



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3323>

Previne Brasil e as mudanças no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: repercussões sobre a produção do cuidado em saúde

Previne Brasil and the changes in the work process of the Family Health Support Center: repercussions on the production of health care

Previne Brasil y los cambios en el proceso de trabajo del Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar: repercusiones en la producción de cuidado de la salud

Sandy Guedes Pereira¹ Petra Oliveira Duarte²
Fabiana de Oliveira Silva Sousa³ Lívia Millena Barbosa de Deus e Mello⁴

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Recife, Brasil.
sandy.guedes@ufpe.br

² Universidade Federal de Pernambuco, Doutorado em Saúde Pública – Aggeu Magalhães. Vitória de Santo Antão, Brasil.
petra.duarte@ufpe.br

³ Universidade Federal de Pernambuco, Doutorado em Saúde Pública – Aggeu Magalhães. Vitória de Santo Antão, Brasil.
fabiana.osilva@ufpe.br

⁴ Ministério da Saúde, Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Distrito Federal, Brasil.
livia.me@ufpe.br

Resumo

A Atenção Básica é uma estratégia de mudança no modelo de atenção e de cuidado em saúde, com quatro atributos essenciais: primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, criado, em 2008, para ampliar o escopo do cuidado em saúde, ao longo dos anos sofreu mudanças estruturais e financeiras. O objetivo é analisar as repercussões do Programa Previne Brasil no cuidado em saúde ofertado no território na perspectiva do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Realizou-se um estudo de caso único e natureza qualitativa baseado em documentos normativos e entrevistas com profissionais da Atenção Básica do município do Recife. Conclui-se que a mudança da proposta em 2016, caracterizada pela constante desestruturação da Atenção Básica, rompe o compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde. O Previne Brasil revelou essas rupturas, e, apesar da manutenção das equipes Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife, esse modelo teórico ainda não estava consolidado, tornando-se ainda menos explícito e fonte de insegurança dos profissionais. As ações curativistas foram intensificadas, afastando os profissionais das ações prioritárias de promoção e prevenção da Atenção Básica, com redução na qualidade da assistência.

Palavras-chave Atenção Básica; apoio matricial; política de saúde; Sistema Único de Saúde.

Como citar: PEREIRA, Sandy G. *et al.* Previne Brasil e as mudanças no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: repercussões sobre a produção do cuidado em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 23, 2025, e03323307. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3323>

Recebido: 03/03/2025
Aprovado: 30/09/2025



Abstract

Primary Health Care is a strategic approach aimed at transforming the model of health care and service delivery, characterized by four essential attributes: first contact, comprehensiveness, continuity, and care coordination. The Family Health Support Center, established in 2008 to broaden the scope of health care, has undergone structural and financial changes over the years. This study aims to analyze the impact of the “Previne Brasil” Program on health care delivery within the territory, from the perspective of the Family Health Support Center. A single-case, qualitative study was conducted, based on normative documents and interviews with Primary Health Care professionals in the municipality of Recife. The findings suggest that the 2016 shift in policy, marked by the ongoing dismantling of Primary Health Care, undermines the commitment to the principles of the Unified Health System. The “Previne Brasil” Program exposed these disruptions, and despite the continued presence of Family Health Support Center teams in Recife, the theoretical model remains unestablished, becoming increasingly ambiguous and a source of insecurity for professionals. Curative actions have intensified, distancing professionals from the core promotional and preventive activities of Primary Health Care, resulting in a decline in the quality of care.

Keywords primary health care; matrix support; health policy; Brazilian Unified Health System.

Resumen

La Atención Primaria de Salud es una estrategia orientada a transformar el modelo de atención y cuidado en salud, caracterizada por cuatro atributos esenciales: primer contacto, integralidad, longitudinalidad y coordinación del cuidado. El Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar, creado en 2008 para ampliar el alcance del cuidado en salud, ha experimentado cambios estructurales y financieros a lo largo de los años. El objetivo de este estudio es analizar las repercusiones del Programa Previne Brasil en la atención sanitaria ofrecida en el territorio, desde la perspectiva del Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar. Se realizó un estudio de caso único de naturaleza cualitativa, basado en documentos normativos y entrevistas con profesionales de la Atención Primaria en el municipio de Recife. Se concluye que el cambio de propuesta en 2016, caracterizado por la constante desestructuración de la Atención Primaria, rompe con el compromiso hacia los principios del Sistema Único de Salud. El Programa Previne Brasil evidenció estas rupturas y, a pesar del mantenimiento de los equipos del Núcleo de Apoyo en Recife, el modelo teórico aún no estaba consolidado, volviéndose cada vez más difuso y generando inseguridad entre los profesionales. Las acciones curativas se intensificaron, alejando a los profesionales de las actividades prioritarias de promoción y prevención en la Atención Primaria, lo que resultó en una disminución de la calidad de la atención.

Palabras clave atención primaria de salud; apoio matricial; política de salud; Sistema Único de Salud de Brasil.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado na Constituição Federal de 1988, é fruto de lutas sociais que se consolidam na 8ª Conferência Nacional de Saúde, confrontando o avanço de políticas neoliberais que se contrapõem ao bem-estar social e reverberam a saúde como mercadoria, centrada no modelo médico hegemônico (Giovanella, Franco e Almeida, 2020).

A Atenção Primária à Saúde, no Brasil Atenção Básica (AB), como parte da organização da rede de saúde, é mencionada pela primeira vez no Relatório de Dawson (1920), que a prevê como estratégia para acesso à assistência e à promoção da saúde. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada principal no SUS e estrutura a Atenção Básica, reorientadora das ações e serviços de saúde de forma descentralizada, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Brasil, 2010).

Com vistas a efetivar o cuidado em saúde no âmbito da AB, Starfield (2002) aponta quatro atributos essenciais da atenção primária: primeiro contato (avaliação da acessibilidade ao serviço); abrangência/integralidade (responsabilidade e reconhecimento das situações para as quais os serviços estão disponíveis); longitudinalidade/vínculo (fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo) e coordenação da atenção (continuidade do cuidado e acesso em tempo oportuno, sendo atributos

incorporados na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (Brasil, 2006). Com base nisso, há a compreensão de que, para produção do cuidado em saúde, é necessária uma ação integral, fruto de inter-relações entre usuários, profissionais e instituições, que possibilitem tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (Pinheiro, 2008).

Considerando o objetivo proposto para efetivação da AB, relacionado à resolutividade do cuidado e ao aumento da abrangência das ações de promoção e prevenção, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (Brasil, 2008) foi criado e incorporado à nova Pnab em 2011 (Brasil, 2011b). O processo de trabalho dessas equipes era organizado com foco nos territórios de sua responsabilidade, em conjunto com a equipe de Saúde da Família (eSF). Para isso, era de suma importância o correto entendimento da expressão apoio, que remete a uma tecnologia de gestão denominada de apoio matricial, que se complementa com processo de trabalho em equipes de referência. O apoio matricial apresenta duas dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógica. A dimensão assistencial refere-se à produção de ação clínica direta com os usuários e a técnico-pedagógica como eixo da produção de apoio educativo com e para as equipes (Brasil, 2009). Além dessas, há, na literatura, a inclusão da dimensão do apoio institucional, que remete às discussões quanto ao processo de trabalho e organização de serviços de saúde (Moura e Luzio, 2014).

