



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



BRUNA GABRIELLE DE ARAÚJO SILVA

**COMUNICAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA
REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE CRIANÇA/ADOLESCENTE COM
DOENÇA CRÔNICA**

JOÃO PESSOA

2022

BRUNA GABRIELLE DE ARAÚJO SILVA

COMUNICAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Projeto vinculado: Sistema de referência e contrarreferência nas Redes de Atenção à Saúde da criança e do adolescente com doença crônica

Orientadora: Prof^a Dr^a Elenice Maria Cecchetti Vaz

**Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

S586c Silva, Bruna Gabrielle de Araujo.

Comunicação entre as equipes de atenção básica a partir da referência e contrarreferência de criança/adolescente com doença crônica / Bruna Gabrielle de Araujo Silva. - João Pessoa, 2022.

95 f.

Orientação: Elenice Maria Cecchetti Vaz.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Comunicação em saúde. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Criança. 4. Adolescente. 5. Doença crônica. I. Vaz, Elenice Maria Cecchetti. II. Título.

UFPB/BC

CDU 61:316.77 (043)

BRUNA GABRIELLE DE ARAÚJO SILVA

COMUNICAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA



Prof^a Dr^a Elenice Maria Cecchetti Vaz (Presidente)

Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Prof^a Dr^a Neusa Collet (Membro Titular Interno)

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof. Dr Franklin Delano Soares Forte (Membro Titular Externo)

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof^a Dr^a Kenya de Lima Silva (Membro Suplente Interno)

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Enf^a Dr^a Vanessa Medeiros da Nóbrega

(Membro Suplente Externo)

DEDICATÓRIA

A todos profissionais da saúde que acreditam no poder da pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, não apenas por chegar ao fim do meu mestrado, mas por todas as etapas que me trouxeram até aqui e vão me levar ainda mais longe. Em meio ao deserto Ele me fez ver o quanto grande é o seu amor e não soltou a minha mão por nada.

Aos meus pais, **Valdira Bento e Bernardino Miguel**, que fizeram do meu sonho o deles, e não mediram esforços para que eu chegasse até aqui.

Ao meu marido, **Anderson Luiz**, pelo seu amor e cuidado que seguraram minhas mãos, minhas lágrimas e me mostra todos os dias que sou capaz de muito mais. Te amo!

A minha querida professora/orientadora, **Elenice Maria**, que acreditou em mim e sempre incentivou nosso caminhar. Ela é inspiração de cuidado, não só para suas orientandas, mas para tudo que está ao seu redor. Obrigada por tudo professora, minha trajetória precisava das suas mãos para se tornar ainda mais bonita.

A professora **Neusa Collet**, que me apresentou e me deu oportunidade de engrenar nesse mundo da pesquisa. Sou muito grata pela confiança e por me ensinar tanto.

Aos **membros da banca examinadora**, por terem aceitado e dedicado tempo para ler esse trabalho. Admiro o trabalho de vocês.

Aos meus amigos e família, que torceram por mim e acreditaram em toda minha trajetória.

*“Ao homem pertencem os planos do coração,
mas do Senhor vem a resposta da língua.
Todos os caminhos do homem lhe parecem
puros, mas o Senhor avalia o espírito.
Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os
seus planos serão bem-sucedidos.”*

Provérbios 16:1-3

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa temático dos resultados consolidados a respeito da comunicação entre as equipes multiprofissional da atenção básica e de saúde da família a partir da referência e contrarreferência de criança/adolescente com doença crônica. João Pessoa, PB, Brasil, 2022.....	33
Figura 2 - Mapa Temático para o tema: Encaminhamentos e fluxo de informações a partir da comunicação entre as equipes de atenção básica, com os subtemas e os códigos identificados. João Pessoa, PB, Brasil, 2022.....	34
Figura 3 - Mapa Temático para o tema: Modus operandi da equipe multiprofissional da atenção básica: inconstâncias nas atribuições dos profissionais influenciando a articulação com a eSF. João Pessoa, PB, Brasil, 2022.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ATI	Análise Temática Indutiva
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências em Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DESF/SAPS/MS	Departamento de Saúde da Família/ Secretaria de Atenção Primária à Saúde
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia Saúde da Família
eAB	Equipe de Atenção Básica
eCR	Equipe consultório de Rua
eSFR	Equipe Saúde da Família Ribeirinhas
eSFF	Equipe Saúde da Família Fluviais
eSF	Equipe de Saúde da Família
EP	Entrevista em Profundidade
GES	Gerência de Educação na Saúde
GEPSCA	Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SAPS/MS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde
SMS-JP	Secretaria Municipal de Saúde, João Pessoa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

