localizada no Rio de Janeiro e a Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Paraná.

Trata-se de um estudo de caso único integrado (que conta com múltiplas unidades de análise), desenvolvido na Macrorregião norte do Paraná. Nesta pesquisa o caso é a macrorregião norte do Paraná e as unidades de análise são os municípios selecionados para o estudo.

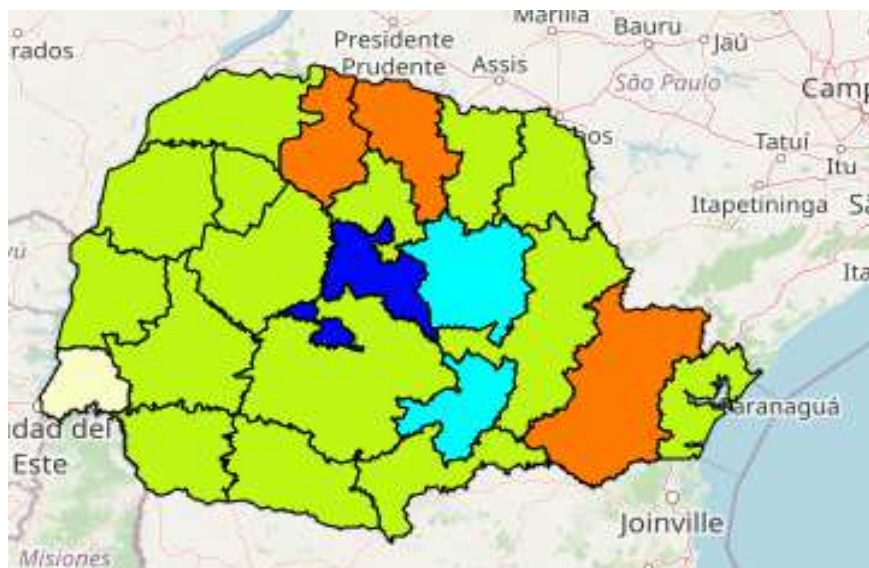
Optou-se pela realização de um estudo de caso que, segundo Yin (2010, p.39), “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes”. Ou seja, possibilita uma investigação contemporânea contextualizada com a vida real, principalmente quando fenômeno e contexto apresentam-se imbricados. O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa abrangente que busca compreender as ações individuais e os aspectos organizacionais, sejam eles sociais ou políticos que levam às complexidades de atuações e decisões dos processos grupais. E justifica-se quando as questões de investigação são do tipo “como” e “por que” e ainda quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre o contexto (YIN, 2010).

Diante disso, a escolha metodológica corresponde às necessidades abordadas nessa pesquisa de compreender como e por que o trabalho multiprofissional apresenta determinadas conformações de acordo com a atuação das gestões municipais.

4.1 CAMPO DE ESTUDO

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu na macrorregião de saúde Norte do Paraná, que é composta por cinco Regionais de Saúde (RS) (16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a). A população estimada é de dois milhões de habitantes,

Figura 5: Distribuição das regiões segundo os cinco grupos socioeconômicos.



Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços	Médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços	Médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços	Alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços	Alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços

Fonte: Plataforma Região e Redes +10, 2024

Com intuito de selecionar municípios (unidades de análise) que fossem diversos e representativos da diversidade da macrorregião, utilizou-se da análise de dois indicadores de financiamento relacionados à gestão municipal:

1) *despesa municipal em APS per capita*, com os valores próprios do município investidos em APS, que destaca a importância do gasto municipal em APS.

2) *participação das transferências por emendas para a APS na transferência total do Ministério da Saúde*, representada pelo percentual das transferências por emendas para a APS em relação à transferência federal total em APS (%), que expressa a importância das emendas nas transferências federais para APS.

Os relatórios sobre cada um dos municípios dessas regiões foram produzidos com dados quantitativos secundários, e a seguir houve a

distribuição dos municípios por quartis em cada um dos dois indicadores. Foram selecionados dois municípios para cada um dos quartis, a saber:

- alta despesa municipal em APS e altos valores transferidos por emendas para a APS;
- alta despesa municipal em APS e baixos valores transferidos por emendas para a APS;
- baixa despesa municipal em APS e altos valores transferidos por emendas para a APS;
- baixa despesa municipal em APS e baixos valores transferidos por emendas para a APS;

A seleção dos municípios participantes considerou seu posicionamento na associação entre a alta ou a baixa importância da APS no gasto municipal em saúde e a alta ou baixa importância das emendas nas transferências federais para APS. A escolha dos critérios teve a intencionalidade de proporcionar uma amostra diversificada na do gasto municipal em saúde na APS, bem como os recursos transferidos via emendas parlamentares, montante esse que compõem parte do orçamento municipal em APS.

Também foi critério de inclusão na pesquisa o município sede da Macrorregião de saúde, por sua importância e representatividade. Totalizando nove municípios selecionados.

Vale ressaltar que foram identificados municípios excedentes para cada uma das associações, em caso de recusa de algum dos municípios selecionados. Dos oito municípios selecionados houve recusa de três, que foram substituídos.

Com intuito de preservar os entrevistados, os municípios participantes da pesquisa foram classificados de acordo com seu porte populacional (Pequeno Porte1, Pequeno Porte2, Pequeno Porte3 e Grande Porte 1), identificados pela letra P e o numeral correspondente, antecedido pela letra M e nesse caso, seguindo a ordem numérica aleatória (M1, M2,...M9).

A classificação quanto ao porte dos municípios teve como referência uma publicação do IBGE (2017).

4.2 PROCEDIMENTO DE OBTENÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA

4.2.1 Obtenção de Dados Secundários

Os dados secundários sobre os municípios pesquisados foram obtidos por meio de bases de dados que disponibilizam informações sobre a organização dos serviços de saúde, bem como dados de financiamento, receitas e despesas com saúde dos entes federados.

Do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a pesquisa considerou a competência de agosto de 2022 para todos os municípios e em todas as informações pesquisadas. Dessa fonte de dados, foram obtidas informações sobre os cadastros de equipe multiprofissional, sob a tipologia NASF-AB e equipes de residência multiprofissional. Para a obtenção dos dados das categorias e número de profissionais, foram considerados os cadastros das equipes ESF ou vinculadas às mesmas por meio da tipologia E-multi.

Os vínculos empregatícios também foram obtidos na mesma fonte de dados (CNES), e foram considerados, os profissionais cadastrados junto às unidades básicas de saúde.

Do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) foram obtidos dados sobre o montante que cada município investiu de recursos próprios em APS e o total de despesas dos mesmos em APS no ano de 2022. A partir dessas informações calculou-se cada uma das despesas municipais por habitante, determinando assim, os gastos per capita.

4.2.2 Obtenção dos Dados Primários e Participantes da Pesquisa

A obtenção dos dados deu-se por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado (Apêndice A), composto de duas dimensões de relevância: 1) modelo de atenção - que valorizou concepções, composição, organização e avaliação dos serviços e das práticas adotadas no âmbito da APS nos municípios; 2) modelo de gestão – com destaque para o planejamento e a gestão do trabalho.

Os atores entrevistados foram os gestores de saúde dos municípios e os coordenadores de APS dos mesmos. Dentre os nove gestores, oito dos entrevistados foram os próprios secretários de saúde e uma Diretora Geral, sendo que três estavam acompanhados de assessores no momento das entrevistas.

Quanto aos coordenadores de APS participantes, dos nove municípios, um apresenta uma particularidade em que o cargo é ocupado por dois profissionais, sendo que ambos foram respondentes da pesquisa. Outros três coordenadores estavam acompanhados de outros profissionais que atuavam na APS do município: gerente de programas da APS, coordenadora de epidemiologia e assistente administrativo, aqui nominados de assessores da Coordenação da APS.

No total, 25 pessoas participaram das entrevistas e tiveram suas falas identificadas com a letra “G” para os Gestores Municipais de Saúde; “AG” para assessores dos gestores municipais, a letra “C” para os Coordenadores de APS e a letra “AC” para assessores dos coordenadores de APS, seguidas de um número, G1, G2, G3 (...) G9; AG1...AG3; C1, C2, C3 (...) C9 e AC1...AC3, sendo que cada município possui um número que o representa a partir de uma sequência aleatória com a finalidade de proteger as identidades dos entrevistados.

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas entre os meses de julho a agosto de 2022. Os encontros ocorreram de maneira presencial nos municípios participantes, em ambientes reservados apenas aos entrevistados e dois entrevistadores do grupo de pesquisa. As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. Associada às entrevistas, foi produzido um diário de campo logo após os encontros.

4.2.3 Análise de Dados

As entrevistas foram transcritas por empresa contratada para a finalidade.

Com as entrevistas já transcritas em mãos, foi realizada a conferência das transcrições por meio da escuta dos áudios das entrevistas concomitante à leitura e correção da transcrição, quando necessário.

A seguir, foram realizadas repetidas e exaustivas leituras do material, que propiciaram a apropriação do contexto das entrevistas e a identificação nos textos de material que continham relação com os objetivos da pesquisa. Esses conteúdos de interesse foram selecionados e agrupados em um texto a parte. Prosseguiu-se com um novo processo de repetidas e intensas leituras do texto produzido, de maneira a identificar e agrupar as informações em acordo e contextualizadas com os objetivos, das quais emergiram duas categorias: implantação e atuação das equipes multiprofissionais, na visão dos gestores e aspectos limitantes ao trabalho multiprofissional.

As entrevistas também forneceram dados para construção de um quadro com o perfil dos gestores (sexo, idade, formação acadêmica, especialização e tempo no cargo).

Quanto a análise das entrevistas, foi utilizada a abordagem hermenêutica diante da complexidade dos fenômenos sociais e culturais que necessitam de uma interpretação profunda e contextualizada das interações sociais dos atores (MINAYO, 2014).

A hermenêutica do ponto de vista de Gadamer (2002) promove uma fusão de horizontes a partir de uma interação entre o texto a ser interpretado e quem o interpreta, sendo que cada qual das partes tem seu próprio horizonte, e a ação de compreender representa a fusão de ambos os horizontes.

A partir dos resultados e com vistas a processar e analisar dados produzidos por meio de diferentes métodos de pesquisa: dados quantitativos (sobre a organização dos serviços de saúde e dados de financiamento), e qualitativos (entrevista semiestruturada), com objetivo de fundamentar e enriquecer o conhecimento sobre o objeto da pesquisa, optou-se pela aplicação da triangulação de métodos

Segundo Flick (2009a, p.62)

“A triangulação implica que os pesquisadores assumam diferentes perspectivas sobre uma questão em estudo (...). Essas perspectivas podem ser substanciadas pelo emprego de vários métodos e/ou várias abordagens teóricas. (...) a triangulação deve produzir conhecimento em diferentes níveis, o que significa que eles vão além daquele possibilitado por uma abordagem e assim contribuem para promover a qualidade na pesquisa.”

A triangulação entre métodos qualitativos e quantitativos proporcionam um quadro mais amplo do objeto de pesquisa, uma vez que considera um conjunto maior de aspectos possíveis de um problema (FLICK; 2009b). A utilização de mais de um método de pesquisa favoreceu a compreensão do objeto de estudo de uma forma ampla e aprofundada, por meio da iluminação da realidade sob vários ângulos.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeitou as normas relativas às pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução n.º 466/2012 (BRASIL, 2012b) do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 30675420.6.0000.5240. (Apêndice B)

Por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice C) os sujeitos foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e seus direitos durante a participação na mesma.

5 RESULTADOS

São descritos os resultados dos dados secundários, obtidos das bases de dados, bem como dos dados primários, obtidos das entrevistas. A análise dos dados está apresentada em dois eixos estruturantes, com convergência aos objetivos do estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS E ENTREVISTADOS

A predominância entre os municípios participantes da pesquisa está na categoria de pequeno porte. Os nove municípios tiveram seu porte determinado de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, (Quadro 1). Destaque para os municípios de pequeno porte 01, que são a maioria dos representantes.

Quadro 1: Identificação dos municípios da pesquisa de acordo com o porte populacional e siglas correspondentes, 2022.

PORTE	NÚMERO DE HABITANTES	SIGLA DE IDENTIFICAÇÃO PORTE	SIGLA DE IDENTIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE ACORDO COM O PORTE
Pequeno Porte 1	Até 5.000	P1	M1P1, M5P1, M7P1 e M8P1
Pequeno Porte 2	De 5.000 a 10.000	P2	M3P2
Pequeno Porte 3	De 10.000 a 20.000	P3	M2P3, M4P3
Grande Porte 1	Acima de 100.000	G1	M5G1, M9G1

Fonte: a própria autora, 2023.

*Para fins de proteção da identidade de grande porte pesquisados, optou-se por não diferenciá-los dentro de sua categoria.

Entre os municípios com cadastro de E-multi no SCNES, estão os dois de grande porte e apenas outros dois, sendo um pequeno porte 1 e outro pequeno porte 3. Uma vez que à época da pesquisa, não havia financiamento federal para as equipes multiprofissionais, os dados de maior relevância estão relacionados com a presença das categorias profissionais dessas equipes cadastradas junto à ESF e não especificamente ao cadastro das equipes E-multi. Nesse caso, dos nove municípios, apenas dois não possuem profissionais da E-multi nessas condições, sendo um de pequeno porte 1 e

outro de pequeno porte 2. Ambos os de grande porte, além de contarem com o maior quantitativo de equipes E-multi cadastradas (13 no total) possuem também equipes de residentes multiprofissionais (total de oito equipes) atuando na APS, financiadas por meio do Ministério da Saúde e da Universidade Estadual local (Quadro 2).

Quadro 2: Equipes Multiprofissionais cadastradas, quantidades por município e profissionais da multi cadastrados junto à ESF segundo CNES, 2022.

Município	E-Multi cadastrada no CNS	Quantidade de Equipes Cadastradas	Profissionais da Multi cadastrados junto à ESF	Equipes de Residente Multiprofissional
M1P1	Sim	01	Sim	-
M2P3	Não	-	Sim	-
M3P2	Não	-	Não	-
M4P3	Sim	01	Sim	-
M5P1	Não	-	Não	-
M6G1	Sim	04	Sim	06
M7P1	Não	-	Sim	-
M8P1	Não	-	Sim	-
M9G1	Sim	09	Sim	02

Fonte: a própria autora, 2023.

A representatividade das categorias profissionais mostra fisioterapeutas e psicólogos como os profissionais mais prevalentes, seguidos de nutricionistas, profissionais de educação física e farmacêuticos respectivamente. As categorias profissionais de menor expressividade são assistente social, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Os dois maiores municípios detêm juntos 83% dos profissionais, e apenas 17% desse quantitativo está distribuído entre os outros sete municípios. Enquanto o maior município possui 97 profissionais, há dois de pequeno porte que contam com 4 e 5 profissionais da equipe multi cadastrados (Quadro 3).

Quadro 3: Categorias profissionais e sua representatividade na APS nos municípios, segundo CNES, 2022.