Neste contexto, o financiamento do Nasf foi definido a partir da portaria n. 154/2008, segundo a qual os recursos saíam da fração variável do Piso da Atenção Básica (PAB) (Brasil, 2008), e, em 2012, incorporado ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) (Brasil, 2011a), programa de adesão voluntária dos municípios, em que, por meio de instrumentos de avaliação e monitoramento, estavam previstos importantes incentivos financeiros para qualificação de eSF e Nasf (Brocardo et al., 2018).

Em 2019, houve uma reorientação do modelo de financiamento da AB, estabelecido na portaria n. 2.979 de 2019 (Brasil, 2019a), que institui o Programa Previne Brasil (PB), com três componentes, e em que, para cálculo de cada um, considera-se: capitação ponderada (de acordo com a população cadastrada na ESF e equipe de Atenção Primária (eAP); pagamento por desempenho (indicadores de processo e resultados intermediários das equipes, resultados em saúde, e globais; e ações estratégicas (direcionadas às especificidades e prioridades em saúde, aspectos estruturais das equipes).

O Previne Brasil extinguiu o financiamento federal destinado ao Nasf, culminando na nota técnica n. 3, de 2020 (Brasil, 2020), que deixou a cargo do gestor local a escolha de manter o funcionamento do Nasf. Nesse momento, incidiu também sobre o caráter multiprofissional da ESF, que tinha no Nasf a complementaridade de saberes e práticas, visando ampliar a resolutividade e capacidade de cuidado da AB (Melo et al., 2019), além da utilização de indicadores e metas que não contemplam a especificidade do trabalho realizado (Gonçalves et al., 2015).

Em 2023, a portaria GM/MS n. 635, de 22 de maio de 2023, definiu e criou incentivo financeiro federal para a implantação, custeio e desempenho das equipes multiprofissionais na APS (eMulti). Ainda que haja essa retomada das eMulti e a portaria cite ações de apoio matricial, ela não enfatiza a manutenção do apoio matricial como referencial teórico-metodológico de atuação dessas equipes. Inclui, em seu escopo, oferta de ações remotas, novas especialidades médicas em sua composição, a ampliação da carga horária e pagamento por indicadores de desempenho (Brasil, 2023).

O processo de trabalho no SUS sofre mudanças conforme o cenário histórico e político e do modelo de atenção adotado, o que reverbera na conformação da AB. A proposta da AB configura-se com base na lógica do trabalho coletivo, multidisciplinar e interdisciplinar, em busca de garantir a efetivação do primeiro contato, abrangência, integralidade, longitudinalidade, vínculo e coordenação. No entanto, no modelo assistencial, quando centralizado na ótica hegemônica neoliberal, observa-se a “tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador quanto, no caso da saúde, a regular o produtor direto dos cuidados”, acarretando em uma saúde individual, centralizada e distanciando-se do coletivo e cuidado em saúde (Schraiber et al., 1999).

Considerando as alterações na proposta da AB, consolidadas por meio do modelo de financiamento proposto pelo programa Previne Brasil, o presente estudo objetiva analisar as repercussões do Programa Previne Brasil no cuidado em saúde ofertado no território do Recife, na perspectiva do Nasf.

Métodos

Trata-se de um estudo de caso único, de natureza qualitativa (Yin, 2001).

O local da pesquisa foi uma microrregião de saúde pertencente ao município do Recife. O município é localizado no estado de Pernambuco e possui uma área de 218 km², com uma população de 1.488.920 habitantes conforme censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022. A composição territorial de Recife abrange 94 bairros, estruturados em 6 (seis) regiões político-administrativas (RPA), conformadas em 8 distritos sanitários (DS), que visam o fortalecimento de ações de saúde desenvolvidas no território, respeitando os princípios de regionalização e hierarquização e considerando maior eficiência econômica e social (Recife, 2018).

Em Recife, identificou-se, em 2023, 137 Unidades de Saúde da Família (USF), com 281 eSF, 52 equipes de agentes comunitários de saúde (eACS) e 20 equipes Nasf (eNasf), que dão suporte às eSF (Recife, 2018). Os participantes foram dez profissionais da saúde pertencentes a uma equipe Nasf, uma eSF apoiada por esse Nasf e a gerência do território onde atuam essas equipes.

Para os profissionais pertencentes à eMulti, foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão: exercer a função de profissional do Nasf; exercer função gestora com relação direta ao Nasf; ter no mínimo dois anos de experiência no Nasf do município do Recife; e pertencer à área de abrangência de uma das três microáreas do DS selecionado. Em relação aos profissionais da eSF, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: exercer a função de profissional da eSF; ter no mínimo dois anos de experiência na eSF do município do Recife; e pertencer à área de abrangência de uma das três microáreas do DS selecionado. Foram excluídos os profissionais que no momento da coleta estavam afastados do trabalho.

As técnicas de coleta e fontes de dados foram entrevistas semiestruturadas (dados primários) e a análise documental (dados secundários). As entrevistas aconteceram em setembro e outubro de 2023, cujo roteiro incluía questões sobre o início da implementação do Nasf no Recife, processo de trabalho do Nasf, implantação do Previne Brasil e percepção dos profissionais quanto à oferta do cuidado em saúde diante do programa. Realizou-se, para coleta de dados secundários, análise de documentos orientadores da atuação do profissional Nasf, produzidos pela Prefeitura Municipal do Recife entre 2014 a 2023, sendo filtradas palavras-chave relacionadas ao objetivo do estudo. Os documentos foram disponibilizados a partir de solicitação formal para uso nesta pesquisa.

Empreendeu-se análise de conteúdo, que “é uma técnica de tratamento de dados que visa à interpretação de material de caráter qualitativo, assegurando uma descrição objetiva, sistemática e com a riqueza manifesta no momento da coleta” (Guerra, 2014). Utilizou-se, ainda, a condensação de significados, que objetiva a abreviação e sintetização dos significados encontrados nas entrevistas sem a perda de sua essência (Kvale, 1996).

A análise se pautou por dois eixos: contextualização do processo de implantação e implementação do Previne Brasil no Recife; processo de trabalho diante do Previne Brasil e o cuidado em saúde.

Resultados e discussão

Analisaram-se 13 documentos que norteiam a atuação dos profissionais do Nasf no município do Recife, dos quais três foram construídos após a publicação da portaria n. 2.979/2019 (Quadro 1).

Quadro 1 – Normativas que subsidiam o processo de trabalho do Nasf no município de Recife, Pernambuco.