SILVA, Bruna Gabrielle de Araújo. **COMUNICAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA.** Orientadora: Elenice Maria Cecchetti Vaz. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introdução: A comunicação entre as equipes que atuam na atenção primária à saúde é uma ferramenta fundamental para a efetivação do sistema de referência e contrarreferência no cuidado de crianças/adolescentes com doença crônica. A comunicação contribui para a integralidade da rede de atenção, potencializando as ações de saúde que proporcionarão a continuidade do cuidado dessa população. **Objetivo:** Compreender a comunicação entre as equipes multiprofissional da atenção básica e de Saúde da Família, a partir do sistema de referência e contrarreferência de crianças/adolescentes com doença crônica. **Método:** Pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, realizada em Unidades de Saúde da Família de um município da Paraíba. Participaram 13 profissionais, sendo uma médica, uma psicóloga, uma nutricionista, duas fonoaudiólogas, duas fisioterapeutas e seis enfermeiras (NASF-AB e ESF). As entrevistas em profundidade ocorreram por via remota entre setembro e dezembro de 2021 e os dados foram interpretados pela Análise Temática Indutiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 47656821.5.0000.5188 e Protocolo nº 4.866.676. **Resultados:** Os profissionais de saúde evidenciaram que a comunicação realizada entre as equipes multiprofissional de atenção básica e de saúde da família, não ocorre de forma adequada devido a não efetivação do sistema de contrarreferência. O não preenchimento do instrumento formal de contrarreferência, somado ao acúmulo de funções dos profissionais da equipe multiprofissional foram apontados como óbices que os impedem de realizar o suporte necessário na unidade de saúde da família e prejudicam a comunicação entre eles. **Considerações Finais:** Identificou-se a necessidade de incentivo, por parte dos gestores, para fortalecerem a comunicação entre as equipes. Quanto aos membros das equipes da atenção básica que integrem em seus processos de trabalho a comunicação por meio dos instrumentos formais, além de outros mecanismos que aumentem o vínculo entre eles, como, a realização de reuniões de equipe e elaboração de plano de cuidado em conjunto.

Descritores: Comunicação em Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Encaminhamento e consulta. Criança. Adolescente. Doença crônica.

ABSTRACT

SILVA, Bruna Gabrielle de Araújo. **COMMUNICATION BETWEEN PRIMARY CARE TEAMS FROM THE REFERRAL AND COUNTER-REFERRAL OF CHILD/ADOLESCENT WITH CHRONIC DISEASE.** Advisor: Elenice Maria Cecchetti Vaz. 2022. 96f. Dissertation (Master's in Nursing) – Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introduction: Communication between teams working in primary health care is a fundamental tool for the implementation of the referral and counter-referral system in the care of children/adolescents with chronic disease. Communication contributes to the integrality of the care network, enhancing health actions that will provide continuity of care for this population. **Objective:** To understand the communication between the multidisciplinary teams of primary care and Family Health, based on the referral and counter-referral system of children/adolescents with chronic disease. **Method:** Exploratory-descriptive research with a qualitative approach, carried out in Family Health Units in a municipality in Paraíba. Thirteen professionals participated, including a doctor, a psychologist, a nutritionist, two speech therapists, two physiotherapists and six nurses (NASF-AB and ESF). The in-depth interviews took place remotely between September and December 2021 and the data were interpreted by Inductive Thematic Analysis. The project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE: 47656821.5.0000.5188 and Protocol nº 4,866,676. **Results:** Health professionals showed that the communication between the multidisciplinary teams of primary care and family health does not occur in a adequate due to the non-effectiveness of the counter-referral system. The non-completion of the formal counter-referral instrument, added to the accumulation of functions of the professionals of the multiprofessional team, were identified as obstacles that prevent them from providing the necessary support in the family health unit and impair communication between them. **Final Considerations:** It was identified the need to encourage managers to strengthen communication between teams. As for the members of primary care teams who integrate communication through formal instruments into their work processes, in addition to other mechanisms that increase the bond between them, such as holding team meetings and drawing up a care plan together.

Descriptors: Communication in Health. Patient Assistance Team. Forwarding and consultation. Kid. Adolescent. Chronic disease.