MUNICÍPIO	Assistente Social	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Fonoaudiólogo	Nutricionista	Profissional de Ed. Física	Psicólogo	Terapeuta Ocupacional	TOTAL POR MUNICÍPIO
M1P1	01	02	01	-	01	01	01	-	07
M2P3	01	-	02	-	01	-	03	-	07
M3P2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M4P3	03	-	03	01	01	01	05	-	14
M5P1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M6G1*	-	-	29	-	14	07	31	01	82
M7P1	01	01	02	-	-	-	01	-	05
M8P1	-	02	-	-	01	-	01	-	04
M9G1	03	13	35	-	17	13	16	-	97
TOTAL POR CATEGORIA PROFISSIONAL	09	18	72	01	35	22	58	01	216

Fonte: a própria autora, 2023.

* No período de pandemia e com recursos da mesma, o município contratou profissionais de fisioterapia e psicologia por processo de chamamento público

Do CNES também foram obtidas informações sobre o tipo de modalidade de contratação destes profissionais. Metade das contratações está na categoria estatutário, enquanto a outra metade divide-se em prazo determinado, residentes e autônomos, com destaque para o predomínio das contratações por prazo determinado. Embora os municípios de grande porte elevem esse quantitativo de vínculos um deles apresenta uma quantidade superior de profissionais nas categorias prazo determinado e residentes do que na categoria estatutário, em parte, justificado pela contratação de profissionais por prazo determinado durante a pandemia. Os pequenos municípios têm seus vínculos empregatícios mais frágeis, como prazo determinado (Quadro 4).

Quadro 4: Modalidade de contratação dos profissionais das equipes multiprofissionais, de municípios da macrorregião norte do Paraná, 2022.

MUNICÍPIO	ESTATUTÁRIO	PRAZO DETERMINADO	RESIDENTE	AUTÔNOMO	TOTAL POR MUNICÍPIO
M1P1	03	03		01	07
M2P3	03	04			07
M3P2	-	-	-	-	-
M4P3*	03*	11			14
M5P1	-	-	-	-	-
M6G1	21	30	27	04	82
M7P1	02	03			5
M8P1	03			01	4
M9G1	71	04	17	05	97
TOTAL POR VÍNCULO	106	55	44	11	216

Fonte: a própria autora, 2023.

*O município identifica como estatutário, mas na categoria emprego público.

Outra informação relevante sobre os municípios foram os dados obtidos do SIOPS, sobre os gastos e despesas municipais em APS. Ao observar os valores investidos em APS, tanto na categoria gastos próprios como na despesa total per capita dos municípios, os quatro municípios de Pequeno Porte 1, foram respectivamente os que mais dispenderam investimentos em APS, com valores bem acima quando comparado com as outras localidades. A seguir, tem-se os valores do Pequeno Porte 2 e 3 consecutivamente, e os menores gastos em APS foram dos municípios de grande porte (Quadro 5).

Quadro 5: Gastos próprios dos municípios em APS e despesa total dos municípios em APS, per capita, 2022.

ANO	2022		
MUNICÍPIO	GASTOS PRÓPRIOS DOS MUNICÍPIOS/PER CAPITA (Valores em R\$)	DESPESA TOTAL EM SAÚDE/PER CAPITA (Valores em R\$)	REPRESENTATIVIDADE DOS RECURSOS PRÓPRIOS EM APS EM RELAÇÃO AOS RECURSOS TOTAIS EM APS (VALORES EM%)
M1P1	974,26	1.593,16	61,15
M2P3	182,67	505,64	36,13
M3P2	455,26	613,02	74,27
M4P3	278,14	594,66	46,77
M5P1	2.578,10	3.070,44	83,97
M6G1	127,18	286,019	44,47
M7P1*	1.410,58	1.698,39	83,05
M8P1	569,42	1.061,92	53,62
M9G1	296,28	366,42	80,86

Fonte: a própria autora, 2023.

* Os dados deste município não estavam disponíveis para o ano de 2022, por isso foram utilizados os valores de 2021.

Os atores de interesse para essa pesquisa foram os tomadores de decisões da APS, ou seja, os Secretários Municipais de Saúde e os

Coordenadores de APS, ou cargos correspondentes. Os perfis dos Gestores Municipais de Saúde e Coordenadores de APS foram analisados separadamente em função da relevância que cada grupo oferece ao trabalho multiprofissional.

O perfil dos Coordenadores de APS (Quadro 6) é formado predominantemente por mulheres (90%), com média de 40 anos de idade. Todos com formação acadêmica (enfermagem é a principal profissão), apenas um coordenador não consta informação sobre especialização, sendo os outros nove representantes especialistas em uma das três áreas a seguir: saúde coletiva, saúde da família e gestão pública. O tempo de atuação no cargo está entre um ano e seis meses e 15 anos.

Quadro 6: Perfil dos Coordenadores de APS dos municípios do estudo segundo sexo, idade, formação acadêmica e tempo no cargo de gestão, macrorregião norte do Paraná, 2022.

MUNICÍPIO	SEXO	IDADE	FORMAÇÃO ACADÊMICA	FORMAÇÃO COMPLEMENTAR	TEMPO NO CARGO
M1P1	F	46	Enfermeira	Especialização em saúde coletiva e saúde mental	08 anos
M2P3	F	43	Enfermeira	Especialização em enfermagem do trabalho e gestão	01 ano e 06 meses.
M3P2	F	31	Enfermeira e Pedagoga.	Especialização em saúde pública e pediatria	05 anos.
M4P3	F	35	Enfermeira	Especialização em enfermagem do trabalho, Especialização em Estratégia Saúde da Família e Enfermagem Estética	07 anos

M5P1	F	43	Enfermeira	Especialização em Saúde da Família	15 anos
M6G1 *	F	39	Enfermeira	Especialização em enfermagem obstétrica, MBA em gestão em saúde e auditoria, mestrado em epidemiologia, curso doutorado não informado a área.	02 anos
	M	42	Médico	Residência em Medicina de Família e Comunidade; Supervisor do Programa Mais Médicos.	04 anos.
M7P1	F	32	Enfermeira; Gestão Pública	-	06 anos
M8P1	F	38	Enfermeira	Especialização em enfermagem obstétrica e Especialização em Saúde da Família	16 anos
M9G1	F	55	Médica	Especialização em serviços de saúde.	07 anos

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2023.

*O cargo é ocupado por dois profissionais concomitantemente.

Os Gestores Municipais de Saúde possuem características mais heterogêneas quando comparados aos coordenadores APS (Quadro 7). Dos nove gestores, seis são do sexo feminino e três do sexo masculino, com idades que variam entre 35 e 76 anos (mediana de 47 de anos). Dois gestores não possuem ensino superior, e outros dois possuem nível superior completo, porém não na área da saúde (ambos na área de educação). Para caracterização sobre especialização, há dois gestores os quais não constam informações e dos sete restantes apenas três, possuem especialização em saúde/coletiva. Há muita variação entre o tempo de atuação no cargo, de um ano e sete meses a 25 anos.

Quadro 7: Perfil dos Gestores de Saúde dos municípios do estudo segundo sexo, idade, formação acadêmica e tempo no cargo de gestão, macrorregião norte do Paraná, 2022.

MUNICÍPIO	SEXO	IDADE	FORMAÇÃO ACADÊMICA	FORMAÇÃO COMPLEMENTAR	TEMPO NO CARGO
M1P1	F	48	Pedagoga	Especialização psicopedagogia.	01 ano e 08 meses
M2P3	F	35	Farmacêutica	Não informado	01 ano e 07 meses
M3P2	F	41	Enfermeira	Especialização em enfermagem obstétrica; Especialização em saúde coletiva e	02 anos

				saúde da família; mestrado (em andamento).	
M4P3	F	Não Informado	Superior completo não informado curso	Não informado	03 anos
M5P1	F	45	Pedagoga	Especialização em Educação Especial; Especialização em Educação Infantil.	13 anos
M6G1	M	46	Odontólogo	Especialização em endodontia; Especialização em implantodontia; Especialização em saúde coletiva.	05 anos
M7P1	M	56	Ensino Médio.	Não possui	02 anos e 05 meses
M8P1	M	76	Ensino Fundamental	Não possui	25 anos
M9G1	F	56	Enfermeira – Diretora Geral da Secretaria de Saúde.	Habilitação em saúde pública; Mestrado profissionalizante de gestão em serviços de saúde.	20 anos

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2023.

Os municípios participantes da pesquisa são bastante distintos em se tratando do porte, bem como da organização de gestão municipal, fatores que interferem diretamente na composição das equipes de saúde e seus processos de trabalho. Os resultados sobre a implementação e atuação das equipes multiprofissionais demonstraram que pouco mais da metade dos municípios pesquisados não possuem equipes multiprofissionais cadastradas no CNES.

Nos municípios de maior porte, observou-se maior qualificação tanto dos gestores quanto dos coordenadores de APS, fato que contribui para inserção do trabalho multiprofissional. Em se tratando de investimento em APS, maiores gastos financeiros não se mostraram decisivos para efetivação do trabalho multiprofissional.

Os vínculos profissionais mais robustos (estatutários) também estão associados a presença de equipes multiprofissionais, o que aparece nos municípios de grande porte.

5.2 ATUAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS, NA VISÃO DOS GESTORES.

Com vistas a direcionar de maneira mais objetiva os gestores e coordenadores sobre o trabalho multiprofissional, para entrevista, optou-se por utilizar a nomenclatura “NASF”, uma vez que é uma política pública de mais fácil reconhecimento e, no senso comum, representa a multiprofissionalidade.

Os dados apresentados no Quadro 2, sobre o cadastro das E-Multi no CNES, demonstra que cinco municípios não têm estas equipes cadastradas. No entanto, isso não significa que esses municípios não possuam os profissionais necessários para desenvolver o trabalho multiprofissional, uma vez que há o cadastro de ao menos uma categoria profissional da E-multi, vinculado junto a ESF, conforme apresentado no Quadro 3, o que pode caracterizar uma forma alternativa na formação desses coletivos.

Esse resultado é corroborado nas falas, conforme os excertos a seguir:

Não (sobre ter a Equipe NASF), acho que eles tentaram implantar na gestão anterior, mas acabou que não deu certo, mas a gente tem alguns profissionais que tinham sido contratados para a equipe multidisciplinar. Então, a gente tem psicólogos, fisioterapeutas, assistente social(...) (G2).

Não (sobre ter equipe NASF). (...) A gente trabalha diferente, aqui dentro do posto tem, tem a nutricionista, tem a psicóloga, a fisioterapeuta que atende em um outro local...(C8).

No momento, não, (não tem equipe NASF) mas a gente manteve os profissionais que estavam no NASF (G7).

Mesmo com a extinção do repasse do financiamento federal, à época da pesquisa, e diante do cenário desfavorável para manutenção dos profissionais da E-multi, muitos municípios optaram por manter os profissionais da equipe extinta ou os contrataram, mesmo sem nunca terem tido esse programa cadastrado. Isso indica a relevância que esses profissionais conquistaram ao potencializar o cuidado oferecido na APS, de maneira a contribuir o objetivo de aumentar o escopo das ações da Estratégia Saúde da Família.

Na verdade, eu vejo eles, um ponto chave (...). (G2)

Eles eram muito...agregavam muito ao processo de trabalho. (C3)

(...) equipe multiprofissional, eles que nos amparam em várias situações. (G4).

Era importante porque eles completavam o que a gente não conseguia dar para a população (...). (C5)

(...) a gente não saberia trabalhar de outra maneira, principalmente pelo trabalho multiprofissional, o olhar multi, a importância de cada um da equipe, a importância de cada membro da equipe (...). (AC9).

A forma de atuação multiprofissional, até então incentivada pelo Governo Federal, eram as Equipes NASF, que tinham como diretrizes: composição profissional mínima, carga horária preconizada, e uma lógica de trabalho denominada apoio matricial, composta de duas vertentes, as quais os profissionais a elas cadastrados, deveriam desenvolver no âmbito de suas atuações. São elas: o clínico assistencial e o técnico-pedagógico. Diante disso dos quatro municípios com cadastros ativos no CNES, para essas equipes, apenas nos dois municípios de maior porte, os entrevistados relataram suas equipes atuando de maneira aproximada ao modelo acima citado.

Se a gente for falar em porcentagem, eles trabalham 50% nesse apoio (apoio matricial) e 50% clínico (atendimento clínico). (G6).

(...) trabalham nessa mesma lógica, nesse modelo. (AC9).

Porém a realidade reportada pelos entrevistados dos municípios de pequeno porte, em maior parte, é diferente do preconizado.

(...) o NASF não trabalha como NASF. Nunca que a gente conseguiu que eles fizessem atendimento em grupo. (C4).

(...) numa cidade maior, como você tem o profissional, você utiliza ele para apoio, mas aqui nunca foi. Em cidade pequena, nunca foi. Em cidade pequena o NASF veio para atender paciente, é a realidade. (G7)

Atende individual. (C8).

Uma visão bastante comum dos atores sobre o trabalho das equipes NASF está relacionada aos trabalhos em grupos com os usuários da APS. Essa visão também foi apresentada ao serem indagados sobre o tipo de trabalho realizado pela equipe multiprofissional, utilizando a nomenclatura NASF. Os entrevistados relacionaram como responsabilidade dessas equipes, a realização de grupos para prevenção, promoção e educação em saúde para população.

Ele atende mais grupo, o NASF. (AG1).

Tem o grupo de gestantes que a gente faz multiprofissional (...). (C8).

Precisa se deslocar pela comunidade para ver um grupo gestante, um grupo de hipertensão (...). (C2).

(...) e eles têm orientação para formação de grupos (...). (C6).

Os mesmos apontam inclusive motivos os quais a proposta NASF não alcançou sucesso em sua implantação e implementação, seja no nível municipal ou federal. Uma das causas seria que nenhuma das partes envolvidas, compreendeu o processo de trabalho do NASF, nem mesmo os próprios profissionais envolvidos e nem a população. Também foi referida que a escassez de capacitação sobre a proposta do modelo de trabalho das equipes multiprofissionais tenha afetado negativamente a adesão para a lógica matricial.

Então, os próprios profissionais do NASF, os profissionais da estratégia e a população não entendem muito isso aí (...).

Então, foi criado, não foi muito bem trabalhado e acabou se perdendo e por isso que não tem mais. (G6).

Foi citado também a falha no investimento financeiro das equipes como sendo de responsabilidade do gestor local que, em virtude do baixo financiamento oferecido pelo município, as equipes multiprofissionais não atenderam as necessidades de saúde da população.

Por que não deu certo? O valor que vinha era o que a prefeitura pagava para os profissionais e, por exemplo, por aquele valor ser pequeno, a carga horária deles era mais baixa. Então, não atendia a necessidade da população. (C5).

Outro motivo, determinante nos processos de trabalho das equipes multiprofissionais está na atuação dos indivíduos que as compõem, os quais muitas vezes, em virtude do processo de formação ancorado no modelo uniprofissional, biomédico e curativista, replicam essas ações em detrimento da promoção e prevenção de saúde.

Nunca que a gente conseguiu que eles fizessem atendimento em grupo. Principalmente psicologia. Os psicólogos falam que não... vish, vou ter que atender. (C4).