Documento	Ano	Principais aspectos identificados/ analisados
D1 Atribuições campo e núcleo dos profissionais integrantes da equipe do Nasf da cidade do Recife/ PE: Terapeuta Ocupacional	2014	- Definição das áreas prioritárias e complementares - Atribuições de campo e de núcleo de saber das categorias profissionais - Apresentação do modelo teórico-metodológico do apoio matricial
D2 Atribuições campo e núcleo dos profissionais integrantes da equipe do Nasf da cidade do Recife/ PE: fisioterapeuta		
D3 Atribuições campo e núcleo dos profissionais integrantes da equipe do Nasf da cidade do Recife/ PE: Fonoaudiólogo		
D4 Atribuições campo e núcleo dos profissionais integrantes da equipe do Nasf da cidade do Recife/ PE: Nutricionista		
D5 Atribuições campo e núcleo dos profissionais integrantes da equipe do Nasf da cidade do Recife/ PE: assistente social		
D6 Atribuições campo e núcleo dos profissionais integrantes da equipe do Nasf da cidade do Recife/ PE: Farmacêutico		
D7 Atribuições campo e núcleo dos profissionais integrantes da equipe do Nasf da cidade do Recife/ PE: Psicólogo		
D8 Atuação do Nasf da cidade do Recife-PE	2016	- Dimensões do modelo teórico-metodológico do apoio matricial - Áreas prioritárias de atuação do Nasf Recife
D9 Referências básicas para atuação do profissional do Nasf da cidade do Recife.		- Definição dos princípios e diretrizes norteadoras do Nasf Recife - Modelo de gestão do Nasf Recife - Não apresenta áreas complementares. - Reformulação das ações de campo de saber - Educação permanente como importante ferramenta para consolidação do apoio matricial - Apresenta instrumentos e ferramentas de monitoramento e avaliação.
D10 Espaços de educação permanente do Nasf no município do Recife		Descrição dos espaços de educação permanente existentes no município, a saber: reunião distrital, reunião de núcleo e reunião de equipe

Continua>>

Quadro 1 – Normativas que subsidiam o processo de trabalho do Nasf no município de Recife, Pernambuco. Conclusão

Documento	Ano	Principais aspectos identificados/ analisados
D11 Portaria n. 15/2020-GAB-SS, de 19 de Fevereiro de 2019	2020	• Define o Nasf como equipes multiprofissionais integrantes do modelo da Atenção Primária à Saúde do Recife, atuando nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica, incluindo apoio matricial às equipes de Saúde da Família.
D12 Atuação no Nasf em tempo de pandemia da covid-19		• Estratégias para desenvolvimento das ações do Nasf Recife na pandemia da covid-19
D13 Memorial Nasf Recife		• Reafirmação do modelo teórico-metodológico do apoio matricial e das diretrizes norteadoras do processo de trabalho do Nasf • Não dialoga sobre núcleo de saber e processo de trabalho <i>in loco</i>. • Manutenção de áreas prioritárias e exclusão das áreas complementares SANAR, PSE e saúde do trabalhador • Ações/estratégias de monitoramento considerando os indicadores do Previne Brasil • Proposta de reorganização do processo de trabalho considerando a CasAPS

Fonte: elaboração própria.

Nota: Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; SANAR – Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas; PSE – Programa Saúde na Escola.

Todos os documentos abrangeram aspectos que norteiam o processo de trabalho das eNasf no município do Recife, apresentando a maneira pela qual essas equipes se estruturaram a partir da sua implantação no município, em 2010, até 2023. Apesar da sua implantação ter sido no ano de 2010, observa-se que o primeiro documento orientador disponibilizado sobre o Nasf do Recife foi referente ao ano de 2014. Salienta-se que três documentos foram construídos após o Previne Brasil, desses apenas dois esboçam como se configura o processo de trabalho das equipes (D12 e D13). Entre 2020 e 2023, nenhum outro documento orientador foi lançado ou divulgado. Quatro dos documentos analisados dialogam sobre os atributos essenciais da AB.

Em relação ao perfil demográfico dos profissionais entrevistados, identifica-se que 90% (9) são do sexo feminino e 10% (1) do masculino, em que 60% (6) são autodeclarados raça/cor branco e 40% (4) como pardo ou preto, com faixa etária predominante dos 40 a 45 anos (60%), apresentando a média de 42 anos. Quanto ao perfil profissional, o tempo médio de trabalho na Atenção Básica é de 11 anos, com predominância de vínculo empregatício estatutário (70%) e carga horária 40h (80%), 50% atuam ou já atuaram no setor privado.

Contextualização do processo de implantação e implementação do Previne Brasil

Desde sua implantação em Recife, em 2010, as equipes do Nasf passaram por diversas mudanças estruturais e organizacionais de seu processo de trabalho. Os profissionais identificam que no momento em que as equipes foram implantadas em Recife, havia uma maior organização. A equipe então previa o profissional sanitarista em sua composição e tinha acesso a recursos e insumos necessários para sua efetivação, como transporte, materiais de expediente e de educação em saúde. De acordo com os entrevistados, desde 2016 a política vem sendo atravessada pela escassez e ausência de acesso a recursos materiais, humanos e operacionais, resultando na perda de transporte para acessibilidade territorial e a exclusão do profissional da saúde sanitarista de sua composição.

Destaca-se que, em 2016, foi instituído em âmbito nacional o “Novo Regime Fiscal”, proposto na emenda constitucional (EC) n. 95/2016 (Brasil, 2016a), que congelou gastos públicos por vinte anos e radicalizou os princípios da “austeridade” na gestão pública e cuja revogação, em dezembro de 2022, foi condicionada a um marco fiscal ainda restritivo. Diversos autores já sinalizaram os riscos de retrocessos diante das restrições financeiras e possível descontinuidade de incentivos por desempenho na AB (Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, 2018).

No primeiro momento de implantação do Nasf em Recife, houve a descentralização de referências da gestão de nível municipal para garantia de espelhos nos DS e a oferta pelo município de uma oficina para discussão sobre a estratégia Nasf e seu processo de trabalho. Os entrevistados destacaram a oficina como essencial para fortalecer e empoderar sua atuação, lamentando sua não repetição nos últimos anos, diante da rotatividade de profissionais.

As mudanças de coordenação à nível municipal para essa política imprimiram uma marca no processo de consolidação do Nasf Recife, pois cada gestor apresentava instrumentos e ferramentas construídas e instituídas. Como exemplo, nos documentos (D8, D9 e D10) nota-se a partir de 2016 a menção sobre a “agenda padrão” que define carga horária destinada para as atividades que competem ao apoio matricial, a fim de organizar e direcionar o processo de trabalho das equipes e a inclusão da importância da criação e monitoramento dos indicadores, a saber: atendimento individual, atendimento domiciliar, atendimento compartilhado e atividades coletivas.

Com base na análise dos documentos municipais (D1 a D10), evidenciou-se que, entre 2014 e 2016, houve uma reformulação das atribuições que competem aos profissionais das eNasf. No primeiro momento, o município debruçou-se em fortalecer espaços direcionados à efetivação da educação permanente no campo técnico-pedagógico, por meio de reuniões de equipe, planejamento de ações e matriciamento. Foram, então, definidas quatro áreas prioritárias para atuação do Nasf: atenção materno-infantil; atenção às pessoas com condições/doenças crônicas; reabilitação psicossocial; e reabilitação. Para tais áreas prioritárias, foram definidas como complementares: assistência farmacêutica; alimentação e nutrição; práticas corporais e atividade física; Práticas Integrativas e Complementares (Pics); Sanar-Recife (programa direcionado a doenças negligenciadas); Programa Saúde na Escola (PSE); e saúde do trabalhador.