RESUMEN

SILVA, Bruna Gabrielle de Araújo. **COMUNICACIÓN ENTRE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA A PARTIR DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL NIÑO/ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA.** Asesora: Elenice Maria Cecchetti Vaz. 2022. 96f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introducción: La comunicación entre los equipos que trabajan en la atención primaria de salud es una herramienta fundamental para la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia en la atención del niño/adolescente con enfermedad crónica. La comunicación contribuye a la integralidad de la red de atención, potenciando las acciones de salud que darán continuidad a la atención de esta población. **Objetivo:** Comprender la comunicación entre los equipos multidisciplinarios de atención primaria y Salud de la Familia, a partir del sistema de referencia y contrarreferencia de niños/adolescentes con enfermedad crónica. **Método:** Investigación exploratoria-descriptiva con abordaje cualitativo, realizada en Unidades de Salud de la Familia de un municipio de Paraíba. Participaron trece profesionales, entre ellos un médico, un psicólogo, un nutricionista, dos logopedas, dos fisioterapeutas y seis enfermeras (NASF-AB y ESF). Las entrevistas en profundidad se realizaron de forma remota entre septiembre y diciembre de 2021 y los datos fueron interpretados por Análisis Temático Inductivo. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE: 47656821.5.0000.5188 y Protocolo nº 4.866.676. **Resultados:** Los profesionales de la salud demostraron que la comunicación entre los equipos multidisciplinarios de atención primaria y salud de la familia no ocurre de manera adecuada debido a la falta de efectividad de los el sistema de contrarreferencia. La no cumplimentación del instrumento formal de contrarreferencia, sumado al cúmulo de funciones de los profesionales del equipo multiprofesional, fueron identificados como obstáculos que les impiden brindar el apoyo necesario en la unidad de salud de la familia y perjudican la comunicación entre ellos. **Consideraciones Finales:** Se identificó la necesidad de incentivar a los gerentes a fortalecer la comunicación entre los equipos. En cuanto a los integrantes de los equipos de atención primaria que integran en sus procesos de trabajo la comunicación a través de instrumentos formales, además de otros mecanismos que aumentan el vínculo entre ellos, como la realización de reuniones de equipo y la elaboración conjunta de un plan de cuidados .

Descriptores: Comunicación en Salud Equipo de Atención al Paciente. Reenvío y consulta. Niño. Adolescente. Enfermedad crónica.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1.	A rede de atenção à Saúde e suas equipes da atenção primária no cuidado de crianças e adolescentes com doenças crônicas.	16
2.2	A comunicação em saúde como ferramenta para o cuidado e acompanhamento da criança/adolescente com doença crônica	22
3.	METODOLOGIA	26
3.1.	Tipo de pesquisa	26
3.2.	Local do estudo	26
3.3.	Participantes do Estudo	27
3.4.	Procedimento de coleta de Dados.....	28
3.5.	Análise dos dados.....	29
3.6.	Aspectos éticos	31
4.	RESULTADOS.....	32
4.1.	Encaminhamentos e fluxo de informações a partir da comunicação entre as equipes de atenção básica.....	34
4.1.1.	Trâmites formais e informais do fluxo de informações nos encaminhamentos	34
4.1.2.	Contragreferência: da importância a aspectos que podem influenciá-la.....	37
4.1.3.	Estratégias de comunicação entre as equipes	39
4.1.4.	Da fragilização à busca do aprimoramento do processo comunicacional	42
4.2.	<i>Modus operandi</i> da equipe multiprofissional da atenção básica: inconstâncias nas atribuições dos profissionais influenciando a articulação com a eSF.....	44
4.2.1.	Processo de trabalho da equipe multiprofissional da atenção básica em evidência ...	45
4.2.2.	Articulando a consulta entre os profissionais das equipes	47
4.2.3.	Aspectos influenciadores da articulação e óbices decorrentes da desarticulação.....	49
5.	DISCUSSÃO	53
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICES	85

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
APÊNDICE B - Roteiro da entrevista com os profissionais	87
APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO PARA O COMITÊ DE ÉTICA	88
ANEXOS	89
ANEXO A- TERMO DE ANUÊNCIA SMS-JP	90
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	91

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa é fruto do meu interesse na área de saúde da criança/adolescente com doença crônica, que surgiu durante a graduação em Enfermagem, após ingressar no projeto de extensão intitulado Brinquedo terapêutico no cuidado à criança hospitalizada. Fui também bolsista de iniciação científica e desenvolvi duas pesquisas que apontaram a dificuldade de articulação entre os diferentes pontos da rede no município de João Pessoa. Ainda evidenciaram falhas no cuidado e no acompanhamento da cronicidade infantojuvenil, devido às ações fragmentadas pelos profissionais de saúde.