(...) e os profissionais são formados na faculdade para atender individual, umas categorias então, psicólogo, fisioterapeuta, tudo para atender individual. (C9).

Os dois maiores municípios participantes da pesquisa possuem equipes de residentes multiprofissionais atuando em suas unidades básicas de saúde. Um deles em parceria com uma Universidade e outro que possui a residência municipalizada, ou seja, vinculada à gestão de saúde municipal. A existência dessas equipes de residência, que ampliam a oferta dos profissionais da equipe multiprofissional, entre muitas explicações podem estar atreladas à importância desse trabalho percebida e conseqüentemente cobrada tanto pela população quanto pela visão dos gestores e coordenadores.

Nós temos a residência multiprofissional, essa residência está inserida em seis UBSs. Então, das nossas 30 UBSs, nós temos seis que acolhem profissionais da residência multiprofissional. São seis especialidades, nós temos enfermeiros, assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, dentistas. Então, é um programa que nós conquistamos em 2016 e temos tocado (...). (G6).

(...) além das dez equipes NASFs, com servidores, nós temos mais duas equipes que são modelo residência, em parceria com a universidade (...). (AC9).

Ter equipes multiprofissionais cadastradas no CNES, não configura ou garante a execução do trabalho multiprofissional. As falas das entrevistas apresentaram características de suas equipes, seus processos de trabalho, bem como pontos favoráveis e desfavoráveis à execução dessa prática.

As equipes multiprofissionais possuem características distintas nos municípios que vão ao encontro das necessidades de saúde locais, com elementos como, o trabalho em grupo e reuniões de equipe, que configuram, em alguma, medida o trabalho multiprofissional. Parte dos entrevistados reconhecem os grupos como a principal atividade da equipe multiprofissional.

Um aspecto de distinção entre municípios de grande porte e pequeno porte participantes da pesquisa é a forma de atuação das equipes multiprofissionais. Nos municípios de grande porte há uma prática mais próxima dos modelos NASF, reconhecida e afirmada pelos atores, enquanto na maioria dos municípios de pequeno porte os entrevistados afirmam que os profissionais atuam principalmente com foco no atendimento individual.

Alguns atores percebem que a proposta NASF não alcançou a efetividade desejada, e apontam fatores como a falta de financiamento local das equipes, a dificuldade de compreensão da população e dos próprios profissionais dos processos de trabalho da metodologia NASF, bem como a formação acadêmica dos profissionais, como causas desse insucesso.

Um achado bastante positivo, foi a convergência relatada nas entrevistas em torno da importância das equipes multiprofissionais em seus municípios, avaliando as intervenções como agregadoras no cuidado de seus indivíduos e não apenas como complemento de práticas hegemônicas. A presença de equipes multiprofissionais de residência em dois municípios reforça a importância que essas equipes assumiram em seus municípios.

5.3 ASPECTOS LIMITANTES AO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

A existência efetiva do trabalho multiprofissional envolve diversos elementos: pessoais, profissionais e de condições de atuação que precisam estar presentes, de modo a favorecer o desenvolvimento dessa prática. Ao analisar as entrevistas, alguns fatores relacionados à efetivação da atuação multiprofissional despontaram como elementos comuns aos municípios participantes.

A formação acadêmica foi um aspecto ampla e abertamente exposto, como ponto negativo na capacidade de atuação dos profissionais que atuam no SUS para o desenvolvimento de inúmeros processos de trabalho, entre eles a execução do trabalho colaborativo, que necessita tanto de formação e compreensão quanto de disposição para ser efetivado.

(...) assim que supera tudo é a formação. Os profissionais que estão vindo está dando desgosto até. (...) Olha, no geral, a gente vê que infelizmente decaiu muito a formação, a cobrança. (...) e cada vez está se formando pessoas que não tem um mínimo de conhecimento, de competência (...). (G2).

(...) eu aponto como grande problema é a formação desses profissionais. (G6).

(...) gente com uma formação bem desvinculada do que está (na realidade). (G9).

Uma característica recorrentemente citada como parte do perfil de trabalhadores, foi o baixo comprometimento e interesse na execução de suas atividades.

(...) a gente identifica déficit de profissionais capacitados comprometidos. Porque não basta o profissional ser capacitado, ele tem que estar comprometido com aquela causa (...). (C1).

O profissional, o interesse do profissional. Têm profissionais e profissionais. Tem gente que é muito bom, tem gente que fala, "Não queria estar nem na saúde". (C5).

Uma coisa que é muito complicada é a questão do perfil do profissional que atende na atenção básica. (...) tem profissional que vem trabalhar por conta da questão financeira, ele não tem perfil para aquilo ali, a gente não consegue mudar isso aí, não consegue mudar a cabeça do profissional. Então, um grande desafio é isso aí, a parte humana do trabalho. (G6).

Para além dos aspectos dos profissionais que compõem as equipas de trabalho da APS, há interferências da sociedade que busca o atendimento de suas necessidades, por vezes sem atentar-se o suficiente nas propostas dos programas, utilizando de meios alternativos que acabam por desconfigurar as propostas de trabalho da APS.

Porque aqui, município pequeno, se falta o servidor no serviço, eles batem na porta do vereador, do prefeito, de todo mundo e vira um caos, vira uma questão política. (G3).

(...) cidade pequena é uma dificuldade muito grande porque uma coisa que você deixa de fazer já vira um tumulto (...). Se não atende, fala que está recusando, põem no Facebook, vai atrás de vereador. (C4).

A causa dessa interferência da sociedade civil, segundo os entrevistados, está associada à visão sobre o processo saúde-doença, uma visão biológica, curativa. Os usuários compreendem apenas uma forma de serem cuidados, que é através do atendimento clínico específico mediante a resolução de suas queixas, ou seja, voltados para os modelos curativista e medicocêntrico.

(...) ainda continua na cabeça das pessoas, a parte curativa, "Eu só vou ao médico quando eu estou doente. (C8).

(...) outro problema é a população (...) não avançou na questão da educação em saúde. (...) não avançou na parte de educação, promoção de saúde mesmo. (G6).

(...) a gente sabe que os pacientes eles ainda são centrados no serviço médico, e a equipe muitas vezes ela acaba se acostumando com isso (...). (AG8).

Muitas vezes essa cultura da população é reforçada pelo pensamento e atuação dos gestores e coordenadores de APS, que consideram como centro da efetivação da saúde, o médico e as propostas curativas.

Eu acho que o principal, no meu modo de entender, o principal é o médico, você tendo o médico, você forma a equipe e começa o atendimento, acompanhamento do paciente crônico. Então o principal é você ter um médico (...). (G8).

A forma de cuidado é outro ponto importantíssimo para efetivação do trabalho multiprofissional nos municípios, e a proposta curativa e o modelo

medicocêntrico são evidenciados em algumas afirmações. No entanto, outras falas transmitem a percepção da necessidade de mudança, em direção ao compartilhamento do cuidado entre os profissionais da equipe bem como o modelo de promoção e prevenção de saúde.

(...) eu venho buscando estratégias de tirar o médico como centro de referência de tudo (...). Então, falava assim, como eu vou tirar o foco do médico?'. (G2).

(...) não é mais médico centrado, mudou isso faz tempo, a gente já conseguiu consolidar isso, às vezes a população não consegue toda atingir esse... tirar o médico do centro, mas a gente enquanto equipe, tem plena certeza disso e passa com segurança ao paciente (...) (AC9).

O trabalho multiprofissional possui barreiras a sua efetivação já reconhecidas, algumas das quais têm estratégias de enfrentamento propostas, com vistas a mudança de práticas dos modelos de cuidados hegemônicos.

6 DISCUSSÃO

Os resultados analisados de maneira associada apontam para diversas condições capazes de interferir no desenvolvimento do trabalho multiprofissional, sejam eles individuais, coletivos ou administrativos.

O maior quantitativo de municípios de pequeno porte nesse estudo reflete a condição predominante no país onde 69% das cidades brasileiras possuem até 20 mil habitantes. Dos municípios pequenos, 1.324 (34%) têm até 5 mil habitantes, 1.171(30%) entre 5 a 10 mil habitantes e 1.366 (35%) cidades têm entre 10 e 20 mil habitantes (IBGE, 2022).

Ao relacionar os resultados de porte dos municípios com os gastos próprios e as despesas totais dos municípios em APS observou-se maiores gastos per capita nos municípios de pequeno porte, e ao contrário, os que menos dispenderam gastos foram os de grande porte. A diferença de valores obtidos por meio do SIOPS é bastante considerável, e quando descrita em números representa um gasto de 20 vezes maior do município de pequeno porte que mais dispense, comparado ao município de maior porte com menor gasto.

Araújo *et al* (2017) em seu estudo sobre gastos próprios dos municípios brasileiros com saúde, aponta como possíveis causas dessa disparidade de valores, os fatores relacionados com a realidade dos municípios de pequeno porte. Os autores apontam como causas: dificuldades como a captação de recursos, o recrutamento e a fixação de profissionais (principalmente médicos), a necessidade de subsidiar procedimentos de média e alta complexidade que precisam ser quase sempre contratados, dado o nível tecnológico local disponível, o que também aponta para uma falha no processo de regionalização dos serviços de saúde.

Em outro estudo que analisou o financiamento do SUS e a gestão orçamentária dos municípios da macrorregião norte do Paraná, observou-se que os municípios de pequeno porte, foram os que mais aumentaram sua participação no financiamento da saúde. Entre as causas do alto investimento estão: a insegurança na execução de recursos que são transferidos de maneira vinculada, a redução cada vez maior dos estados na provisão de recursos para APS e principalmente a incerteza nos repasses financeiros provenientes da

União, uma vez que são os que mais dependem dos recursos de transferências federais (GIACOMETTI *et al.*, 2023)

Outra possibilidade, é que as informações de execução orçamentária estejam disponibilizadas de maneira incorreta no SIOPS, uma vez que são informadas pelos próprios municípios e esses podem declarar equivocadamente recursos em blocos distintos dos determinados pelo governo federal, como apontado por estudo de David *et al* (2015). Ou seja, podem declarar na APS um gasto executado em outras áreas, como por exemplo, ações e serviços da média e alta complexidade. Há ainda a possibilidade de interferência nos valores per capita, relacionarem-se ao número de habitantes vinculados às equipes ESF, que recebem o mesmo valor de financiamento para atender uma população inferior numericamente nas equipes de ESF nos municípios menores, elevando assim o gasto per capita.

Os elevados gastos em APS não estão diretamente relacionados com investimentos nas equipes multiprofissionais, o que leva a inferir que também não são priorizadas ações de promoção e prevenção de saúde. Os dois municípios com as maiores despesas em APS, não possuem equipes NASF cadastradas, um deles se quer possui profissionais da equipe multi alocados com a ESF no CNES e o outro possui apenas cinco profissionais cadastrados no CNES, junto às ESF. Por outro lado, os dois municípios com os menores gastos em APS possuem equipes cadastradas na configuração NASF, bem como outros profissionais alocados junto com a ESF e contam ainda em seus serviços com equipe de residência multiprofissional.

Cabe assim destacar que no polo: alto gasto em APS/baixo quantitativo de E-multi, ambos são município de pequeno porte 1 e no polo oposto: baixo gasto em APS/elevado quantitativo de E- multi têm-se os dois municípios de grande porte. Esse contexto pode estar relacionado com a capacidade de gestão e demandas locais, bem como o grau de organização administrativa do setor de saúde. O estudo de Arcari (2020) aponta como possíveis razões da distinção das práticas de gestão entre municípios de pequeno e grande porte, a limitação à adesão aos programas propostos via Ministério da Saúde, e os processos decisórios atenderem a demanda de forma prioritária, em detrimento de um parecer do colegiado técnico administrativo, como ocorre nos municípios

de maior porte.

Outro estudo sobre os municípios de pequeno porte destaca a hegemonia do modelo biomédico nessas localidades como fator agravante ao enfrentamento de problemas da gestão principalmente na proposição de mudanças no modelo de atenção. Em comparação com municípios de maior porte, os pequenos possuem complicações como: menor capacidade técnica da equipe gestora com problemas de desenvoltura para propor soluções efetivas ao financiamento insuficiente associado a questões como a menor densidade demográfica e poder aquisitivo reduzido da sua população, como desafios à gestão de saúde local (PINAFO *et al.*, 2020).

Tem-se ainda como possível explicação para essa realidade encontrada, a de que os municípios de pequeno porte, para além de maiores dificuldades em captar recursos, atraírem profissionais e fixá-los e suas localidades, elevam seus gastos per capita em cobertura e contratação de serviços de maiores densidades tecnológicas para atenderem as demandas de saúde de sua população (ARAÚJO *et al.*; 2017, DAVID *et al.*; 2015).

O aumento das despesas em APS não é sinônimo de alto desempenho e eficiência dos serviços de saúde prestados, como constatado nos estudos de Santos e Crozatti (2023) e KASHIWAKURA *et al.* (2021). Para esses autores, a capacidade de gestão e os processos gerenciais da saúde são imprescindíveis para garantir a efetividade. Ou seja, essa competência financeira está intimamente relacionada com o perfil da capacitação dos gestores, que será discutido mais a frente.

A distribuição das categorias profissionais mostrou-se convergente em todos os portes municipais. Fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e profissionais de educação física, nessa ordem constituem os maiores quantitativos e têm sua representatividade na maioria dos municípios. Ressalta-se que as equipes NASF, tem sua conformação determinada de acordo com as necessidades locais, respeitando o rol de profissionais que podem fazer parte das equipes (BRASIL, 2008). Onde não há presença do programa NASF, a escolha das categorias profissionais é determinada de acordo com o contexto local.

As características acima citadas, também se refletiram em outra

pesquisa, que justificou as prevalências desses profissionais, em decorrência dos problemas de saúde frequentemente demandados na APS que são: saúde mental, doenças osteomusculares, principalmente crônicas, e cardiovasculares (VENDRUSCOLO, *et al*; 2020)

As modalidades de contratação dos profissionais das equipes multi aqui encontrados, mostram que, do total geral, metade desse quantitativo está na categoria de “vínculos frágeis” (prazo determinado, autônomos e residentes) com destaque para os municípios de pequeno porte que, para além de possuírem poucos trabalhadores, têm modalidades de contratação que não garantem estabilidade. O baixo quantitativo de profissionais da multi e a fragilidade dos vínculos nesses municípios afetam diretamente o trabalho multiprofissional, o qual se estabelece na presença e atuação colaborativa de diferentes categorias profissionais (BRASIL, 2008).

A autonomia dos gestores locais, proveniente do processo de descentralização também deve ser considerada como parte relevante na formação das equipes multi e desenvolvimento desse modo de atuação, uma vez que possuem liberdade na decisão e contratação dos profissionais, bem como o direcionamento das políticas públicas em concordância com sua discricionariedade (LAVALLE *et al.*, 2019).

Outro aspecto que chama a atenção é a quantidade de profissionais alocados na categoria residentes, presente em um dos municípios de grande porte, que supera em números absolutos a quantidade de profissionais estatutários das equipes NASF. Essa situação demonstra que o município pode estar utilizando os residentes em substituição aos profissionais contratados, o que de certa forma, pode comprometer o processo formativo. Dois estudos de 2019 relatam a descaracterização do processo formativo e a sobrecarga dos profissionais residentes como uma das causas de estresse (MARTINS *et.al*, 2019; SILVA; MOREIRA, 2019).