A partir de 2016, os documentos municipais (D8, D9 e D10) apontam que as eNasf ganharam maior autonomia nas suas ações clínico-assistenciais. Neste momento, não há menção quanto à atuação dos profissionais na prática do acolhimento, humanização e da gestão integrada, sendo essas características destacadas na atuação de campo de saber das diretrizes de atuação do Nasf (Brasil, 2009) e norteadoras do cuidado na saúde.

Nacionalmente, na construção histórica do Nasf, Mattos, Gutiérrez e Campos (2022) identificam que, em 2016, havia um cenário de ampliação do apoio com ênfase na dimensão clínico-assistencial. Destaca-se que, nesse momento, o advento do grande número de sequelas geradas pelo zika vírus corroborou para a exigência do Ministério da Saúde para composição de eNasf com ao menos um profissional de fisioterapia e a recomendação de profissionais de áreas afins de reabilitação (Brasil,

2016b). Para subsidiar esse trabalho, foi lançado o manual “A estimulação precoce na Atenção Básica”, em que, nas suas considerações finais, reitera-se a orientação de direcionamento à dimensão clínico-assistencial e sinaliza-se a importância da abordagem individual na estimulação precoce (Brasil, 2016b; Mattos, Gutiérrez e Campos, 2022).

Em 2017, foi publicada uma nova revisão da Pnab, apresentando retrocessos quanto à atenção integral e universal, além de perda de recursos da ESF para outras configurações da AB (Morosini, Fonseca e Lima, 2018). A nova Pnab altera a nomenclatura da sigla de “apoio” para “ampliado” (Brasil, 2017), e, apesar de não promover alterações nas categorias profissionais e na carga horária, evidencia mudanças quanto à concepção do trabalho, levando à possibilidade de se reduzir a sua função de apoio e indicando novos desafios na configuração do seu processo de trabalho (Melo et al., 2018).

O município de Recife não aderiu a essa alteração e permaneceu com o uso do termo apoio. Isso implica também que a sua atuação não foi ampliada para eAB (equipes de Atenção Básica tradicionais–nominadas eAP na portaria GM/MS n. 60/2020), também denominadas de equipes incompletas que não possuem ACS, que, no município, respondem pelos territórios que não dispõem de cobertura da ESF. Mazza et al. (2020, p. 22) apontam que a extensão dessa responsabilidade para as eAB/eAP pode ampliar as dificuldades para operacionalização da lógica do apoio matricial, apresentando risco de os profissionais atuarem como “ambulatório de especialidades”, divergindo com a perspectiva da clínica ampliada e compartilhada.

Implantação e implementação do Previne Brasil no município do Recife

No momento de implantação e implementação do Previne Brasil em Recife, os profissionais argumentam que não houve transparência no processo, como também a explanação e sensibilização para os profissionais quanto aos critérios ou metas de elegibilidade dos indicadores de acompanhamento. Consequentemente, o trabalho foi se definindo de forma desarticulada e não planejada, concentrado no cumprimento das demandas estabelecidas pelo programa. Com isso, sem a oferta de uma orientação aos profissionais, estes se viram pressionados a dar conta de um ideário considerado incoerente com as necessidades de saúde do território, direcionados a atingir as metas que se apresentaram como números, observada a redução na qualidade do atendimento.

Não considero que tenha existido um preparo nem das eSF nem das eNasf sobre a implantação disso, foi, foi realmente “cumpra-se” (...) (P2 Nasf, 2023).

A gente não chegou a discutir isso ainda, eu acho que teve tantas coisas que a gente não se debruçou a isso, é como se a gente tivesse assim preocupado com o que *tá* mais emergente (...)” (P5 Gestor, 2023).

(...) agora é quantidade, *né*? E que é uma pena para eSF, porque eu acho que a partir desse momento que você contabiliza, que você exige gestnúmero, você esquece da qualidade e qualidade não pode estar distante no Saúde da Família (...) (P7 eSF, 2023).

Ressalta-se que “a introdução de reformas no modo de pagamento de serviços pode produzir impactos perversos e inesperados” (Massuda, 2020). Assim, “recomenda-se que possíveis mudanças sejam incrementais e evitem rupturas bruscas, que possam causar efeitos colaterais ao sistema de saúde” (Mathauer et al., 2019, p. 4).

Nesse caso, a mudança de financiamento realizada por meio do Previne Brasil não envolveu aporte adicional de recursos federais para o SUS e rompeu com as antigas regras de financiamento, com risco de agravar a instabilidade financeira nos municípios. Apesar de o financiamento ter um componente de ajuste que considera critérios de vulnerabilidade socioeconômica, demográficos e de classificação geográfica de municípios, as metas cadastrais de 4 mil pessoas, no mínimo, sobrecarregam as equipes, impedindo a atenção adequada, de base comunitária (Melo et al., 2019).

A remuneração de serviços por meio da avaliação de desempenho objetivou estimular que as equipes aumentassem a produtividade para alcance de metas preestabelecidas, contudo estudos sobre os efeitos dos programas de pagamento por desempenho evidenciam modestas melhorias em indicadores de processo sob avaliação (Mendelson, 2017) e nenhuma melhoria plausível nos resultados em saúde (Ryan et al., 2016). No caso do Previne Brasil a expectativa de perdas financeiras para os municípios gerou flexibilizações e postergamentos na implantação do componente de desempenho (Costa, Silva e Jatobá, 2022). Ainda assim, esperou-se dos municípios a maior atenção nos indicadores monitorados, alterando a finalidade do trabalho das equipes de AB com foco nos problemas de saúde apresentados no território (Massuda, 2020). Análise da resposta dos municípios do terceiro quadriênio de 2021 e no primeiro quadriênio de 2022 indicou baixíssima cobertura dos indicadores do Previne Brasil, sobretudo no âmbito materno-infantil, e declínio da oferta de vacina contra a poliomielite (Costa, Silva e Jatobá, 2022).

Nesse cenário, com a perda do financiamento do Nasf em 2019, observou-se no município analisado um movimento de insegurança, tanto dos profissionais quanto dos gestores em relação à manutenção da política de saúde, principalmente para aqueles que tinham vínculos fragilizados.

quando veio a questão do Previne também muita gente se desestabilizou, aquele desespero geral e aí eu acho também, quem era do contrato, quem era CLT viu que era muito frágil também, é um vínculo que é frágil (...) (P6 Nasf, 2023).

eu sou obrigado a atingir meta que, na verdade, é [sic] só números, nem tenho muito o que falar porque não é todo mundo que recebe a bonificação do Previne... (P10 eSF, 2023).