Ao continuar minha participação no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPSCA), pude perceber as vulnerabilidades nos diversos níveis de atenção à saúde do mesmo município. Entretanto, a articulação entre os profissionais das unidades básicas para compartilhar as ações de saúde realizadas durante os seus atendimentos às crianças/adolescentes com doença crônica era uma incógnita. Em conversa com minha orientadora, percebi que seria necessário desenvolver um estudo com os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), que englobam as equipes de Saúde da Família (eSF) e as equipes multiprofissional/Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNASF-AB) e, como forma de compreender como se dá o processo de comunicação entre essas equipes, e se contribui com a efetividade do sistema de referência e contrarreferência para a continuidade do cuidado dessa população.

No que diz respeito à estrutura, essa dissertação foi dividida em seis capítulos. No primeiro, a **Introdução**, foram realizadas considerações acerca da criança/adolescente com doença crônica, o processo de referência e contrarreferência para a continuidade do cuidado e a comunicação entre os diferentes profissionais.

No segundo, **Revisão de literatura**, traz-se questões que abordam sobre a criança e o adolescente com doença crônica na Rede de Atenção à Saúde, assim como a articulação das equipes multiprofissional e saúde da família e o seu processo comunicacional para a realização do cuidado.

No terceiro, **Percorso metodológico**, foram descritos a trajetória metodológica da pesquisa, abordando o tipo de estudo, cenário, participantes do estudo, procedimento de coleta do material empírico, instrumento de coleta de dados, o processo de análise dos dados e aspectos éticos.

No quarto capítulo, **Resultados**, composta por segmentos de falas dos profissionais participantes que foram sintetizados e interpretados segundo a Análise Temática Indutiva, apresentando os dois temas identificados. O primeiro tema: Encaminhamentos e fluxo de informações entre a equipe multiprofissional de atenção básica e a eSF, que foca na questão do fluxo de informações e do processo comunicacional entre as equipes de atenção básica; e o segundo: *Modus operandi* da equipe multiprofissional da atenção básica: inconstâncias nas atribuições dos profissionais influenciando a articulação com a eSF, que destaca o processo de trabalho assistencial de acordo com a organização das equipes em seu cotidiano, assim como, o modo que se articulam e os aspectos do cotidiano que influenciam a articulação e as repercussões nos casos em que não ocorre essa articulação.

Quinto, a **Discussão**, apresenta-se reflexões acerca dos resultados com o suporte do referencial teórico escolhido, e respaldados na literatura nacional e internacional para potencializar a discussão.

Por fim, as **Considerações Finais**, com destaque para o objetivo proposto apresentando os principais aspectos abordados, as limitações e a contribuição do estudo para potencializar a comunicação entre as equipes de atenção básica, que possa favorecer o processo de referência e contrarreferência de crianças/adolescentes com doença crônica.

1. INTRODUÇÃO

As crianças e adolescentes com doença crônica requerem intervenções de saúde complexas em vários níveis de atenção, que vão desde a Unidade de Saúde da Família (USF) a ambulatórios especializados para atender suas necessidades de saúde (VAZ *et al.*, 2018; LOPES *et al.*, 2020). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como uma proposta para solucionar a desarticulação da atenção e gestão à saúde, e ainda auxiliar na execução político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Como integrante do sistema logístico da RAS, o sistema de referência e contrarreferência tem como objetivo facilitar as trocas de informações entre os serviços de atenção básica, ambulatórios especializados e hospitais de média e alta complexidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011). Entretanto, estudo realizado em um município do estado da Paraíba, mostra que a RAS se encontra fragmentada, pois o sistema de referência e contrarreferência não funciona, e as famílias não são acompanhadas de forma ativa pelos profissionais, fazendo com que a cuidadora dessa criança/adolescente precise traçar seu próprio itinerário terapêutico (SILVA *et al.*, 2018a).

As doenças crônicas se apresentam de forma incerta e limitante, com momentos de agudização e remissão, destacando a necessidade de cuidados contínuos (SILVA *et al.*, 2020a). A prevalência da cronicidade em estudo com famílias nos Estados Unidos revelou um percentual de 45% (CLARK *et al.*, 2015). Já no Brasil, um estudo realizado em um hospital universitário identificou que 49,1%, das crianças internadas possuem doenças crônicas e as reinternações chegavam a 50% dos casos (PARENTE; SILVA, 2017).