Ainda em relação ao trabalho multiprofissional a ser desenvolvido pelos residentes com o território, é necessário pontuar a importância da criação de vínculos nos processos de trabalho da APS, tanto com as equipes apoiadas como com a população, o que em certa medida será afetado, uma vez que a rotatividade de profissionais é parte da metodologia da residência (REEVES *et.*

al., 2010), o que também ocorre com as demais formas de vinculação com exceção dos estatutários.

Outro município de grande porte se destaca em virtude da robustez de seus vínculos, com 73% de seus trabalhadores das equipes multiprofissionais alocados na categoria estatutário. Esse cenário reflete favoravelmente a manutenção do trabalho em equipe, considerando que à época da pesquisa essa política não contava com financiamento federal. A suspensão dos repasses financeiros levou a dispensa de profissionais com vínculos fragilizados em muitos municípios, ou alteração nos processos e na organização do trabalho dos profissionais da multi, como apontado no estudo de Lopes (2022), que ademais foi realizado na mesma região desse estudo, conferindo melhor prerrogativa.

O perfil dos tomadores de decisão (coordenadores de APS e gestores municipais de saúde) encontrados no estudo refletem características nacionais. Predomínio de mulheres, acima de 40 anos, com formação da área da saúde (destaque para enfermagem) e com especialização como também relatado em outros estudos (CARVALHO *et al.*, 2020; NOVAES *et al.*, 2024, ARCARI *et al.*, 2020). Denota-se nos municípios estudados, a presença feminina como condutoras das agendas políticas bem como das ações e serviços prestados diretamente na APS. Na posição de gestoras, atuam por meio de planejamento e articulação política, e nas coordenações de APS, onde são a totalidade, conduzem as ações e serviços prestados diretamente para a população.

Os gestores de saúde dos municípios em termos gerais possuem nível de escolarização inferior ao dos coordenadores de APS, sendo que entre os gestores graduados, alguns possuem formação em outras áreas que não da saúde, distanciando os mesmos de um conhecimento mais abrangente sobre aspectos normativos do SUS, da APS e dos serviços de saúde. Estudos mostram que entre as justificativas para que cargos com poderes decisórios na saúde local sejam ocupados por profissionais com capacitação aquém da necessária, estão as indicações para cargos de confiança por interesse político, uma vez que o ator de maior influência sobre os gestores de saúde locais, são os prefeitos (OUVERNEY *et al.*, 2019; AGUIAR *et al.*, 2023).

Sendo assim, em nosso estudo ficou evidente que, em se tratando das

equipes multiprofissionais, os municípios os quais os gestores de saúde não possuem formação superior ou são graduados em outras áreas que não a da saúde, não há o cadastro das equipes nas bases de dados e contam com baixo quantitativo de profissionais das categorias multi. Esse resultado aponta para baixa valorização do trabalho dessas equipes, bem como possíveis limitações de conhecimento dos gestores sobre o cuidado preconizado pela APS.

A caracterização dos coordenadores de APS revela uma condição técnica superior, onde todos possuem graduação na área da saúde, com especialização e a maioria voltada a saúde coletiva, gestão e saúde da família. Estudo de Aguiar (2023), que entre os objetivos, pesquisou junto aos gestores o grau de priorização da APS em seus municípios, mostrou que o maior grau de escolaridade está diretamente associado à priorização da APS (78,5%). O mesmo se repete quando a escolarização diz respeito a especialização em áreas da saúde coletiva. Consequentemente, o menor grau de instrução leva os gestores a tenderem suas prioridades em outros níveis de atenção.

A formação dos coordenadores de APS do estudo favorece o desenvolvimento do trabalho da ESF, da clínica ampliada, do cuidado longitudinal e a compreensão do modelo de APS proposto. Esse preparo técnico existente possibilita uma maior conscientização desses gestores à compreensão e desenvolvimento do trabalho multiprofissional que oferece uma maior diversidade de conhecimentos para resolução das demandas territoriais e incremento nas propostas de cuidado da população (MACEDO DE SÁ *et al.*, 2021).

O fim do repasse financeiro federal para execução das equipes multiprofissionais à época da pesquisa, não trouxe repercussões consideráveis ao quantitativo de profissionais nos municípios amostrados e, principalmente, parece não ter alterado os processos de trabalho dos mesmos. Isso pode ser observado nas entrevistas com os gestores que, de modo indireto, relataram em suas falas como se davam as ações de suas equipes e profissionais em toda a trajetória, com e sem financiamento.

Contudo um estudo que descreveu a evolução do número de equipes NASF e vínculos profissionais após o fim do incentivo financeiro apontou um comprometimento das equipes no território nacional (NOBRE *et al.*; 2023).

Segundo os dados encontrados, a taxa de equipes NASF caiu em 17,2% em todo o país após o fim do financiamento federal. A região Centro-Oeste foi a mais afetada, com queda de 28,1% das equipes e a região Sul, foi a única das cinco regiões que manteve a estabilidade no período, com queda de apenas 0,93% no quantitativo das equipes. Esse dado pode indicar uma visão positiva dos gestores sobre o trabalho multiprofissional, uma vez que mantiveram equipes e profissionais, a despeito do repasse financeiro.

Mendonça *et al* (2023), analisou em seu estudo a influência das normativas federais brasileiras no período de 2017 a 2021, e a implicação das mesmas na organização das equipes de APS. No período citado, houve aumento do credenciamento das equipes multiprofissionais em todas as regiões, porém à partir de 2019 até 2021 verificou-se uma queda de 6,75% na homologação dos cadastros em todas as regiões com o fim do financiamento dessas equipes, com potencialidade de desmonte do trabalho multiprofissional.

As características das práticas multiprofissionais nos municípios foram obtidas por meio das entrevistas com gestores e coordenadores de APS, uma vez que o objetivo era observar a visão desses atores, seus conhecimentos e limitações quanto ao trabalho multiprofissional em suas localidades. Embora para melhor compreensão dos entrevistados, tenha sido utilizado a nomenclatura NASF, a pesquisa considerou análise da atuação multiprofissional na APS à partir da abordagem contingencial proposta por Reeves (2010).

Esse modelo propõe um espectro de atuação das equipes que vai desde o mais completo e complexo trabalho em equipe, passando pela prática interprofissional colaborativa, a colaboração no âmbito das equipes até a colaboração em redes com a comunidade e usuários. Dessa forma, as equipes podem transitar dentro espectro de acordo com as metas e necessidades dos propósitos a que devem servir. Sendo assim, de acordo com o modelo citado, a atuação das equipes multiprofissionais está presente em sete municípios que relataram em alguma medida a prática de trabalho multiprofissional, que se desenvolve de acordo com as necessidades e particularidades locais.

Para os gestores entrevistados, o aspecto preponderante para limitação do trabalho e da atuação multiprofissional está na formação

acadêmica e conseqüentemente a isso, o perfil desses profissionais de saúde com práticas desvinculadas das necessidades do SUS. As lacunas na formação favorecem o foco tecnicista, curativo e medicocêntrico, que. Essa negligência práticas de trabalho em equipe, criação de vínculos e relações interpessoais queixa é antiga e recorrente, como observado em diversos trabalhos (SHIMIZU; FRAGELLI, 2016, SANTOS *et al.*, 2017, NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019, ARCE; TEIXEIRA, 2017; MACEDO DE SÁ *et al.*, 2021).

Diante da insuficiência formativa e da inserção desses profissionais nos postos de trabalho no SUS, o papel do gestor na remodelação desse perfil profissional torna-se essencial, por meio da oferta e incentivo da educação permanente. Aos gestores cabe reconhecer, incentivar e investir em capacitações e qualificações dos processos de trabalho no SUS, como forma de atenuar a falhas acadêmicas em busca de melhor assistência à sua comunidade (SANTOS *et al.*, 2017, NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019; BROCARDI *et al.*, 2018).

Martinez (2016), em seu estudo do processo de implantação de uma equipe NASF no município de Goiânia, elencou como elemento de impacto positivo nas condições de trabalho da equipe multiprofissional, o tempo de processo formativo dos profissionais, antes de iniciarem suas atividades efetivamente. Sobre o nosso estudo, os gestores não mencionaram oferta de capacitação de suas equipes e nem mesmo de incentivo a educação permanente.

Ainda se tratando dos trabalhadores das equipes multiprofissionais, os entrevistados apontaram como limitação para o trabalho, o baixo comprometimento e interesse no trabalho desempenhado na APS e, por conseguinte da atuação multiprofissional. Em 2010, um estudo analisou os padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na ESF, sendo eles o comprometimento organizacional (em relação ao empregador) e o comprometimento com o trabalho (identificação com as funções e tarefas desempenhadas).

A referida pesquisa apontou que aspectos de organização gerencial como setor responsável da gestão do trabalho e de pessoas afetam concomitantemente os padrões de comprometimento. Por exemplo, o incentivo

e a oferta de educação permanente incrementam a identificação do profissional com sua função, e fornecem ferramentas para construção da concepção do trabalho multiprofissional, bem como fortalece o vínculo com o empregador e melhora a perspectiva de carreira. Outro achado relevante relaciona-se com os vínculos empregatícios robustos, que melhoram a qualidade dos serviços (SANCHES *et al.*, 2010).

Na presente pesquisa houve o predomínio de modalidades de contratação com vinculação profissional fragilizada nos municípios de pequeno porte, onde o trabalho multiprofissional está menos presente. Os gestores não demonstraram percepção de suas potencialidades e poder de intervenção para consolidação da multiprofissionalidade

Associado às dificuldades de envolvimento com o trabalho, a resistência de parte dos profissionais em atuar na promoção e prevenção de saúde, ou seja, exercerem práticas que afastam do trabalho curativista também é apontada pelos gestores como um aspecto limitante para a multiprofissionalidade. Novamente a formação profissional protagoniza a possibilidade de mudança inclusive de aspectos culturais das profissões da área da saúde, em direção à proposta de uma atuação profissional mais colaborativa (VENDRUSCOLO; HERMES; CORRÊA, 2020).

A existência de equipes de residência multiprofissional nos dois municípios de grande porte, os quais apresentaram na pesquisa baixo investimento financeiro em APS, porém em contra partida, possuem uma melhor organização e atuação nos moldes multiprofissionais, pode ser percebida como uma estratégia de educação permanente e indutora de novas práticas de atuação. A convivência diária de residentes e trabalhadores da APS ao mesmo tempo em que capacita o profissional estudante, estimula o conhecimento teórico e promove mudanças de atitude no trabalhador (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015)

A presença diária dos profissionais residentes, a facilidade de acesso à eles, a observação de suas atuações na prática dos serviços de saúde favorece o trabalho coletivo, fortalece as ações de saúde voltadas ao cuidado familiar por meio da ampliação das relações teoria-prática vivenciadas diariamente. O programa de residência tem potencial inclusive de aproximar os

gestores dos processos de trabalho da APS (DOMINGOS *et al.*, 2015; LIMA *et al.*, 2021).

As normativas que regem o trabalho multiprofissional na APS também são consideradas obstáculos para consolidação desse tipo de atuação. A dificuldade de engajamento em uma nova metodologia, o impasse do alinhamento conceitual, e pouca clareza da proposta matricial levam a produção de diferentes conformações de equipes multiprofissionais (NASCIMENTO *et al.*, 2018; MAZZA *et al.*, 2020). A baixa compreensão do modelo de trabalho advém dos profissionais envolvidos, dos gestores e da população, que ainda compreendem como cuidado a metodologia curativista (SANTOS *et al.*, 2017; ARCE; TEIXEIRA, 2017; CARRAPATO, *et al.*, 2018; MACEDO DE SÁ *et al.*, 2021).

Essa visão de cuidado hegemônico predominante da população afeta sobremaneira a atuação das equipes no formato multiprofissional, principalmente nos municípios de pequeno porte, como observado nas falas dos entrevistados. A pressão da demanda por atendimento especializado de maior densidade que pode ser ofertado pelos profissionais da equipe multi, leva a uma desconfiguração dos processos de trabalho dessas equipes, que veem suas agendas serem preenchidas com atendimentos individuais e de reabilitação em detrimento do cuidado familiar e da promoção de saúde (ARCE; TEIXEIRA, 2017; MELO *et al.*, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Para além das questões normativas e proposição de um modelo contra hegemônico de atenção, a baixa remuneração desses profissionais, ou seja, a contra partida municipal no incentivo financeiro federal, não foi substancial, em alguns municípios pesquisados, bem como contratos de trabalho fragilizados, esse já discutido anteriormente. Essa desvalorização favorece a rotatividade dos trabalhadores e cargas horárias insuficientes para realização do trabalho, que são fatores negativos na criação de vínculos com a população e equipe, bem como subaproveitamento da capacitação dos profissionais (MAZZA *et al.*, 2020).

A centralidade no conhecimento e importância da figura médica ficou evidente em determinada fala proferida por um dos entrevistados, o que representa em alguma medida o pensamento e a priorização de inúmeros

gestores e coordenadores da saúde. A priorização do biologicismo, e a medicalização das doenças prejudicam e por vezes impedem o trabalho multiprofissional, que visa a reorientação do modelo de saúde (SOUZA; MEDINA, 2018).

Em contrapartida a esse posicionamento, alguns entrevistados afirmaram buscar desviar a centralidade da figura médica, inserindo e valorizando as ações multiprofissionais, sendo assim observado um entendimento desses atores sobre os objetivos do trabalho na APS e familiarização com os princípios do SUS. A possibilidade de diversificar as formas de atuação junto ao indivíduo e comunidade, fortalecer a autonomia do cidadão por meio da educação em saúde e acolhimento, seja em grupo ou de maneira individual, com outros profissionais de saúde promove variação do enfoque médico. As estratégias apresentadas auxiliam a inserção da promoção de saúde no cuidado de forma a valorizar e proporcionar espaço para o trabalho multiprofissional (LIMA *et al.*, 2021; CARRAPATO, *et al.*, 2018).

Quando questionados sobre o trabalho das equipes multiprofissionais, a principal vinculação que os gestores observam é sobre a realização de grupos, possivelmente mais relacionado ao cumprimento das diretrizes do programa, do que como uma estratégia potente de rompimento com a lógica do cuidado hegemônico. Panizzi *et al* (2017) apontaram em seu estudo que a potencialidade das atividades em grupo vão além de atingir um número maior de pessoas. Os benefícios ampliam a oferta de serviços, retirando o foco do médico, melhora a qualidade de vida por meio da diminuição do uso de medicações e as idas dos usuários à UBS e possibilita inclusive a redução de encaminhamentos para outros níveis de atenção ao oferecer um cuidado mais abrangente das diversas condições de saúde da população.