Mesmo após o município divulgar a portaria municipal n. 015/2020 (Secretaria Municipal de Saúde de Recife, 2020), que definiu o Nasf-AP Recife, garantindo a manutenção das eNasf e a permanência da operacionalização por meio do modelo teórico-metodológico de apoio matricial, a insegurança persistiu. Essa sensação se manteve porque havia a compreensão de que essa manutenção do financiamento estava sob ameaça de permanência a longo prazo, pois dependeria do interesse do gestor municipal. Além disso, aponta-se, nesse momento, a invisibilidade dessa política no município:

mas, por exemplo, nunca mais eu recebi uma solicitação de coparticipação do Nasf numa discussão de óbito, isso acontecia demais... (P5 Gestor, 2023)

a gente continua podendo contar com eles, mas... não tem Nasf dentro do Previne, né, nítido, nem que seja assim, nem que seja só deles (...) não percebo do Nasf dentro do Previne (P7 eSF, 2023).

Nesse contexto, o trabalho interprofissional tem sido enfraquecido em razão do incentivo à focalização em ações estratégicas, o que reforça a lógica de recompensa ou produtivismo e intensifica o desconhecimento das redes de atenção à saúde (RAS) (Mendes, Carnut e Guerra, 2022).

Além disso, a fragilização dos vínculos empregatícios, decorrente da precarização do trabalho (baixa remuneração e acúmulo de vínculos, por exemplo), é apontada em alguns estudos como um desafio para efetivação do trabalho dessas equipes (Melo et al., 2019). A instabilidade provocada pela fragilização dos vínculos empregatícios se expressa em maior rotatividade entre trabalhadores, impactando a qualidade da assistência, integralidade da atenção e estabelecimento do vínculo com a população e os demais profissionais (Alexandre e Romagnoli, 2017).

Assim, a pandemia da covid-19 se sobrepôs ao processo de implementação do Previne Brasil, e os documentos analisados expressam que as atividades e ações das eNasf voltaram-se para: manutenção de atendimentos individuais de urgência e de usuários que já estavam em acompanhamento; telemonitoramento de casos sintomáticos e confirmados da covid-19; e ações educativas em comércio

local. São identificados desvios da atuação no território, com a atuação dessas equipes atreladas ao suporte à campanha de vacinação nos polos do município e em atividades organizacionais e clínicas. O município apresentou, como uma inovação desse período, o uso das tecnologias digitais para manutenção do acompanhamento dos usuários cadastrados.

Considerando a preocupação dos gestores municipais da política na garantia e manutenção no investimento para essas equipes no município, buscou-se, com base nos indicadores do Previne Brasil, compreender de que forma o Nasf poderia contribuir. Para isso, o município seguiu as orientações da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS), incluindo como pauta a reorganização das ações em Carteira de Serviços na Atenção Básica, a CaSAPS, organizada nos eixos: atenção e cuidados centrados na saúde do adulto e do idoso; atenção e cuidados centrados na saúde da criança e do adolescente; e vigilância em saúde e promoção à saúde. A saúde mental e funcional foi transversal a todos os eixos. A CaSAPS foi lançada em 2020 pelo Ministério da Saúde e objetiva fortalecer a oferta de cuidados próprios da AB, em resposta à orientação e necessidade, sinalizada pela Pnab 2017, de definição de um escopo de serviços a serem ofertados nesse âmbito, presumindo a garantia da coordenação do cuidado e ampliação do acesso. Nesse documento, os serviços se distribuem em: vigilância em saúde; promoção da saúde; cuidados; cuidados centrados na saúde do adulto e do idoso; atenção e cuidados centrados na saúde da criança e do adolescente; procedimentos na AB; e atenção e cuidados relacionados à saúde bucal (Brasil, 2019b).

Nota-se, na CaSAPS, o predomínio de ações e práticas clínicas individuais e assistencialistas, em que o uso do termo território é reduzido à ideia de âmbito local e a integralidade e participação popular não são especificadas. Também não aparecem referências à organização do trabalho multidisciplinar, apenas em menções predominantemente associadas a condições específicas, como violência contra a mulher e cuidados paliativos, provocando insegurança para efetivação do Nasf (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020). Considerando esse direcionamento reducionista, Morosini, Fonseca e Baptista (2020) indicam que o Previne Brasil, associado a CaSAPS, contribui para o aprofundamento da privatização na Atenção Básica.

Apesar da proposta de CaSAPS apresentada, não foi sinalizada sua implementação. Assim, o monitoramento dos indicadores das eNasf Recife foi reformulado (D13), concentrando-se em ações voltadas para o acompanhamento dos eixos: pré-natal, cobertura vacinal, doenças crônicas e de rastreamento por meio do citopatológico. São identificadas também alterações nas áreas complementares de atuação do Nasf, como a remoção do Sanar-Recife, PSE e saúde do trabalhador, mudanças nas áreas prioritárias.

Mesmo com a mudança da nomenclatura Nasf para eMulti e a retomada do financiamento federal, os profissionais argumentam que ainda não estão claras as orientações da gestão municipal para essa política. Eles demonstram preocupação com o novo formato e o perfil dos profissionais que irão ocupar esse espaço, o que acarreta insegurança diante da possibilidade de centralização do olhar biomédico e da prática ambulatorial na AB.

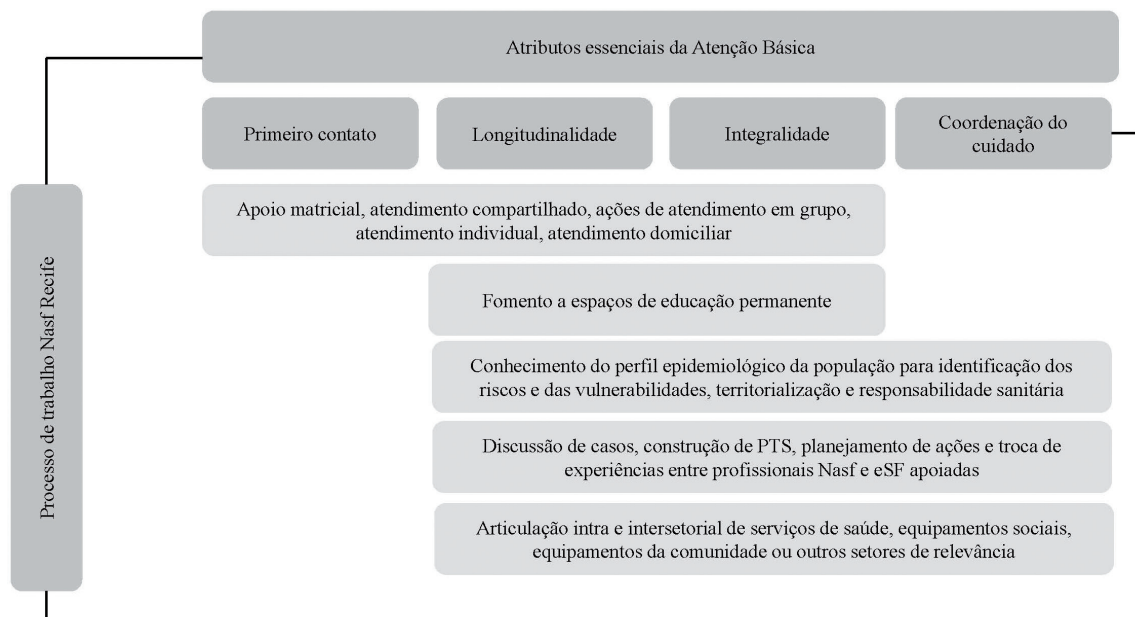
Processo de trabalho diante do Previne Brasil e o cuidado em saúde

Esta análise recaiu sobre os aspectos dos documentos do município que fundamentam o processo de trabalho do Nasf Recife. Com base nisso, relacionaram-se as ações realizadas com os atributos essenciais da AB, conforme conceitos fundamentais apontados por Starfield (2002) (Figura 1).