As exigências no cuidado dessa população, aliada às lacunas na articulação dos serviços da RAS pela escassez de comunicação entre os mesmos e até o despreparo dos profissionais no auxílio às famílias e a não realização da contrarreferência, refletem em um cenário preocupante e inseguro na continuidade da atenção à saúde das crianças com doença crônica (WOLKERS *et al.*, 2019; AGERSKOY; THIESSON; PEDERSEN, 2019; SOUZA; NÓBREGA; COLLET, 2020).

Com o objetivo de possibilitar ações de trabalho compartilhado, em que a Estratégia Saúde a Família (ESF) seja o fio condutor da atenção, por meio de uma estruturação dos serviços e da atenção básica como porta de entrada, encontra-se compondo a Atenção Primária à Saúde – a equipe multiprofissional da atenção básica (Nasf-AB) e a Equipe de Saúde da Família (eSF) – (BRASIL, 2017).

Composta por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, o Nasf-AB tem em seu processo de trabalho, complementar a eSF (BRASIL, 2017). Com a implementação da nova Política Nacional de Atenção Básica, a permanência desse núcleo torna-se facultativo para os municípios e proibido o cadastro de novas equipes. Além disso, é reformulada a sua nomenclatura, passando a ser chamada de equipes multiprofissionais (TESSER, 2017; BRASIL 2020).

A realização de práticas de cuidado integral demanda articulações multiprofissionais e interdisciplinares que viabilizam a atenção ampliada. Para a obtenção desse cuidado, faz-se necessário que o trabalho realizado pela Nasf-AB em articulação com as eSF seja compartilhado, com intervenção interdisciplinar, troca de saberes, compromisso e execução de ações coletivas nos territórios assistidos por estes (MAFFISSONI *et al.*, 2018).

Entre as equipes de atenção básica, a comunicação é primordial na garantia de suporte integral para a criança/adolescente com doença crônica e suas famílias, como forma de proporcionar uma assistência eficaz, acolhedora e contínua. Essa integração realizada por meio da referência e contrarreferência tem potência para atender demandas relacionadas à prevenção de agravos, troca de informações sobre condutas e planos terapêuticos e a busca de um cuidado longitudinal.

Já a ausência do processo comunicacional, reflete um nó crítico no processo de trabalho entre as equipes de AB, gerando ações de saúde fragmentadas. No entanto, a comunicação entre as equipes, é apontada como elemento que deveria ser mais valorizado por parte dos profissionais, pois o trabalho dialogado auxilia na pactuação, negociação e decisões entre os trabalhadores da saúde (SOUZA; MEDINA, 2018).

A comunicação tem como definição, ser um processo dinâmico e ligado à natureza do cuidado. Pode-se encontrar na saúde, a comunicação direta realizada com o paciente, assim como entre os profissionais (BROCA; FERREIRA, 2018). Na execução do trabalho em equipe, a comunicação é indispensável, sendo um fator positivo ou negativo dependendo de como ocorra (BRAGA *et al.*, 2009; BROCA; FERREIRA, 2012).

Ademais, a comunicação, também pode ser vista como ferramenta importante e indispensável na continuidade dos cuidados (ALMEIDA; CIOSAK, 2013). Para garantir que esse cuidado se efetive, se torna necessário que haja uma interação, bem como comunicação entre os profissionais, sendo habilidades necessárias de serem desenvolvidas. Compreender o processo comunicativo, seus elementos formadores e suas consequências, auxilia nos desafios da comunicação que podem ocorrer no trabalho (BROCA; FERREIRA 2015).

A comunicação realizada entre as equipes, segundo os profissionais de saúde, tem como objetivo a atenção aos usuários dos serviços. Portanto, a execução dessa prática, que é potencialmente colaborativa, pode auxiliar na maior qualidade dos serviços prestados (AGRELI; PEUDZZI; SILVA, 2016; BARDASH; REAL; BARDASH, 2017). Ainda assim, a comunicação utilizada no trabalho em equipe, com o foco no usuário, fortalece o cuidado centrado na pessoa, com ações que diminuem as omissões ou duplicações de cuidados (ADAMS *et al.*, 2014).

Em seu cotidiano, a realização de ações de saúde é um desafio para o profissional, no qual esse deve tentar realizar suas práticas com comprometimento, de forma que seja possível ofertar um cuidado articulado com a integração das informações de saúde e entre as equipes (PAULA JÚNIOR; RIZZON; MACHADO, 2018). No entanto, a precariedade encontrada na realização de troca de informações entre os profissionais de saúde, faz com que crianças/adolescentes com doença crônica e suas famílias encontrem serviços com ações de saúde e atendimento descontínuos (SILVA *et al.*, 2020b; SOUSA *et al.*, 2020).