Ante aos diversos reveses apontados, o trabalho multiprofissional conquistou seu reconhecimento e seu espaço, conforme relato da maioria dos entrevistados. Ao aplicar o modelo contingencial de trabalho multiprofissional foi possível observar por meio da visão dos gestores, as diferentes modalidades de arranjos desse trabalho, que ocorre de acordo com os contextos e necessidades tanto políticas como assistenciais de seus territórios. Panizzi *et al.* (2017), Mazza *et al* (2020) e Macedo de Sá *et al.* (2021)

observaram essas diferentes formas de atuação do trabalho multiprofissional, seja individual ou no coletivos, como uma potencialidade e otimização das prioridades de seus contextos de inserção.

Vale ressaltar que na época das entrevistas, o NASF havia sido excluído dos repasses de financiamento federal, com a publicação do Programa Previne Brasil (PPB), que redefiniu na ocasião a forma de financiamento da APS (BRASIL, 2019). As regras de transferência do PPB afetaram o trabalho multiprofissional com o descredenciamento de diversas equipes, e conseqüentemente os avanços alcançados na integralidade do cuidado (MATTOS *et al.*, 2022).

A despeito do desmonte provocado pelo PPB, os municípios estudados, em sua maioria ou mantiveram as equipes NASF cadastradas ou asseguraram alguns profissionais da multi inscritos na APS, associados com a ESF. Esses dados corroboram as falas dos atores sobre o reconhecimento dos mesmos em relação a importância do trabalho multiprofissional e a percepção de que esses profissionais contribuem de maneira a agregar no cuidado em saúde e não apenas complementam o trabalho produzido por meio da ESF.

A visão dos gestores em outros estudos sobre a relevância do trabalho multiprofissional apontou que a inserção de novos profissionais contribuiu positivamente em diversos aspectos. Houve aumento da abrangência e da oferta de cuidado, auxiliou na reorganização dos processos de trabalho da ESF, e por consequência a reorientação do modelo assistencial e ainda incrementou as ações de educação em saúde e educação permanente (LIMA *et al.*, 2021; PANIZZI *et al.*, 2017).

Diversos estudos trazem a experiência dos trabalhadores das equipes multiprofissionais relacionadas às práticas de seus gestores e a influência dessas nos processos de trabalho colaborativo. Os profissionais sentem-se desvalorizados e desamparados quando não são contemplados com espaço para reuniões de planejamento e alinhamento com os gestores onde teriam a possibilidade de aproximar esses atores de sua rotina e promover o reconhecimento da importância do trabalho coletivo (SANTOS *et al.*, 2016; NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019; LOPES *et al.*, 2022; SANTOS *et al.*, 2022).

O conhecimento do gestor sobre amplas perspectivas como: o modelo

de atenção preconizado pelo SUS, o trabalho multiprofissional, e as necessidades de sua população, permite o desenvolvimento do trabalho de sua equipe multiprofissional de maneira mais efetiva. Esse alinhamento fornece ao gestor bases sólidas para apoiar e assegurar a multiprofissionalidade, auxiliando inclusive na integração dos trabalhadores da APS de modo a reduzir os conflitos entre esses (ARCE; TEIXEIRA, 2017; CARRAPATO *et al.*, 2018; BENVINDO *et al.*, 2021).

Panizzi (2017) observou em seu estudo que um alinhamento político municipal (prefeito) e gerencial da saúde (gestores da saúde) bem como o engajamento desses atores com a reorganização dos processos de trabalho da saúde, com vistas a integralidade do cuidado, repercutiu positivamente na atuação das equipes multiprofissionais. As ações positivas dos gestores resultaram em definição de estratégias mais claras, gerenciamento e condução de processos institucional coparticipativos os quais viabilizaram a reestruturação do modelo de atenção. Isto posto, o desenvolvimento do trabalho multiprofissional bem como a qualidade da saúde, estão conectados com o apoio dos gestores municipais, os quais detém o poder decisório e a autonomia financeira para a condução dos processos.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) para equipes gestoras apresenta-se como uma estratégia positiva na ampliação das dimensões técnicas e políticas da atuação desses atores, com vistas a consolidação dos processos de trabalho no SUS, inclusive o das equipes multiprofissionais. Ferraz *et al* (2022) em seu relato sobre EPS aplicada a gestores com objetivo de aprimorar o conhecimento sobre as macrofunções gestoras, resultou em perspectivas positivas nos processos de gestão para superação de desafios e possibilidade de transformação das práticas hegemônicas.

Ante o exposto cabe ressaltar que os gestores aqui entrevistados, pouco ou quase nada falaram sobre suas atuações como agentes promotores das mudanças e incentivo ao trabalho multiprofissional. Seus apontamentos sobre as dificuldades com as equipes, com os profissionais, a população e processos de trabalho, não vieram acompanhados em suas falas de propostas que pudessem proporcionar mudanças positivas.

Sendo esses atores, os dirigentes da condução administrativa,

financeira e decisória, o fato de não apontarem estratégias de resolução, ou propostas de adequação podem demonstrar fragilidades e lacunas para além das que foram apontadas por meio dos entrevistados. Não foi possível identificar se os gestores não tem a percepção de sua corresponsabilidade, se desconhecem os mecanismos que podem lançar mão para modificar e potencializar o trabalho multiprofissional e o cuidado em saúde, ou se essas mudanças não estão elencadas como suas prioridades. Portanto, de acordo com os achados, os gestores e coordenadores podem não se reconhecer como elementos que contribuem para a efetivação do trabalho multiprofissional na APS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diferentemente de grande parte das pesquisas sobre o trabalho multiprofissional, que investigam os profissionais dessas equipes, suas dificuldades e potencialidades de atuação, nesse estudo pretendeu-se observar a partir da perspectiva do gestor de saúde e dos aspectos organizacionais dos municípios, como a multiprofissionalidade se desenvolve ante a influência de características da gestão local.

No que diz respeito aos aspectos organizacionais e administrativos, o maior porte dos municípios contribuiu para a multiprofissionalidade. Os municípios de grande porte possuem equipes e processos de trabalho mais colaborativos e proposta de mudança do modelo de cuidado, com modalidades de contratação mais robustas e contam ainda com equipes de residência multiprofissional que potencializam essa perspectiva da clínica ampliada. Associado ao maior porte municipal está a capacidade de organização e gestão administrativa dos setores de saúde, que respondem a departamentos administrativos técnicos e hierárquicos, e não apenas às demandas individuais da população, oportunizando a atuação multiprofissional.

Os municípios de pequeno porte, além de terem modalidades de contratação mais frágeis, destacaram-se também por apresentarem um elevado gasto próprio das despesas totais em APS em oposição, aos de grande porte, cujo gasto per capita em APS foi menor. Porém, o alto gasto em APS não se mostrou determinante para a existência de equipes multiprofissionais na APS ou da multiprofissionalidade nas pequenas localidades.

Embora o financiamento federal das ações propostas para APS seja fator preponderante para existência de equipes multiprofissionais, a maioria dos municípios mantiveram as equipes, ou profissionais da multi agregados à ESF, a despeito do fim do repasse federal à época da pesquisa. Pôde-se perceber a importância que essas equipes alcançaram desde sua criação em 2008, reconhecida por depoimento dos entrevistados.

A formação acadêmica dos gestores e coordenadores de APS na área da saúde mostrou relação positiva com a presença de equipes ou profissionais

da multi, bem como trabalho colaborativo em alguma medida, conforme relatado por eles nas entrevistas. Em oposição, naqueles municípios em que os gestores da saúde não possuíam graduação ou eram graduados em outras áreas, se mostraram favoráveis ao modelo curativista e medicocêntrico.

Os entrevistados apontam como fatores limitantes ao trabalho multiprofissional, quando relacionados aos profissionais: a formação acadêmica desvinculada das necessidades do SUS e o baixo comprometimento dos profissionais com o trabalho. Como limitação da execução desse formato de atuação, foi mencionada a dificuldade de compreensão do modelo matricial, por parte de todos os envolvidos (gestores, coordenadores, profissionais da APS e população), associada a visão hegemônica do cuidado voltada à atenção curativa.

A execução do trabalho multiprofissional nos municípios apresentou características distintas que puderam ser enquadradas em alguma medida, embora superficialmente, ao modelo contingencial de trabalho em equipe, proposto por Reeves. Merece destaque a forma de atuação das equipes multiprofissionais, nos municípios de grande porte, que atuam com maior proximidade do modelo NASF, reconhecida e afirmada pelos atores, enquanto na maioria dos municípios de pequeno porte, os entrevistados afirmam que os profissionais atuam principalmente com foco no atendimento individual.

Essa pesquisa mostrou como limitação, o fato de não ter ouvido os profissionais da APS e não ter observado a execução do trabalho das equipes multiprofissionais, o que possibilitaria verificar o nível de multiprofissionalidade associadas com as práticas dos gestores e coordenadores de APS, bem como identificar as possíveis lacunas provenientes de ambos os lados na efetivação do trabalho multiprofissional. Assim, cabem estudos que possam se aprofundar na abordagem bilateral, com propostas de associar pesquisa e processo formativo.

Embora seja reconhecida a influência gerencial dos gestores e coordenadores na atuação das diferentes equipes na APS e seus processos de trabalho, entre elas as equipes multiprofissionais, observou-se que, esses atores podem não se reconhecer como parte essencial para concretização do trabalho multiprofissional. Suas observações sobre os impasses da

multiprofissionalidade apontaram recorrentemente para outros indivíduos e aspectos, sem qualquer menção a possíveis fragilidades de gerência e pouco citaram estratégias de melhoria para efetivação do trabalho multiprofissional na APS.

Enfim, esse estudo contribuiu para compreender como os gestores veem o trabalho multiprofissional, quais os obstáculos para efetivação dessas ações e conseqüentemente os entraves para que se concretize a mudança do modelo de atenção à saúde. As mudanças recentes como a retomada do financiamento das E-multi e a nova política de co-financiamento federal da APS apresentam-se como elementos favoráveis ao trabalho multiprofissional. De posse dessas informações, recomenda-se aos gestores e coordenadores de APS, que são os tomadores de decisão, uma maior reflexão sobre o processo de execução do trabalho multiprofissional na APS e quais estratégias poderiam ser adotadas para alterar suas realidades locais.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.20, p. 905-916. 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.
- AGUIAR, V. R.; CABREIRA, F. D. S.; RITTER, F.; CELESTE, R. K. Quais aspectos influenciam a priorização da Atenção Primária à Saúde pelos gestores municipais do Rio Grande do Sul - Brasil? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 197–208, jan. 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.00182022>.
- ALMEIDA, M. H. T. de. Recentralizando a federação? **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 29–40, jun. 2005. <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100004>.
- ALMEIDA, E. R.; DE SOUSA, A. N. A.; BRANDÃO, C. C.; DE CARVALHO, F. F. B.; TAVARES, G.; SILVA, K. C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018. DOI [10.26633/RPSP.2018.180](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180). Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49559>. Acesso em: 7 jan. 2024.
- ALMEIDA, E. R. D.; MEDINA, M. G. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, p. e00310820, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00310820>.
- ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, Á. C. D. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, p. e290405, 2019.

<https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290405>.

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 953–963, mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>.

ARCARI, J. M.; BARROS, A. P. D.; ROSA, R. D. S.; MARCHI, R. D.; MARTINS, A. B. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 407–420, fev. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>.

ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 228–240, set. 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s317>.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17–26, jun. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003>.

BENVINDO, V. V.; NUNES, L. C.; ALMEIDA, N. A. V. NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: FORMAÇÃO E ATUAÇÃO EM SAÚDE. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 3, p. 129–141, 21 dez. 2021. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n3p129-141>.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 683–702, 19 mar. 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122>.

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**, v. 28, n. 3, 8 out. 2018. DOI [10.1590/s0103-73312018280310](https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280310). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300605&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.065, de 04 de julho de 2005**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.187, de 13 de julho de 2005**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.269, de 03 de agosto de 2005**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº648, de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, 2008.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio ao Saúde da Família : volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília; 2014 (Caderno 39).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Brasília, 2019.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília 2020.

_____. Tribunal de Contas da União. **Referencial de Controle de Políticas Públicas**. Brasília. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 99, de 07 de fevereiro de 2020**. Brasília, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021**. Brasília, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023**. Brasília, 2023.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 10/2023-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS**. Brasília 2023;

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024**. Brasília, 2024.

BROCARD, D.; ANDRADE, C. L. T. D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, S. M. L. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 130–144, set. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s109>.

CARRAPATO, J. F. L.; CASTANHEIRA, E. R. L.; PLACIDELI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 518–530, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170012>.

CARVALHO, B. G.; NUNES, E. de F. P. de A.; CORDONI JUNIOR, L.; CARVALHO, B. G. (Orgs.). **Gestão da saúde em pequenos municípios: o caso do norte do Paraná**. Londrina, PR: Eduel, 2018.

CARVALHO, B. G.; NUNES, E. de F. P. de A.; SILVA, A. S. da; MARQUES, J. F.; SANTINI, S. M. L.; ANDRADE, S. K. A. V. Organização da Atenção Primária à Saúde e papel dos gestores do Sistema Único de Saúde. *In*: PEREIRA, A. M. M. **Financiamento e organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil: mudanças e tendências nas regras federais do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2022. Pág. 23-55.

CARVALHO, A. L. B. D.; OUVENEY, A. L. M.; CARVALHO, M. G. O. D.; MACHADO, N. M. D. S. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 211–222, jan. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29312019>.

DAVID, G. C.; SHIMIZU, H. E.; SILVA, E. N. D. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 232–245, 1 dez. 2015. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005512>.

DA SILVA, Sara Pereira; CROZATTI, Jaime. Eficiência dos gastos públicos com atenção básica à saúde: uma análise do desempenho dos municípios de São Paulo no ano de 2018. *In*: **Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC**. 2020.

DIAS, G.; CARLOS DIAS, L. OS SEIS PILARES DO FEDERALISMO FISCAL

BRASILEIRO. **CADERNOS DE FINANÇAS PÚBLICAS**, v. 21, n. 02, 16 set. 2021. DOI [10.55532/1806-8944.2021.107](https://doi.org/10.55532/1806-8944.2021.107). Disponível em: <https://publicacoes.tesouro.gov.br/index.php/cadernos/article/view/107>. Acesso em: 26 ago.2023.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. D. F. P. D. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1221–1232, dez. 2015. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>.

D'AMOUR, Danielle et al. Um modelo e tipologia de colaboração entre profissionais em organizações de saúde. **Pesquisa em serviços de saúde BMC**, v. 1-14, 2008.

ELAZAR, D. J. **Federalism: an overview**. Pretoria: HSRC Publishers, 1995.

FERRAZ, E. D. M.; MENDONÇA, F. D. F.; CARVALHO, B. G.; SANTINI, S. M. L.; ALMEIDA, E. D. F. P. D.; SILVA, J. F. M. D.; ANDRADE, S. K. A. V. A interdisciplinaridade na construção da Educação Permanente em Saúde com equipes gestoras. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe6, p. 217–227, 2022. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e619>.

FLICK, Uwe. **Qualidade na Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, Bookman, 2009b.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F.L. Efeitos Recíprocos Entre Federalismo e Políticas Públicas no Brasil: Os Casos dos Sistemas de Saúde, de Assistência Social e de Educação. *In*: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A.P. de. **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil**. 1ª Edição. Fiocruz Editora, 2013.