Compreendeu-se a importância da educação permanente para o fortalecimento da longitudinalidade do cuidado e da integralidade, visto seu papel técnico-pedagógico na organização e qualificação do processo de trabalho. Observa-se que as ações e atividades orientadoras da atuação dos profissionais no município aparecem de forma transversal para alguns atributos.

Com base nas entrevistas, identificou-se como a prática no território influenciou o cuidado em saúde ofertado.

Figura 1 – Síntese dos atributos essenciais da Atenção Básica diante dos aspectos fundadores do processo de trabalho do Nasf, no município de Recife.



Fonte: elaboração própria com base em Recife (2020) e em outros documentos de 2014 e 2016 que não estão disponíveis em acesso aberto.

As diretrizes norteadoras do processo de trabalho do Nasf em Recife são: territorialização e responsabilidade sanitária; trabalho em equipe; integralidade; e a autonomia dos indivíduos e coletivos. Tais diretrizes atribuídas ao Nasf no município do Recife não mencionam a educação popular, educação permanente em saúde, humanização, participação social e intersectorialidade e, portanto, não coincidem com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009).

Apesar de a educação permanente em saúde não estar como diretriz norteadora do processo de trabalho dessas equipes no município, é visualizada nos documentos analisados como importante para o fortalecimento e efetivação do apoio matricial. Ao mesmo tempo, essa ausência se contrapõe à característica mencionada como prioritária na “agenda padrão” dos profissionais, o que refletiu na reestruturação que ocorreu a partir de 2016.

Os profissionais identificam que, desde a implantação do Nasf no município, enfrentam dificuldades de consolidação efetiva de um modelo teórico-metodológico do apoio matricial, principalmente em ações que envolvam a integração à eSF. O momento em que o Previne Brasil é instituído coincide com a pandemia da covid-19, considerada como um marco agravante para fragilização desses processos que, para eles, já vinham apresentando expressiva descaracterização.

vinha anterior à pandemia já com o aumento do número de cobrança dessas metas que precisavam ser estabelecidas, certo? De diversos programas que vão assim, a quantidade de cobranças que vão havendo dos profissionais muito sem pensar, necessariamente no Previne, elas vão sendo aumentadas (P2 Nasf, 2023).

No momento de implantação, a proposta do Nasf tinha a perspectiva de avanço para concretização de ações centradas no usuário, ao mesmo tempo que teve a possibilidade de contribuir para remodelar os “fazer” na AB. Entretanto, sua proposta estava sujeita a desafios quanto à definição de prioridades de atuação, organização e planejamento de ações de saúde diante do perfil epidemiológico e territorial, criação de possibilidades de atuação integrada, intersectorial, e a definição da forma pela qual poderia colocar o usuário no centro do sistema de saúde, atuando como corresponsável (Bezerra, 2013).

O principal desafio ao apostar na proposta do Nasf foi a inclusão na AB de uma equipe multiprofissional que conseguisse trabalhar de forma interdisciplinar com a eSF e colaborar para modificações no modelo de atenção à saúde (Bezerra, 2013). Para efetivação do seu processo de trabalho são obstáculos: precarização dos contratos de trabalho, acúmulo de vínculos, baixa remuneração e estabelecimento de metas de produção para as equipes, fragilidade na formação de profissionais e gestores para o trabalho interprofissional, o que acarreta dificuldade para definição de agenda compartilhada (Mazza, 2020).

A pandemia da covid-19 não pode ser compreendida como causa única das contradições e fragilidades na AB, que, desde 2016, anunciava o desabastecimento de insumos e medicamentos assistenciais, ausência ou precariedade na contratação de recursos humanos e sobrecarga dos municípios. Essa sobrecarga e essa precariedade evidenciaram-se no aprofundamento de uma difícil realidade concreta para os profissionais no período de crise. Ao somar-se à ausência de autoridade e coordenação intergovernamental, à insuficiência e morosidade na alocação de recursos, ao negacionismo científico e à centralização de iniciativas de atenção de cunho individual de casos graves, expressam uma direcionalidade para a redução da AB (Giovannella et al., 2021).

Nesse cenário, com a retomada das atividades no território graças à imunização em massa e ao controle da covid-19, foram reveladas e acentuadas as fragilidades e barreiras para efetivação do processo de trabalho dessas equipes. Identifica-se, nesse momento, que as principais alterações advindas do Previne Brasil foram o distanciamento entre a Estratégia Saúde da Família e o Nasf, uma vez que as eSF focalizaram suas atividades no território para alcance de indicadores e metas do programa, dificultando e limitando a realização de atividades essenciais para efetividade do cuidado na AB, como: identificação das necessidades de saúde e planejamento conjunto, ações e atividades coletivas de promoção da saúde e educação permanente. Com isso, houve um deslocamento ainda maior do trabalho do Nasf para a dimensão clínico-assistencial, a partir do aumento da demanda de atendimentos individuais e da cobrança da gestão para realização de atendimento compartilhado, dando maior foco à quantidade de produção nesses indicadores.

Na verdade, a demanda é muito grande de atendimento, então a gente não consegue fazer de repente ações, a gente tenta, às vezes consegue, às vezes não consegue, não como antes porque tem que atingir meta (P10 eSF, 2023).

não tá tendo a priorização do que precisa vir antes, que são os grupos; a gente teve uma queda muito significativa da quantidade de grupos realizados e de matriciamento mesmo (P2 Nasf, 2023).

Em contrapartida, ao mesmo tempo que o indicador de atendimentos compartilhados é enfatizado pela gestão municipal para o Nasf, este não é um indicador que o Previne Brasil abrange em seu escopo para as eSF. Essa diferença ocasiona antagonismo na inserção da multiprofissionalidade, não permitindo que a participação desses profissionais em um momento de consulta à eSF se estenda para uma escuta qualificada, diante da meta numérica que as eSF apoiadas necessitam alcançar.

Dessa maneira, os profissionais se compreendem como focalizados nos indicadores, principalmente para captação de hipertensos e diabéticos e em acompanhamento pré-natal, apresentando dificuldade em responder às demais demandas da população em geral, muitas vezes reprimidas. Reconhece-se, nesse momento, perda na capacidade resolutiva das equipes no território, uma vez que, em detrimento das necessidades de saúde da população adscrita, dão enfoque às condições de saúde específicas condicionadas aos indicadores. Com isso, identifica-se a fragilização em todos os âmbitos de atributos essenciais da AB que direcionam o processo de trabalho do Nasf sob a ótica do apoio matricial, sendo o da coordenação do cuidado aquele que apresentou maior distanciamento de seus eixos com a realidade.