O processo de comunicação se dá envolvendo momentos com fala, escrita e a própria observação dos indivíduos. Em sua finalidade, a comunicação busca a compreensão dos indivíduos durante essa troca de informações, o que só será possível quando ambos se encontram dispostos e atentos ao ato comunicativo. Dessa forma, a troca de ideias, saberes e suas discussões, além do desenvolvimento de atividades, são resultantes da comunicação e do seu propósito em estimular e garantir a transmissão de informações e opiniões (BROCA; FERREIRA, 2018). Para fins desta pesquisa, buscou-se compreender como ocorre a comunicação entre os profissionais das equipes de atenção básica, de forma que possa contribuir para um efetivo sistema de referência e contrarreferência.

Ao ser encaminhado, o usuário necessita que o sistema de referência e contrarreferência realizado pelos profissionais seja eficaz, porém, os indivíduos encontram fragilidades na integralidade assistência, evidenciado por uma baixa integração entre os profissionais, o que dificulta a continuidade do cuidado (BRONDANI *et al.*, 2016). A comunicação não formalizada, pode desencadear percalços na assistência, baixa qualidade do cuidado prestado e nos encaminhamentos desses indivíduos (SILVA *et al.*, 2020b; SOUSA *et al.*, 2020).

O trabalho articulado e a comunicação efetiva entre os diferentes profissionais e serviços poderão favorecer, progressivamente, os núcleos de saberes específicos contribuam no campo comum de competências, aumentando a capacidade de cuidado de toda a equipe (SILVA *et al.*, 2017a). Isso fortalece o sistema de referência e contraferrência, porque auxilia a

troca de informações sobre os atendimentos das crianças/adolescentes com doença crônica pelos profissionais envolvidos.

Embora a criança/adolescente com doença crônica necessite dessa RAS para resolutividade de seus problemas, o foco dessa pesquisa versa nas equipes de atenção básica, tendo em vista que os problemas internos de comunicação no nível primário podem ter reflexos ainda mais agravantes nos outros níveis de atenção. A relevância de investigar a temática decorre do pouco que se encontrou nos artigos, acerca da comunicação entre as duas equipes por meio da referência e contrarreferência visando a atenção centrada no usuário, além de pesquisas realizadas após as mudanças descritas na nova Política Nacional de Atenção Básica.

Com isso, questionou-se: Como se dá a comunicação entre as equipes multiprofissional da atenção básica e de Saúde da Família, a partir do sistema de referência e contrarreferência de criança/adolescente com doença crônica? Para responder a esse questionamento o estudo teve como objetivo compreender a comunicação entre as equipes multiprofissional da atenção básica e de Saúde da Família, a partir do sistema de referência e contrarreferência de crianças/adolescentes com doença crônica.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A rede de atenção à Saúde e suas equipes da atenção primária no cuidado de crianças e adolescentes com doenças crônicas

A RAS busca garantir aos usuários um atendimento de saúde eficaz em suas ações (BRASIL, 2013). Nesse aspecto, a operacionalização dessa rede conta com a interação de seus elementos constitutivos, a saber, população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. Atenta-se para a estrutura operacional das redes, sendo esta constituída pelos diferentes pontos/serviços institucionais de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) e pelas ligações que os comunicam (sistemas de apoio, logísticos e de governança) (BRASIL, 2013).

Propiciando o segmento da RAS, o sistema de referência e contrarreferência atua no fluxo do usuário por entre esses serviços, que se inicia na unidade básica, em que o indivíduo é referenciado (encaminhado) para outro nível de atenção. Após finalizar seu atendimento, torna-se necessária a contrarreferência para a sua unidade base, como forma de continuar o cuidado (BRASIL, 2011).

Destaca-se que a integralidade da RAS deve ser garantida por meio deste sistema (CHAVES *et al.*, 2018), através de encaminhamentos executados pelo profissional responsável no atendimento da instituição e efetivado pelo preenchimento do formulário de referência e contrarreferência (ALVES *et al.*, 2015). A utilização efetiva deste formulário, possui potencial para melhorias no cuidado de crianças/adolescentes com doença crônica, além de contribuir nas trocas de informações sobre as intervenções de saúde realizadas nos diferentes atendimentos desta população, com identificação precoce do diagnóstico e maior disponibilidade dos serviços, diminuindo as lacunas decorrentes dos obstáculos da assistência e corroborando na qualidade de vida da mesma (VAZ *et al.*, 2020).