GADAMER, H.G. Verdade e Método II. Petrópolis: Vozes, 2002.

GIACOMETTI, L. C. T. F.; CARVALHO, B. G.; MARQUES, J. F. S.; MENDONÇA, F. D. F. FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DE MUNICÍPIOS DO NORTE DO PARANÁ. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, v. 21, n. 10, p. 15933–15954, 13 out. 2023. <https://doi.org/10.55905/oelv21n10-078>.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D.; ALMEIDA, P. F. D.; ESCOREL, S.; SENNA, M. D. C. M.; FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L. T. D.; CUNHA, M. S. D.; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783–794, jun. 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em nov. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos municípios brasileiros: 2017: Pesquisa de informações básicas municipais**. Rio de Janeiro. 2017.

ISMAEL, R. **Governos estaduais no ambiente federativo inaugurado pela Constituição Federal de 1988: aspectos políticos e institucionais de uma atuação constrangida**. 1907 Textos Para Discussão. Rio de Janeiro. 2013.

Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2569/1/TD_1907.pdf . Acesso em 27 ago. 2023.

KASHIWAKURA, H. K.; GONÇALVES, A. D. O.; AZEVEDO, R. R. D.; NUNES, A.; SILVA, C. A. T. Retrato da atenção básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 2, p. 3397–3408, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.37112019>.

LAVALLE, A. G.; RODRIGUES, M.; GUICHENEY, H. Agência local e indução federal: a operação da política municipal de habitação em Recife e Curitiba.

Revista de Sociologia e Política, v. 27, n. 71, p. e003, 2019.

<https://doi.org/10.1590/1678-987319277103>.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. D. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde.

Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 1, p. 197–203, fev. 2004.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100036>.

LIMA, A. W. B.; ARRUDA, G. M. M. S.; FROTA, A. C.; MACENA, R. H. M.; PONTES, R. J. S. Implantação e implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: residência multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de efetivação das políticas públicas do SUS. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 24 ago. 2021. DOI [10.18569/tempus.v12i2.2529](https://doi.org/10.18569/tempus.v12i2.2529).

Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2529>.

Acesso em: 9 jun. 2024.

LOPES, W. P.; CARVALHO, B. G. Práticas colaborativas em unidades básicas de saúde e o papel da gerência. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 10, n. 2, p. 154–169, 1 jun. 2022.

<https://doi.org/10.18554/refacs.v10i2.5414>.

LOPES, W. P.; CARVALHO, B. G.; SANTINI, S. M. L.; MENDONÇA, F. D. F.; MARTINS, C. P. Contexto sociopolítico e a organização da força de trabalho e oferta de serviços da Atenção Básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 21, p. e02005221, 2023. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs02005>.

LOPES, L. M. V.; ARCE, V. A. R.; AMORIM, K. P. C. Trabalho compartilhado entre o Nasf-AB, gestores e equipes de referência: implicações para a prática matricial. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 67–81, 31 dez. 2022. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n4.a3758>.

MACEDO DE SÁ, S. C.; COSTA DOS SANTOS, E. A.; BRITO DA SILVA, N.; DE CAMPOS CHAVES, B. S.; SOARES LIRA, S. C. Desafios e potencialidade da atuação da equipe multiprofissional na atenção primária em saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 61, p. 4918–4929, 1 fev. 2021.

<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i61p4918-4929>.

MARQUES, E.; ARRETCHE, M. CONDICIONANTES LOCAIS DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE. **Caderno CRH**, v. 16, n. 39, 2003. DOI [10.9771/ccrh.v16i39.18637](https://doi.org/10.9771/ccrh.v16i39.18637). Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/18637>. Acesso em: 26 dez. 2023.

MARTINEZ, J. F. N.; SILVA, M. S.; SILVA, A. M. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 95–106, set. 2016. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611007>.

MARTINS, Juliana; KUSS, Cristine; WÜNSCH, Dolores Sanches. A precarização dos Programas de Residência em Saúde: uma faceta da tentativa de desmonte do SUS. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 81-95, 2019. Disponível em:

<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1767> .

Acesso em 08 mai. 2024.

MATTOS, M. P. D.; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. D. S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3503–3516, set. 2022.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01472022>.

MAZZA, D. A. A.; CARVALHO, B. G.; CARVALHO, M. N. D.; MENDONÇA, F. D. F. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. e300405, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300405>.

MELO, A. J. M.; CAVALCANTE, D. L. Federalismo Fiscal e Gestão Associada de Serviços Públicos. **Revista da Faculdade de Direito**, v. 34, n. 1, p. 21-41, 2013. Disponível em:
https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11835/1/2013_art_ajmmelo.pdf. Acesso em 26 ago. 2023.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. D.; OLIVEIRA, J. R. D.; ANDRADE, G. C. L. D. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, set. 2018a.
<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s103>

MELO, E. A.; MIRANDA, L.; SILVA, A. M. D.; LIMEIRA, R. M. N. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 328–340, set. 2018b.
<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s122>.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, 2014. DOI [10.5935/0103-1104.20140079](https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079). Disponível em:
<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140079>. Acesso em: 11 jan. 2024.

MENDONÇA, F. D. F.; LIMA, L. D. D.; PEREIRA, A. M. M.; MARTINS, C. P. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 13–30, 2023.
<https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>.

MENEZES, E. L. C. D.; SCHERER, M. D. D. A.; RAMOS, F. R. S. Influência do trabalho multiprofissional na produção do cuidado e acesso na atenção primária à saúde. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 3, p. 342–352, maio 2018.
<https://doi.org/10.1590/1982-0216201820319017>.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77–92, mar. 2014.

<https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. 14^a ed. São Paulo : Rio de Janeiro: HUCITEC, 2014.

NASCIMENTO, C. M. B. D.; ALBUQUERQUE, P. C. D.; SOUSA, F. D. O. S.; ALBUQUERQUE, L. C. D.; GURGEL, I. G. D. CONFIGURAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO EM NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO INTEGRAL. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1135–1156, 2 ago. 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00154>.

NASCIMENTO, A. G. D.; CORDEIRO, J. C. NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. e0019424, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>.

NOBRE, Victor et al. Como evoluiu o número de vínculos profissionais NASF após o fim do incentivo financeiro federal ao programa?. **APS EM REVISTA**, v. 5, n. 2, p. 56-64, 2023. <https://doi.org/10.14295/aps.v5i2.286>.

NOVAES, Maria Aparecida et al. Fragilidade na capacitação de gestores para atuar na gestão pública da saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 24, n. 94, 2024.

OUVERNEY, A. L. M.; CARVALHO, A. L. B. D.; MACHADO, N. M. D. S.; MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe7, p. 75–91, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s706>.

PANIZZI, M.; LACERDA, J. T. D.; NATAL, S.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 155–170, mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711213>.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª edição. Rio de Janeiro. EPSJV. 2008. P. 419-426.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1525–1534, 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. D.; SOUZA, H. S. D. TRABALHO EM EQUIPE: UMA REVISITA AO CONCEITO E A SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. suppl 1, p. e0024678, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

PINAFO, E.; NUNES, E. D. F. P. D. A.; CARVALHO, B. G.; MENDONÇA, F. D. F.; DOMINGOS, C. M.; SILVA, C. R. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1619–1628, maio 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

REEVES, Scott et al. **Interprofessional teamwork for health and social care**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.

REGIÃO E REDES +10, PLATAFORMA. **Caminhos para a universalização da saúde no Brasil**. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/>

REZENDE, F. Federalismo fiscal e gestão pública. **Negri, José Alberto, Araújo, Bruno Cesar e Bacelette, Ricardo. Desafios da Nação: artigos de apoio**, p. 203-228, 2018. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/180327_desafios_da_nacao_apoio_vol1.pdf. Acesso em: 24 ago. 2023.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M. D.; CABRERA, M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 9, p. e00130222, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt130222>.

SANINE, P. R.; DIAS, A.; MACHADO, D. F.; ZARILI, T. F. T.; CARRAPATO, J. F. L.; PLACIDELI, N.; NUNES, L. O.; MENDONÇA, C. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. e00242219, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00242219>.

SANTOS, M. C., BOECHAT FRAUCHES, M., RODRIGUES, S. M., TOLEDO F. E. Processo de Trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): Importância da Qualificação Profissional. **Saúde & Transformação Social / Saúde & Mudança Social** [en línea]. 2017, 8(2), 60-69[fecha de Consulta 4 de

Junio de 2024]. ISSN: . Disponível em:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265352024007>

SANTOS, S. P. D.; CROZATTI, J. Eficiência dos gastos públicos com atenção básica à saúde: análise dos municípios de São Paulo. **REVISTA AMBIENTE CONTÁBIL - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - ISSN 2176-9036**, v. 15, n. 1, p. 239–263, 2 jan. 2023. <https://doi.org/10.21680/2176-9036.2023v15n1ID29761>.

SANTOS, R. R. dos; LIMA, E. de F. A.; FREITAS, P. de S. S.; GALAVOTE, H. S.; ROCHA, E. M. S.; LIMA, R. de C. D. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 1, p. 130–139, 2016.

SANTOS, T. L. A. D.; PENIDO, C. M. F.; FERREIRA NETO, J. L. A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial no Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210810, 2022. <https://doi.org/10.1590/interface.210810>.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/>

SHIMIZU, H. E.; FRAGELLI, T. B. O. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 216–225, jun. 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02702014>.

SILVA, C. R. M. da; CRISÓSTOMO, V. L. Gestão fiscal, eficiência da gestão pública e desenvolvimento socioeconômico dos municípios cearenses. **Revista de Administração Pública**, v. 53, n. 4, p. 791–801, ago. 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-761220180234>

SILVA, R. M. B. D.; MOREIRA, S. D. N. T. Estresse e Residência

Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 157–166, dez. 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4rb20190031>.

SOARES, M. M. **Federalismo e políticas públicas**. [S. l.]: Enap, 2018.

SOUZA, R.R de. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo [**Mestrado Profissional**]. **Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ**, 2002a.

SOUZA, R.R de. O sistema público de saúde brasileiro. **Ministério da Saúde**, 2002b.

SOUZA, C. M. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cad. Saúde Pública**, 35 (supl. 2): e00046818, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/45DWPg6xBf99zWHR57q4hcK/> .

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

SANCHES, E. N.; PRÓSPERO, E. N. S.; STUKER, H.; BORBA JÚNIOR, M. C. D. Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 294–300, 5 jul. 2010. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.10356>.

SOUZA, R. R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. 102 fls.

Dissertação

(Mestrado em Administração de Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, L. E. P. F. Quem são os gestores municipais do SUS? In: LUNA, S. M. **M. Perfil dos gestores municipais de saúde do estado de Mato Grosso**. Cáceres: Unemat, 2008. p. 19-21.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 145–158, out. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s210>.

VENDRUSCOLO, C.; HERMES, J.; CORRÊA, P. CONSOLIDAÇÃO DO NASF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA. **Inova Saúde**, v. 10, n. 2, p. 61, 21 jul. 2020. <https://doi.org/10.18616/inova.v10i2.5210>.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 565–578, 3 nov. 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>.

TUZZO, S. A.; BRAGA, C. F. O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 4, n. 5, p. 140–158, 15 dez. 2016. Dez 2023

VIANA, V. G. A.; RIBEIRO, M. F. M. Fragilidades que afastam e desafios para fixação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, p. 216, 9 mar. 2021. <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i0.4462>

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



Projeto: “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”

Etapa de campo - maio a agosto de 2022

Roteiro de entrevista

- Perfil 1. Gestor/Tomador de decisão - e coordenador de APS

Dados do entrevistado:

Nome:

Data de nascimento:

Sexo:

Formação:

Conte-me sobre a sua trajetória profissional

- Formação complementar (especialização, mestrado, doutorado):
- Cargo:
- Tempo no cargo:
- Experiência anterior na gestão

Bloco 1. Modelo de Atenção à Saúde

1. O que é APS para você? Como você vê o papel da APS no sistema de saúde? (Nota: explorar sentidos da APS abrangente e focalizada).
2. Como você vê o papel da Estratégia Saúde da Família na organização da APS? Quais os desafios para a consolidação da ESF (no que se refere aos seus atributos) na prática? Como você vê o papel: eAP, eSB, Nasf, ACS na organização da APS? (Nota: explorar cada um dos pontos).
3. Como você vê o papel do Programa Previne Brasil? Você sentiu reflexos desse programa na APS no seu município depois que foi implantado pelo Ministério da Saúde?
4. Como está organizada a APS do seu município? (Nota: explorar projetos específicos, ações intersetoriais, processo de trabalho das equipes SF, NASF, Saúde Bucal, ACS - foco no trabalho interprofissional? No território? Existência de apoio matricial, apoio institucional).
5. Na sua experiência, houve alguma alteração na organização da APS no município, a partir de 2017, devido às políticas ou regras federais do SUS? Se sim, você poderia citar exemplos do que mudou? A que você atribui essa(s) mudança(s)? (Nota: implantação ou fechamento de novas equipes/serviços, por exemplo). (Nota: caso o entrevistado não fale, fazer menção explícita à PNAB, Previne, EC 86/2015 e EC 95/2016).





6. O município recebeu recursos federais para enfrentamento da pandemia de Covid-19? Como ele foi aplicado? (Nota: explorar os efeitos sobre a organização da APS: reorganização da atenção, implantação de serviços, integração entre vigilâncias e atenção).

7. O município fez adesão ao Programa Médicos pelo Brasil? A questão de provimento de médicos é um problema? Como foi ou está em seu município a transição entre o Programa Mais Médicos (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMpB)?

8. Como é feito o monitoramento e avaliação da APS no município? (Nota: existência de prontuário eletrônico, de sistemas (*softwares*) e uso de indicadores para monitoramento e avaliação de ações/projetos/serviços)? Houve alteração nesse processo decorrente das novas regras de financiamento do SUS? Quais foram os desafios e facilidades?

9. Quem participa do monitoramento e avaliação? (Nota: gestão, profissionais, controle social)

Bloco 2. Modelo de Gestão

10. O município conta com um setor de gestão do trabalho/Recursos Humanos? Quais estratégias têm sido usadas para provimento da força de trabalho? Essas estratégias têm relação com as mudanças das regras federais (PNAB 2017)? Quais os principais desafios na área da gestão do trabalho (dimensionamento; rotatividade; escassez e distribuição de profissionais)?

11. Após as alterações na normatização da APS (PNAB/2017; Previne Brasil) houve mudança na forma de contratação/vínculo de profissionais (ACS, profissionais do NASF, médicos 40h) (questionar sobre cada programa especificamente). Houve mudança na forma de atuação dos profissionais dessas equipes? (pedir para dar exemplo de cada programa NASF, ESF, PACS). Se sim, percebe efeitos para a oferta/organização e produção dos serviços e na assistência à população?

12. Quais formas de contratação, de vínculo e de regime de trabalho são adotadas pelo município na APS? Ocorreu alguma mudança com a pandemia? (Nota: explorar a questão da flexibilização da carga horária contratual como vantagem ou limite, terceirização, pejetização).