Lima et al. (2018), ao analisarem a consecução dos atributos da AB na prática das equipes na perspectiva de profissionais e usuários, por meio da comparação do ciclo 1 e 2 do Pmaq-AB, sinalizam melhoria nos resultados dos indicadores de primeiro contato e integralidade, sendo o apoio matricial

por meio do Nasf um dos importantes instrumentos para ampliação da qualidade na AB. Obteve-se, nos dois ciclos, pior avaliação nos atributos da longitudinalidade e coordenação do cuidado.

Assim, a fragilidade ou piora desses atributos pode se associar à baixa continuidade e qualidade da relação profissional-paciente; à dificuldade de acesso parte dos usuários à informação sobre fluxo assistencial (Marinho et al., 2015) e consultas especializadas; e aos insuficientes registros nos sistemas de informação (Lima et al., 2018). Além disso, a fragilidade na fixação, acúmulo de cargos e o tempo de atuação dos profissionais, situação acarretada pela desvalorização do trabalho na saúde e insegurança do vínculo empregatício, possui repercussão direta na efetivação dos atributos essenciais da AB e no cuidado em saúde (Marinho et al., 2015; Lima et al., 2018).

Considerando a lógica do Previne Brasil, que está calcada na destinação de recursos pelo desempenho das equipes e que enfatiza a avaliação dos resultados das ações em saúde pautada no monitoramento quantitativo dos indicadores e procedimentos, tornam-se desvalorizados os aspectos relacionais de atenção e promoção da saúde. Esse modelo pode ocasionar a redução da atenção para problemas que não estejam contemplados nas métricas de avaliação (Mendes, Carnut e Guerra, 2022), conforme apontado no presente estudo, por meio da fala dos profissionais.

Essa priorização na quantidade, em detrimento da qualidade, tende a comprometer as atividades de ensino, pesquisa e extensão diante da consequente sobrecarga dos profissionais, resultado das altas demandas de atendimento individual. Com isso, destaca-se que a formação dos profissionais, no que concerne às atividades de ensino serviço estará comprometida com predominância técnica e procedimental, pautada no modelo biomédico (Mendes, Carnut e Guerra, 2022).

A CaSAPS como está proposta dificulta ainda mais a consolidação dos atributos essenciais da AB. Nesse modelo, percebe-se afastamento da perspectiva da atenção territorializada (longitudinalidade e coordenação do cuidado), ausência de referências à multidisciplinaridade e focalização em procedimentos pautados na hegemonia biomédica, o que pode provocar o enfraquecimento de espaços de participação popular (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020).

Com isso, a efetivação do cuidado em saúde à luz dos atributos essenciais da AB é interdependente de tecnologias e práticas de produção e estabelecimento do vínculo, da autonomia e do acolhimento. No entanto, nesse cenário conflitivo no âmbito do arcabouço jurídico institucional, com fragilização do SUS, apenas os movimentos sociais e a luta pelo direito à saúde podem reafirmar o caráter público do sistema de saúde, reconhecidamente superior ao modelo biomédico liberal que vem justificando a fragmentação e focalização do sistema (Oliveira e Pereira, 2013).

Diante da focalização, houve perdas para o Nasf. Notou-se o comprometimento da qualidade do cuidado ofertado por meio da clínica ampliada, da escuta e da humanização, influenciando na desqualificação da AB e incentivando os profissionais a se distanciarem da população, o que diminui sua capacidade resolutiva e fragiliza os vínculos com a população adscrita.

Conclusões

O estudo possibilitou a contextualização do Nasf no cenário de Recife, diante do Previne Brasil e em situação de pandemia da covid-19. Com base nos documentos e entrevistas, identifica-se que o município implantou o Nasf de forma comprometida, apesar das mudanças de gestão da saúde, adequando-o ao desenho territorial local.

O município aderiu à mudança no desenho do Nasf em 2016, mas de forma pouco explícita. Destacam-se três questões nesse processo: a constante desestruturação da AB a partir de 2016, rompendo o compromisso com os princípios do SUS; antes do Previne, o modelo teórico do Nasf ainda não estava consolidado, e, após o Previne, tornou-se ainda menos explícito e fonte de inseguranças das equipes; o redirecionamento das ações do Nasf para uma AB reduzida, produtivista e biologicista, fragilizando os atributos de vínculo e coordenação.

Com isso, a política de financiamento da AB, instituída pelo Programa Previne Brasil, tornou-se a legitimação de um cenário de desfinanciamento e fragilização do cuidado em saúde, pautado nas lutas populares e necessidades territoriais presentes desde as origens do SUS.

Os executores dessas políticas e programas são os municípios, que sentem na prática as mudanças hegemônicas ou contra-hegemônicas propostas. Nesse sentido, nos documentos e entrevistas analisados, Recife não se distanciou das consequências centralizadoras e da fragilização da AB que antes era resolutiva, territorial e viva, identificadas em outros estudos. Sob a ótica da multiprofissionalidade, apesar da persistência dos profissionais e do município na manutenção do modelo teórico-metodológico do apoio matricial, houve nos últimos anos a perda de recursos materiais e humanos ocasionada pelo desfinanciamento, o fortalecimento da focalização nas demandas atreladas aos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil e o enfraquecimento da multidisciplinaridade, fazendo com que o apoio matricial não se concretizasse como componente norteador do processo de trabalho do Nasf junto com as eSF).

Esse cenário é somado à ausência de transparência no processo de implantação e implementação do programa, alargando uma ruptura já tensionada pela EC 95/2016, pela Pnab/2017 e pelo advento da covid-19. Essa instabilidade ocasionou insegurança aos profissionais do Nasf, que vivenciavam a precarização dos vínculos empregatícios, o enfraquecimento de ações de promoção da saúde e o distanciamento das necessidades de saúde do território, diante da cobrança de alcançar indicadores de desempenho ideal que não representam objetivamente a realidade da população, mas contribui para o aumento de atendimentos individuais. Essas contradições podem acarretar alta rotatividade dos profissionais e sobrecarga tanto para AB quanto aos demais serviços da RAS de referência.

Em discurso contraditório, apesar dessas (contra)reformas sinalizarem o objetivo de fortalecer e efetivar os atributos essenciais da AB, na realidade se configuram como um desmembramento e fragmentação do cuidado em saúde de base territorial e da multidisciplinaridade. Aponta-se, nesse estudo, fragilidades de efetivação em todos os atributos da AB. O aumento das práticas procedimentais e individuais, sobrecarga dos profissionais e focalização em indicadores de desempenho foram prevalentes nas falas dos profissionais entrevistados.