Dentre os serviços, para organização do sistema de saúde público, destaca-se a Atenção Primária à Saúde, que é apontada por estudos nacionais e internacionais com resultados de relevância para acesso aos serviços, melhor qualidade no cuidado prestado e diminuição da procura pela atenção especializada (KRINGOS *et al.*, 2010; MACINKO; STARFIELD, 2003; MENDES, 2012).

Em complementação a equipe da atenção básica na APS, a estruturação de um núcleo multiprofissional que atua em conjunto com todas as especialidades e supere a fragmentação do cuidado, faz do Nasf-AB ferramenta na execução de ações de saúde em que os profissionais possam acompanhar o usuário de forma integral e conjunta (ACIOLE; OLIVEIRA, 2017).

Desse modo, a ESF mostra-se como suporte e eixo para a atenção básica, e somada às equipes multiprofissionais buscam efetivar esse nível de atenção. Por meio da universalidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação de ações de saúde, esse nível de atenção à saúde deve garantir o cuidado qualificado e ampliado, com repercussões na vida dos moradores daquele território (BRASIL, 2017).

Em 2008, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na ESF foram incluídos profissionais para compor o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a fim de ampliar seus serviços prestados na atenção básica. Esse grupo de profissionais, em 2017, passou a ser considerado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), com o propósito de garantir suporte interdisciplinar entre esse núcleo e a eSF, para auxiliar no cuidado e acompanhamento dos problemas de saúde na atenção básica (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2017).

As modalidades Nasf-AB, são parâmetros de vinculação desses núcleos com a eSF e/ou equipe de Atenção Básica (eAB), que possibilitam que a população de todo Brasil tenha acesso a essa equipe, com uma atuação mais abrangente para as necessidades em seus

territórios. Sendo assim, as modalidades se configuram da seguinte forma: Modalidade I, são vinculadas a no mínimo cinco e no máximo nove eSF e/ou eAB específicas, Equipe Consultório de Rua (eCR); Equipe Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e Equipe Saúde da Família Fluviais (eSFF), com profissionais de nível superior e carga horária de no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas semanais; Modalidade II, são vinculadas a um total de três a quatro eSF e/ou eSB específicas (eCR, eSFR, eSFF), com profissionais de nível superior e carga horária de no mínimo 20 horas e máximo 40 horas semanais; Modalidade III, são vinculadas a um total de uma a duas eSF e/ou eSB específicas (eCR, eSFR, eSFF), com profissionais de nível superior e carga horária de no mínimo 20 horas e máximo 40 horas semanais (BRASIL, 2013).

Em 2020 a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde (SAPS/MS) divulga a Nota Técnica nº 3/2020 que altera o modelo de financiamento da APS e desvincula a tipologia do Nasf-AB. A partir de então, o Nasf-AB passa a ser considerado como Equipe Multiprofissional da Atenção Básica, em que o gestor municipal tem autonomia para definir quais profissionais irão compor essa equipe, sua carga horária e seus arranjos (BRASIL, 2020).

Continuamente, existe a composição básica da Equipe de Saúde da Família (eSF), formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para suprir as necessidades do território, tem-se o apoio da Equipe Multiprofissional da Atenção Básica, composta por médico generalista, preferencialmente especialista em Saúde da Família ou ainda médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal e outras especialidades (fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, etc) que forem necessárias para o melhor funcionamento da AB (BRASIL, 2020).

Na Atenção Primária à Saúde, o Nasf-AB, é visto pela lógica para uma melhor atuação dos serviços de saúde, contando com a equipe multiprofissional que potencializa a assistência dos usuários com uma atenção interdisciplinar (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017). O apoio matricial realizado por essa equipe pode trazer mudanças no modelo de referência e contrarreferência, em que o usuário é visto de maneira integral e situando-se no centro da atenção à saúde, superando um simples sistema de encaminhamento (SHIMIZU; FRAGELLI, 2016).

Segundo a Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017, em sua composição o Nasf-AB tem como componente principal uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Esses profissionais, devem atuar na atenção básica de forma integrada com as eSF, trabalhando para a integralidade do cuidado e ampliação das ações de saúde (BRASIL, 2017).

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB): a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas; b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território (BRASIL, 2017, p. 68).

Entretanto, com a divulgação da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil, estabeleceu-se um novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, conferindo ao gestor municipal da atenção básica, autonomia para elencar a equipe multiprofissional que irá compor cada território, e sua necessidade. Além de se responsabilizar pelo custeio financeiro dos profissionais que compõem essa equipe o gestor define como as equipes multiprofissionais atuarão nos territórios, da forma que achar mais apropriado (BRASIL, 2019) para a realidade local.