13. O município tem usado ferramentas de gestão do trabalho? Quais? Citar: avaliação de desempenho, PCCS, organização por coordenação de unidades/serviços ou por categoria profissional, existência do apoio matricial e apoio institucional. Se sim, são utilizados indicadores para avaliar o cumprimento dos indicadores de desempenho relativos ao Previne Brasil? (Em caso positivo, explorar como faz).

14. Como é definida a adesão aos programas federais/estaduais (quem participa das decisões, que critérios são considerados/ é avaliado custo/benefício para o município/população usuária)?

15. Como as instâncias de governança (CIR, CIB) participam no processo decisório de adesão dos municípios aos programas e estratégias direcionados à APS? Que pautas são





levadas para a CIR e a CIB? (Nota: explorar como as pautas da CIR e CIB são definidas e como ocorre a participação do município nesse sentido).

16. Como a SES (e suas regionais) e o COSEMS participam da gestão da APS? (Nota: existência de apoio/colaboração/monitoramento, informativos, estabelecimento/incentivo de relações solidárias entre os municípios).

17. Existe co-financiamento estadual para a APS? Se sim, ele é complementar ou diferente dos incentivos federais? (Nota: existe definição e monitoramento de indicadores de desempenho? Se sim, explorar quais são).

18. Você acompanha a participação das emendas parlamentares (EP) no financiamento federal do SUS? (Caso a resposta seja não, podemos pular as questões sobre a temática EP e encerrar).

Bloco 3. Emendas Parlamentares

(SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU POSITIVAMENTE À PERGUNTA 18)

19. Como o município se articula para captação dos recursos de emendas parlamentares para a saúde? Quem são os responsáveis pela captação no município? (principais atores envolvidos). Explorar os seguintes pontos relacionados a processos e fluxos:

- Como é estabelecido o contato e a negociação com os parlamentares? Trata-se de um contato regular ou esporádico?
- Os parlamentares/mandatos participam na definição do objeto financiável? Se sim, a participação do parlamentar foi ao encontro das necessidades e da decisão da equipe técnica? Caso negativa, pedir para relatar a situação.
- Como é a participação do prefeito (a) e secretário (a) de saúde no processo de negociação das emendas?
- No processo de negociação das emendas federais, há a participação de deputados (as) estaduais e vereadores?

20. No município, o alinhamento político da gestão municipal com os parlamentares proponentes das EP e/ou com o governo federal tem favorecido a captação de recursos? Você percebe alguma orientação partidária em relação à alocação de emendas? Ou o município capta recursos de EP para a saúde de parlamentares de diferentes espectros ideológicos?

21. Há discussão, negociação e aprovação acerca do uso dos recursos de EP por instâncias de gestão colegiada (CIR, CIB ou consórcio)? Se sim, como é o fluxo? Quais as principais tensões? (Pedir exemplos das possíveis tensões).

22. Quem são os atores da SMS envolvidos no processo de cadastramento e monitoramento das propostas nos sistemas do Fundo Nacional de Saúde (FNS)? O município sentiu necessidade de fazer mudanças nessa organização nos últimos anos, como por exemplo compor equipes específicas ou contratar consultorias?





23. Nos últimos anos, algumas mudanças têm ganhado relevância no debate sobre o financiamento do SUS, como o Novo Regime Fiscal, também conhecido como a EC 95/2016 e o Programa Previne Brasil na atenção básica. Considerando a execução obrigatória de emendas parlamentares nesse conjunto de mudanças, seria possível identificar alguns reflexos na gestão municipal do SUS? Quais? (abordar se recorda como era antes da impositividade, se entende como isso interferiu no volume de recursos recebidos, ser impositiva ou não)

24. Qual sua visão sobre a participação das emendas parlamentares no financiamento federal do SUS? E na APS? Como considera os critérios/a forma de distribuição dessa fonte de recursos? Você percebe diferenças?

25. Você vê vantagens/desvantagens desta forma de transferência, frente aos recursos provenientes de receitas programáticas? Percebe se há regularidade no recebimento dos recursos captados via EP nos últimos anos? Como avalia as consequências desta modalidade de financiamento para a o planejamento das ações? Poderia citar algum exemplo?

26. As emendas parlamentares para a saúde têm contribuído para atender as necessidades da população em seu município? E da APS, de maneira mais específica? (Se nesta tivermos resposta fechada, perguntar o porquê)

27. Os recursos recebidos de EP interferem/repercutem sobre a organização da APS? Como isso ocorre? (Nota: ampliação de serviços, compra de materiais e equipamentos, adequação/melhoria de espaços/construção de unidades. Explorar o quanto de recursos de emenda de investimentos o município recebeu e o que foi feito com esses recursos - ver Dossiê).

28. As transferências de recursos recebidas por EP repercutiram sobre a contratação de serviços de saúde? E da APS? Houve pagamento de prestação de serviços (médicos/odontológicos/de enfermagem) com recursos de emendas? (Nota: Ocorrência da pejetização ou outros formatos de terceirização/relação trabalhista como saída para o provimento de RH com recursos de EP).

29. Como foi definido o uso dos recursos das emendas parlamentares recebidas pelo município? Há especificidades para a APS? Como são feitas/planejadas essas ações (quais critérios)? O PMS é considerado para a aplicação dos recursos provenientes das EP? E o controle social? (Nota: Explorar como são definidos os objetos das emendas, se consideram o PMS e CMS neste processo).

30. Como é feita a incorporação dos recursos de EP ao orçamento municipal (é previsto ou são feitos ajustes posteriores à aprovação do orçamento)?

31. Há algum tipo de planejamento e acompanhamento diferenciado para as emendas de custeio e de investimento? Como é feito? (Nota: destacar as especificidades do uso dos recursos de EP).

32. Como são executadas as EP de PAB/PAP (Piso da Atenção Primária) (custeio)? São elaborados planos de aplicação para as emendas de custeio? Existe dificuldade para execução das EP de PAB (custeio)? (pedir para descrever com que se gasta, quais as dificuldades, se há clareza com que pode ou não gastar)





33. Com que fonte de recursos o município realiza obras e compra de equipamentos? (Explorar se há ou não o uso de EP para essas ações, se há predomínio das emendas neste processo).

34. Como são executadas as EP de estruturação (investimento)? Existe dificuldade para execução das EP de estruturação (investimento)? Se sim, quais? (Nota: abordar separadamente a execução de obras e aquisição de equipamentos. Para equipamentos, que critérios foram utilizados para definição dos itens solicitados? Todos os equipamentos adquiridos estão em uso?).

35. Os itens financiáveis por EP (cardápio proposto pelo MS) atendem às necessidades de seu município? Os valores sugeridos para os respectivos itens são suficientes? (Nota: investigar se geralmente há necessidade de contrapartida municipal para execução do objeto).

36. Qual o tempo médio de execução das propostas? Quem participa do monitoramento e avaliação? Há participação do controle social? Se sim, de que forma? No seu município, existem propostas não executadas com os recursos recebidos por EP? Por quê?

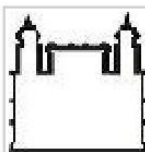
37. Como é feita a prestação de contas dos recursos recebidos por EP? (Exemplos: aprovação do conselho e relatório de gestão, abordar para ambos os tipos: investimento e custeio).

38. O que vocês recebem de emenda parlamentar, de alguma forma contribui para a redução dos investimentos com recursos próprios por parte do município nas despesas com a saúde? (Refere-se ao mínimo de 15% estabelecido pela lei 141/12, investigar também se mesmo não impactando sobre os 15%, houve menor investimento de recursos próprios na APS, direcionando em outras áreas, como atenção especializada ou vigilância)

39. Os consórcios intermunicipais de saúde têm participado da captação de recursos de EP? Como? Quais as vantagens e desvantagens da articulação via consórcio?



**APÊNDICE B –
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Pesquisador: Luciana Dias de Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30675420.6.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Fundação Oswaldo Cruz

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.196.806

Apresentação do Projeto:

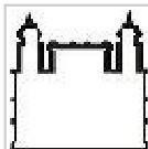
Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 4.014.705, em 07/05/2020.

Projeto do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública de Luciana Dias de Lima e financiamento no total de R\$250.000 solicitado ao edital "Atenção Primária de Saúde (PMA) do Programa Inova Fiocruz."

Resumo: "O objetivo é analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do SUS e suas repercussões para o financiamento e a organização da APS. O estudo permitirá a produção de conhecimento relevante para apoiar gestores, comunidade acadêmica, profissionais e usuários do SUS na compreensão das políticas em curso, das dimensões inerentes ao financiamento federal da saúde e suas relações com o modelo de organização da APS em âmbito nacional e loco-regional."

Metodologia proposta: "O estudo envolverá três etapas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos, Portarias e Normas Ministeriais) relacionados à regulamentação do Orçamento Público, aos mecanismos de transferência de recursos federais e daqueles direcionados para o SUS e a atenção

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ

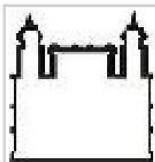


Continuação do Parecer: 4.196.806

básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos financeiros transferidos da União, bem como das receitas e despesas orçamentárias em saúde dos municípios. Os dados das transferências serão obtidos do Fundo Nacional de Saúde e das receitas e despesas municipais em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, no período de 2015 a 2020. 3. Realização de estudo multicase, incluindo visita a municípios, análise de dados secundários e entrevistas semi-estruturadas com gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems). Foram selecionados como casos: a. Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, onde está situada a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Esta região possui cerca de 10 milhões de habitantes, distribuídos em 12 municípios de médio e grande porte populacional. b. Macrorregião Norte do Paraná, onde está situada a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Esta Macrorregião abrange cinco regiões de saúde e possui cerca de 1,8 milhões de habitantes, distribuídos em 97 municípios, a maioria de pequeno porte populacional. A inclusão dessas regiões busca promover maior aproximação dos pesquisadores com o público-alvo.”

Metodologia de análise de dados: "Serão adotadas contribuições dos estudos de análises de políticas públicas e da economia política da saúde. O foco de análise estará direcionado para a compreensão das relações federativas (transferências intergovernamentais) e entre os poderes Executivo e Legislativo (emendas parlamentares) no financiamento do SUS e suas repercussões para a organização da APS. O estudo adotará métodos quantitativos e qualitativos para coleta e processamento de informações. As seguintes estratégias e técnicas serão utilizadas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos, Portarias e Normas Ministeriais) relacionados à regulamentação do Orçamento Público, aos mecanismos de transferência de recursos federais e daqueles direcionados para o SUS e a atenção básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos financeiros transferidos da União, bem como das receitas e despesas orçamentárias em saúde dos municípios. Os dados das transferências serão obtidos do Fundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Nacional de Saúde e das receitas e despesas municipais em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, no período de 2015 a 2020. 3. Realização de estudo multicase, incluindo análise de dados secundários, documentos, entrevistas e observação participante. Destaca-se que a pesquisa será desenvolvida a partir da interlocução com gestores da administração pública do SUS atuantes nos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e nas Secretarias de Estado de Saúde do Paraná (PR) e Rio de Janeiro (RJ). Junto desses interlocutores, considerados público-alvo direto, foram definidos os produtos desse projeto e o plano de disseminação dos seus resultados, entre os quais se destacam: a) Manual com a sistematização das normas para transferência de recursos federais para a APS, direcionado aos gestores e técnicos municipais e estaduais. b) Curso de curta duração (8hs) sobre financiamento do SUS, da APS e gestão orçamentária, ofertado no RJ (Ensp) e no PR (UEL). c) Infográfico contendo a evolução dos componentes das transferências de recursos federais para a APS e seus principais efeitos sobre a configuração do modelo de atenção e gestão.”

Tamanho da amostra: 40

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde e suas repercussões para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde, em nível nacional e em diferentes contextos regionais e municipais.

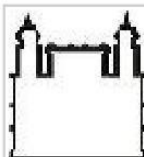
Objetivo Secundário:

- 1) Mapear o conjunto de mudanças nas regras formais que permeiam as transferências de recursos financeiros federais voltados para o SUS, com destaque para a APS.
- 2) Analisar a evolução dos componentes das transferências de recursos federais e suas repercussões para o financiamento e a organização da APS nos municípios brasileiros.
- 3) Analisar os efeitos das mudanças nas regras de financiamento federal na configuração do modelo de atenção e gestão da APS, em regiões e municípios selecionados nos estados do Rio de Janeiro e do Paraná.
- 4) Identificar tendências relacionadas ao financiamento da APS e à direcionalidade dada ao modelo de atenção pelo governo federal.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
Bairro: Manguinhos	CEP: 21.041-210
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863
	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

"Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ocupado, da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas (máximo 40). Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos no TCLE que as informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e materiais de outras fontes de pesquisa e que os resultados das análises são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam a identificação do entrevistado, serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que o nome e os dados pessoais dos entrevistados não serão de modo algum utilizados. Será ainda solicitada a autorização do entrevistado das condições de uso do seu depoimento por meio do TCLE. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo, incluindo na divulgação de seus resultados. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores."

Benefícios:

"Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. Nesse processo, foram definidos produtos visando contribuir com os esforços da gestão pública da saúde, envolvendo: a elaboração de manual com a sistematização dos documentos que serão analisados no estudo e suas implicações para o financiamento e a organização da atenção básica; a oferta de um curso de curta duração sobre financiamento do SUS e gestão orçamentária voltado para as equipes de gestão das secretarias de saúde; e produção de infográfico contendo uma síntese de informações qualificadas sobre o financiamento e a gestão da atenção básica."

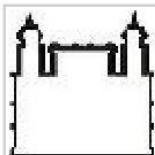
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537570.pdf, postado em 26/07/2020.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Documento com as informações sobre a equipe do projeto nomeado QuadroEquipe_CEP.pdf, postado em 10/04/2020.

Para responder às pendências do parecer anterior, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais foram aprovados:

- Carta de aprovação do projeto no edital nomeado res_edital_pma_2020.pdf, postado em 27/07/2020

- Formulário de respostas às pendências nomeado formulario_resp_pend_parecer_4014705.pdf, postado em 26/07/2020

- Roteiro de entrevistas nomeado RoteiroEntrevistas.pdf, postado em 26/07/2020

- Termos de parcerias com instituições:

- TermodeParceria_SESA_Apuarana.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_SESA_Ivaipora.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_SES_RJ.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_COSEMS_PR.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_COSEMS_RJ.pdf, postado em 26/07/2020

- Plano de trabalho com universidade parceira nomeado planodetrabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final.pdf, postado em 26/07/2020.

- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado.pdf, postado em 26/07/2020.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf, postado em 26/07/2020.

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável nomeado folhaDeRosto_modificada.pdf, postado em 26/07/2020.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 4.014.705, em 07/05/2020, foram analisadas conforme abaixo:

1. Item de pendência:

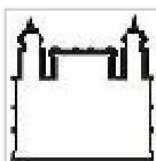
1.1 Riscos: Prever riscos não considerados no texto, como se poderá ocorrer constrangimento dos participantes durante a entrevista (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. V).

Resposta da pendência 1:

A redação foi alterada de forma a explicitar de forma mais clara os riscos aos participantes durante a entrevista.

“Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ocupado, da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas (máximo 40). Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos no TCLE que as informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e materiais de outras fontes de pesquisa e que os resultados das análises são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam a identificação do entrevistado, serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que o nome e os dados pessoais dos entrevistados não serão de modo algum utilizados. Será ainda solicitada a autorização do entrevistado das condições de

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

uso do seu depoimento por meio do TCLE. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo, incluindo na divulgação de seus resultados. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores.”

Há algum documento anexado para a pendência 1?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

2. Item de pendência:

1.2 Benefícios: o texto incluído não se refere aos benefícios dos participantes e sim a justificativa do estudo. Incluir benefícios diretos (quando existir) e indiretos para o participante ou comunidade (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. V)

Resposta da pendência 2: A redação foi alterada de modo a incluir benefícios diretos e indiretos para o participante e instituição.

“Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. Nesse processo, foram definidos produtos visando contribuir com os esforços da gestão pública da saúde, envolvendo: a elaboração de manual com a sistematização dos documentos que serão analisados no estudo e suas implicações para o financiamento e a organização da atenção básica; a oferta de um curso de curta duração sobre financiamento do SUS e gestão orçamentária voltado para as equipes de gestão das secretarias de saúde; e produção de infográfico contendo uma síntese de informações qualificadas sobre o financiamento e a gestão da atenção básica.”

Há algum documento anexado para a pendência 2?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

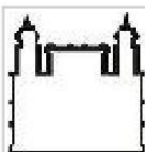
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

3. Item de pendência:

1.3 Tamanho da amostra: na seção de riscos menciona 50 pessoas e no item referente ao tamanho da amostra é mencionado 100. Esclarecer e padronizar a informação.

Resposta da pendência 3:

O número máximo de entrevistas a serem realizadas será 40, pois foram excluídos do estudo os dirigentes e profissionais de unidades básicas de saúde. Serão entrevistados somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems). A informação foi corrigida e padronizada.

Há algum documento anexado para a pendência 3?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

4. Item de pendência:

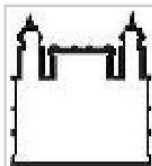
1.4 Não foram incluídas as instituições coparticipantes, como as Secretarias municipais e estaduais do Rio de Janeiro e do Paraná (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º)

Resposta da pendência 4:

O estudo foi cadastrado como multicêntrico, em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Foram incluídos os seguintes alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL como membros da equipe de pesquisa: Karen Patrícia Wilke Ferreira Rocha e Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti.

Como não serão entrevistados dirigentes e profissionais de unidades básicas de saúde, somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems), estas instituições não foram inseridas como co-participantes. Entretanto, foram inseridos como documentos os termos de formalização de parcerias instituídas no âmbito do projeto para fins de desenvolvimento do estudo (UEL), dos produtos e divulgação dos seus resultados (com as diretoriais e coordenações das secretarias estaduais de saúde e Cosems).

Há algum documento anexado para a pendência 4?

sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Além disso foram incluídos os seguintes documentos de formalização de parcerias:

Plano de Trabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final

Termo de Parceria_Cosems_RJ

Termo de Parceria_Cosems_PR

Termo de Parceria_SES_RJ

Termo de Parceria_SESA_CISMEPAR

Termo de Parceria_SESA_Ivaipora

Termo de Parceria_SESA_Apucarana

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

5. Item de pendência:

2.1 Especificar quais as instituições coparticipantes que serão captadas as cartas de anuência e incluir justificativa para a não entrega das cartas de anuência (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º, §1º).

Resposta da pendência 5:

O documento "DeclaracaoCEP.pdf" foi excluído pois serão entrevistados somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems), sendo necessário nesse caso somente o TCLE.

Há algum documento anexado para a pendência 5?

sim.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

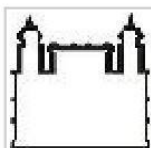
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

(X) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

6. Item de pendência:

3.1 No item patrocinador principal consta o nome da Fiocruz. Porém, no documento da Plataforma Brasil foi informado que o projeto ainda será submetido a um edital de fomento da Fiocruz. Adequar a informação (Norma Operacional MS/CNS Nº 001/2013 item 3.4.1 alínea 16). Posteriormente apresentar a carta de aprovação do projeto no edital citado pelo pesquisador (Norma Operacional CNS 001/13 item 3.4.1, 16).

Resposta da pendência 6:

O projeto foi aprovado no âmbito do Edital. A informação foi corrigida da plataforma Brasil. Foi anexada a lista de projetos aprovados do Edital.

Há algum documento anexado para a pendência 6?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Foi inserido do documento:

resultado_edital_pma_vf_09-07-2020

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

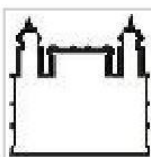
7. Item de pendência:

4. Considerações sobre o documento TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020.pdf

4.1 Explicitar que os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde nem nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 5º e 6º).

4.2 Explicitar uma forma de divulgação dos resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 9º). Os meios mencionados (relatórios de pesquisa, artigos científicos e trabalhos em eventos científicos) não se configuram como devolutivos aos participantes de pesquisa.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

4.3 No TCLE Lê-se: "Assim, será solicitada a autorização do entrevistado para identificação da fala através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". Esclarecer. Ainda, se haverá identificação direta este risco da identificação deve estar no item risco da Plataforma Brasil.

4.4 No meio do TCLE tem campo referente a autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica. Adequar, colocando este quesito para o final do documento antes da assinatura do participante; ainda o campo deve ter as opções de autoriza ()sim ()não.

4.5 Incluir a assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa ao final do termo devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. IV.5, alínea "d").

4.6 Esclarecer a forma de abordagem e local das entrevistas. Incluir as afirmações sobre sigilo e privacidade de todos os participantes durante todas as fases da pesquisa. Incluir quais serão as medidas tomadas para assegurar o sigilo dos participantes (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. IV.3, alínea "e").

4.7 Incluir um telefone de contato institucional. Ainda, recomenda-se não utilizar telefones pessoais no TCLE.

Resposta da pendência 7:

Todas as solicitações de alteração foram feitas no TCLE e grifadas em amarelo.

Há algum documento anexado para a pendência 7?

(X) sim. TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

8. Item de pendência:

5. Considerações sobre documento faltante:

5.1 Postar o documento que será utilizado para a coleta de dados, ou seja, o ROTEIRO DE ENTREVISTA/questionário que será aplicado nas entrevistas.

5.2 Vale salientar que se as perguntas do questionário forem distintas para os diferentes grupos de pessoas investigados deve-se considerar a necessidade de TCLE específicos para cada grupo, considerando que possa haver diferentes objetivos, riscos e benefícios com a aplicação do instrumento. Esclarecer.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

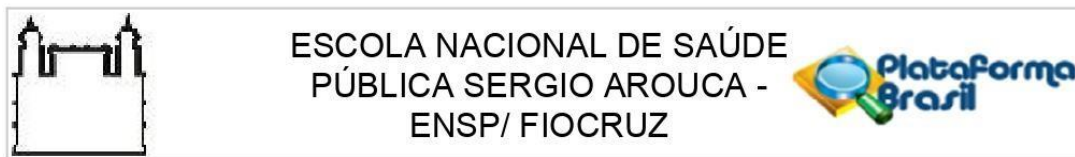
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Resposta da pendência 8:

O roteiro foi elaborado e postado na plataforma Brasil. O mesmo roteiro será aplicado a todos os entrevistados da pesquisa. Esta informação foi incluída no roteiro.

Há algum documento anexado para a pendência 8?

sim. Roteito_Entrevistas

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

9. Item de pendência:

6.Referente ao financiamento do estudo:

6.1)Caso o projeto seja contemplado pela instituição de fomento, durante a tramitação do projeto, a pesquisadora deverá anexar carta de aprovação do projeto no edital, ou carta de compromisso de enviar posteriormente via notificação

6.2)Esclarecer como se efetivará a pesquisa caso não seja obtido o financiamento requerido (Norma Operacional 001/13 3.3.e)

Resposta da pendência 9:

A lista de projetos selecionados no âmbito do Edital PMA 2020 foi postada na plataforma Brasil. O item 6.2. não se aplica, pois o projeto foi selecionado.

Há algum documento anexado para a pendência 9?

sim. resultado_edital_pma_vf_09-07-2020

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

10. Item de pendência:

Considerações Finais a critério do CEP:

As pendências deverão ser respondidas no "formulário de respostas às pendências", disponível na página eletrônica do CEP e as informações deverão ser atualizadas em TODOS os documentos pertinentes (ex.: no formulário da Plataforma, no projeto na íntegra e em outros documentos pertinentes).

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

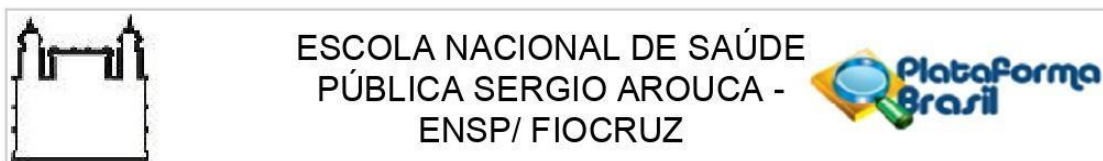
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Documentos alterados a serem anexados após o parecer do CEP deverão ser nomeados com a palavra "modificado".

Ao responder as pendências o pesquisador deve rever o cronograma da pesquisa e atualizá-lo, considerando o tempo necessário à obtenção da aprovação.

Resposta da pendência 10:

Todas as solicitações acima foram atendidas. Informamos que o cronograma preve o inicio da pesquisa em 10/08/20 atendendo ao edital PMA 2020.

Há algum documento anexado para a pendência 10?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Foi anexado:

formulario_resp_pend_parecer_4.014.705

folhaDeRosto_modificada

PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO:

***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETTER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.***

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

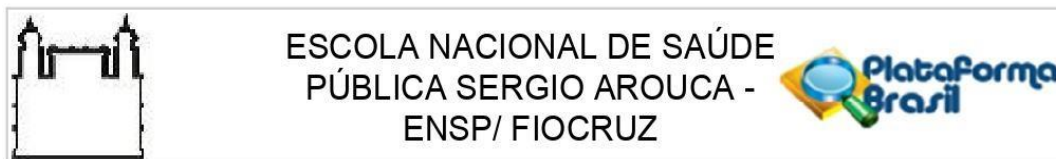
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>), em: pesquisa projetos de pesquisa documentos necessários.

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

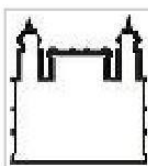
3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	aut_ENSP.pdf	06/08/2020 12:43:44	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	res_edital_pma_2020.pdf	27/07/2020 12:17:53	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537570.pdf	26/07/2020 12:21:01		Aceito
Outros	formulario_resp_pend_parecer_4014	26/07/2020	Luciana Dias de	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Outros	705.pdf	12:20:11	Lima	Aceito
Outros	RoteiroEntrevistas.pdf	26/07/2020 12:16:22	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_Apucarana.pdf	26/07/2020 12:15:18	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_Ivaipora.pdf	26/07/2020 12:14:52	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_CISMEPAR.pdf	26/07/2020 12:14:37	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SES_RJ.pdf	26/07/2020 12:14:18	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_COSEMS_PR.pdf	26/07/2020 12:14:03	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_COSEMS_RJ.pdf	26/07/2020 12:13:46	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	planodetrabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final.pdf	26/07/2020 12:13:01	Luciana Dias de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado.pdf	26/07/2020 12:02:49	Luciana Dias de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf	26/07/2020 12:02:09	Luciana Dias de Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_modificada.pdf	26/07/2020 11:54:49	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	QuadroEquipe_CEP.pdf	10/04/2020 14:40:43	Luciana Dias de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Agosto de 2020

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

APÊNDICE C –

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada *Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil* coordenada pela Prof. Dra. Luciana Dias de Lima da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ. O projeto se dá em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL), Paraná.

Esse trabalho tem como objetivo geral analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde e suas repercussões para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde, em nível nacional e em diferentes contextos regionais e municipais.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) para responder às questões dessa pesquisa por exercer função, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura, relacionada à gestão do sistema de saúde e/ou da Atenção Primária à Saúde. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e o(a) Sr.(a) tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. A qualquer momento o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista após identificação do pesquisador, leitura e assinatura do TCLE, em dia, horário e local de trabalho de sua preferência, garantindo o sigilo e a privacidade das informações fornecidas ao pesquisador.

A execução da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo entrevistas com gestores e técnicos das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná, bem como representantes de instâncias de gestão regional e da gestão local da saúde, e do poder Legislativo; análise documental; e pesquisa em bases de dados secundários. Os resultados da pesquisa aos participantes e suas instituições serão divulgados após o término do estudo por intermédio de apresentações específicas voltadas para os gestores. Além disso, estão previstos a confecção de e-book interativo, infográfico e curso de curta duração para disseminação de produtos e resultados da pesquisa durante o seu desenvolvimento.

O tempo previsto para realização da entrevista é sessenta minutos. A realização da entrevista não deverá interferir na rotina e nas atividades de gestão da sua instituição. Sua entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar ao pesquisador que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Os dados coletados na entrevista serão arquivados, em arquivos digitais, por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores. Com o fim deste prazo, o material será descartado.

O benefício relacionado a sua participação na pesquisa é o de contribuir com o debate sobre os condicionantes e desafios do financiamento público e da organização da Atenção Primária à Saúde em seu estado, região ou município. Além disso, possibilitará a identificação dos elementos que favorecem ou dificultam a organização dos serviços de atenção básica, visando à proposição de estratégias para a superação de obstáculos à consolidação do SUS.

Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ou de notoriedade pública ocupado e da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas.

Página 1 de 3

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____





Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos que as informações obtidas por meio da sua entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam sua identificação serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que seu nome e dados pessoais não serão de modo algum utilizados. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo e de divulgação de seus resultados.

Ressaltamos que se o senhor (a) vier a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento e resultante de sua participação nesta pesquisa receberá assistência integral, com direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o senhor (a) e outra para o pesquisador. Nele constam os dados da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Suas dúvidas sobre a pesquisa, seus desdobramentos e sua participação serão esclarecidas a qualquer momento, inclusive após a conclusão do estudo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Solicitamos que assinale a(s) opção(ões) abaixo que considerar pertinente(s), relativa(s) à autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica.

Autorizo que minha função institucional conste em uma listagem geral de entrevistados. Sim () Não ()

Autorizo que minha função institucional seja vinculada às informações por mim fornecidas. Sim () Não ()

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863 **E-Mail:** cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Prof. Dra. Luciana Dias de Lima

Pesquisadora – e-mail: luciana@ensp.fiocruz.br

DAPS – Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º. Andar. Tel.: (21) 2598 – 2849

Tel. CEP/ENSP- (21) 2598-2863

Rio de Janeiro/Paraná, ____ de _____ de 2020.

Página 2 de 3

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____





Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Luciana Dias de Lima
Pesquisadora e Coordenadora do Projeto de Pesquisa (ENSP/Fiocruz/RJ)

Brígida Gimenez de Carvalho/Fernanda de Freitas Mendonça [ajustar com um dos nomes]
Pesquisadora do Projeto (UEL/PR)

Nome completo do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