Conclui-se que esse modelo de gestão, centrado no resultado numérico, e não na qualidade do cuidado, é perigoso porque pode impulsionar os argumentos a favor da abertura da atuação do setor privado na AB, sob o pretexto de que o aumento nos indicadores sugere eficiência e eficácia nesse âmbito. As práticas de ensino-serviço vinculadas a cursos de graduação e pós-graduação também poderão ter prejuízos, como o distanciamento entre teoria e prática e a aprendizagem voltada para reprodução da clínica procedimental e produtivista.

Informações do artigo

Contribuição das autoras

Concepção do estudo: SGP, POD, LMBDM
Curadoria dos dados: SGP
Coleta de dados: SGP
Análise dos dados: SGP
Redação - manuscrito original: SGP, POD; FOSS
Redação - revisão e edição: SGP, POD; FOSS

Financiamento

Financiamento próprio.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses entre os autores.

Aspectos éticos

Pesquisa desenvolvida na Universidade Federal de Pernambuco Campus Recife (UFPE/Recife), registrada sob o CAAE 69411623.5.0000.5208, com aprovação em 24 de maio de 2023.

Apresentação prévia

Este artigo é resultante do trabalho de conclusão da residência multiprofissional em saúde da família, no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco em 2024.

Declaração de disponibilidade dos dados

Os dados de pesquisa não estão disponíveis.

Preprint e versão final

O manuscrito não foi disponibilizado em repositório de *preprint*.

Editora Científica

Bárbara Bulhões

Referências

ALEXANDRE, Marta L.; ROMAGNOLI, Roberta C. Prática do psicólogo na atenção básica - SUS: conexões com a clínica no território. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v. 10, n. 2, p. 284-299, 2017. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.102.12>. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822017000200013. Acesso em: 20 ago. 2023.

BEZERRA, Patrícia A. *Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades*. 2013. 109 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2013bezerra-pa.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 3 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do Nasf: núcleos de apoio à saúde da família*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Versão preliminar publicação em fase de normalização na editora do MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 3 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. 2011a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf. Acesso em: 3 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Revoga a Portaria GM n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. 2016a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm#:~:text=Emenda%20Constitucional%20n%C2%BA%2095&text=Altera%20o%20Ato%20das%20Disposi%C3%A7%C3%B5es,do%20%C2%A7%203%C2%BA%20do%20art. Acesso em: 24 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A estimulação precoce na Atenção Básica: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da síndrome congênita por zika*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso em: 19 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Nota Técnica n. 3/2020 - DESF/SAPS/MS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 635, de 22 de maio de 2023*. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 18 set. 2023.

BROCARD, Denicla *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do Pmaq. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 130-144, 2018. Número Especial. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JTpnnp9rLv7QyLYwTsc8pDQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 dez. 2023.

COSTA, Nilson R.; SILVA, Paulo R. F.; JATOBÁ, Alessandro. Avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o Programa Previne Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, p. 8-20, 2022. Número especial 8. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E8018>. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7819>. Acesso em: 10 fev. 2023.

GIOVANELLA, Lígia; FRANCO, Cassiano, M.; ALMEIDA, Patty F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p. 1.475-1.481, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZjgxYdjYG/?lang=pt>. Acesso em: 2 jul. 2024.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 748-762, 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZfQRy/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2023.

GONÇALVES, Rita M. A. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). São Paulo, Brasil. São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, n. 40, v. 131, p. 59-74, 2015. <https://doi.org/10.1590/0303-7657000078013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/mNVBPBGdkVY9GKnrH78Q5nf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2024

GUERRA, Elaine L. A. *Manual de pesquisa qualitativa*. Belo Horizonte: Anima Educação, 2014. Disponível em: <https://docente.ifsc.edu.br/luciane.oliveira/MaterialDidatico/P%C3%B3s%20Gest%C3%A3o%20Escolar/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas/Manual%20de%20Pesquisa%20Qualitativa.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

KVALE, Steinar. *InterViews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: SAGE, 1996.

LIMA, Juliana G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do Pmaq-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 52-66, 2018. Número Especial 1. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjqc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2023.

MARINHO, Lara M. *et al.* Atributos da Atenção Primária: Perspectiva e perfil de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, Montes Claros, v. 4, n. 2, p. 4-18, 2015. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/2683/2668>. Acesso em: 12 jul. 2024.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 25, v. 4, p. 1.181- 1.188, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLfMg/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2025.

MATHAUER, Inke *et al.* *Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic?* Geneva: World Health Organization, 2019.

MATTOS, Maurício P.; GUTIÉRREZ, Adriana C.; CAMPOS, Gastão W. S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3.503-3.516, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01472022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LMK5hJxzTYsJHr5LzdBdtsK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2024.

MAZZA, Daiene A. A. *et al.* Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no Nasf: o que a produção científica revela? *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 1-27, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/HLXN4SJnmB6sbb9MpxQyywd/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2024.

MELO, Eduardo A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, 2018. Número Especial. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2024.

MELO, Eduardo A. *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 137-144, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n5ftgSYH5bsBBJpbxR7L5RN/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2024.

MENDELSON, Aaron *et al.* The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, n. 166, v. 5, p. 341- 353, 2017. <https://doi.org/10.7326/M16-1881>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28114600/>. Acesso em: 20 ago. 2024.

MENDES, Karina M. C.; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia D. S. Cenários de práticas na atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade induzida pelo Programa Previnde Brasil. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 14, 2022. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v14.1186>. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003146381>. Acesso em: 24 set. 2024.

MOROSINI, Marcia V. G. C.; FONSECA, Angélica F.; BAPTISTA, Tatiana W. F. Previnde Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 36, v. 9, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkc3Bd6tGzq6p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2023.

MOROSINI, Márcia V. G. C.; FONSECA, Angélica F.; LIMA, Luciana D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2023.

MOURA, Renata, H.; LUZIO, Cristina, A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): para além das diretrizes. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, p. 957-970, 2014. Suplmento 1. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0333>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VycvNfzhV76ttM8sPRjhQZk/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2024.

OLIVEIRA, Maria A. C.; PEREIRA, Iara C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, p. 158-64, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 16 de out. 2024.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C. F. (org.). *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 110-114.

RECIFE (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Executiva de Planejamento. Orçamento e Gestão da Informação. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. 1. ed. Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2018. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018-2021_4.pdf. Acesso em: 15 out. 2024.

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 406-430, 2018. Número Especial 1. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S128>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KgSv54q6Sj6874xBjR7BL9P/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

RYAN, Andrew M. *et al.* Longterm evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *Lancet*, n. 10.041, v. 388, p. 268-274, 2016. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00276-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00276-2). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27207746/>. Acesso em: 18 set. 2023.

SCHRAIBER, Lilia B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 221-242, 1999. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TvtKzPc3nZQTskgqLYDL9hv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 jan. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Recife). Portaria n. 015/2020-GAB/SS, de 19 de fevereiro de 2020. *Diário Oficial [do] Estado do Recife*: Poder Executivo, Recife, ano 49, n. 21, p. 6, 20 fev. 2020. Edição 021. Disponível em: <https://dome.recife.pe.gov.br/dome/doDia.php?dataEdicao=2020-02-20>. Acesso em: 29 jan. 2025.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.