Segundo a Nota Técnica nº 3/2020 do Departamento de Saúde da Família, divulgada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DESF/SAPS/MS), a equipe multiprofissional passa a apresentar novas características que a diferem da equipe Nasf-AB. Isso se dá porque com a nova política de financiamento da atenção primária, o Nasf-AB passa a ser enfraquecido em sua estrutura multiprofissional, tendo em vista a maior autonomia do gestor municipal em compor as equipes multiprofissionais do município, independentemente de estar ou não nomeados como Nasf-AB (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Devido sua composição com profissionais das mais diversas especialidades, o apoio matricial expõe suas potencialidades na promoção de discussões de casos com o aprofundamento das informações. A preocupação com a qualidade no cuidado prestado, favorece a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e reuniões periódicas das equipes (SANTOS; FIGUEIRA; LIMA, 2017). Nestes encontros, de fato devem ocorrer as trocas de informações sobre as crianças/adolescentes com doença crônica atendidas naquele território.

Cabe ao Nasf-AB organizar suas demandas, fazendo com que o seu processo de trabalho ocorra de forma individualizada, de acordo com as particularidades dos usuários do serviço. Além disso, a lógica de organização do processo de trabalho prima por executar ações de saúde compartilhadas. Dessa forma, busca-se o cuidado por meio de troca de informações entre os diferentes profissionais, bem como a divisão da responsabilidade sobre aqueles indivíduos (BRASIL, 2017).

Embora as políticas de saúde preconizem a integralidade da atenção em saúde, nas condições crônicas da infância e juventude, evidencia-se o atendimento pontual, centrado na queixa-conduta e com enfoque nas especialidades médicas, resultado de lacunas na organização dos serviços, nas políticas públicas, e/ou no gerenciamento dos recursos (LOPES *et al.*, 2020).

Ademais, há lacunas, também, na implementação do atendimento multi/interdisciplinar, bem como na abordagem terapêutica singular preconizada para o cuidado nas doenças crônicas. Tais aspectos inviabilizam a integralidade do cuidado à saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas, por dificultar o atendimento em saúde às suas necessidades singulares (LOPES *et al.*, 2020).

Criança e adolescentes com doença crônica necessitam que os diferentes serviços e profissionais da RAS atuem de forma eficaz a fim de alcançar melhores estratégias de cuidado, em que seja possível preparar a família para as diversas demandas (VAZ *et al.*, 2020). Para isso, necessita de maior atenção no seu cuidado, seja na articulação entre os diferentes serviços de saúde ou na execução de ações de saúde ampliadas (FERNANDES *et al.*, 2019).

Estudo aponta que a integralidade do cuidado que deveria ser executada por meio da atenção básica ainda é falha para cuidar de crianças/adolescentes com doença crônica, reforçando a necessidade de modificações na estrutura do serviço e capacitações para os profissionais de saúde (BROCARDO *et al.*, 2018).

Países como Inglaterra, também vivenciam fragilidades na atenção à criança e ao adolescente com doença crônica, com percalços na coordenação e acesso aos serviços de saúde por esses indivíduos, mesmo após avanços no atendimento pediátrico (SMITH; KENDAL, 2018). No Brasil, estudo aponta que tanto as famílias quanto os profissionais buscam meios informais, a exemplo de amigos, que auxiliem no contato com os serviços especializados para suprir as demandas dessa população (NOBREGA *et al.*, 2018).

Após o diagnóstico, a criança/adolescente necessita de ações de saúde contínuas, em que o cuidado ocorra de forma integral, com a busca do controle da doença. Entretanto,

estudo mostra que há percalços no acesso aos serviços que compõem a RAS, evidenciando a dificuldade no estabelecimento dos diagnósticos da criança/adolescente e no encaminhamento para especialistas (NEVES *et al.*, 2019).

A devida organização da rede, com a APS desempenhando seu papel de coordenadora do cuidado é necessário para melhorar qualidade na atenção à criança com doença crônica. Estudo evidenciou que crianças com doenças crônicas, por exemplo, com microcefalia, necessitam de programas e políticas públicas, além de investimentos no preparo dos profissionais, de forma que esse conjunto de ações auxilie o binômio (criança-família) durante a busca pelos serviços de saúde (NEVES *et al.*, 2019).

Além disso, uma rede resolutiva em suas ações de cuidado, só se torna possível após a efetivação do vínculo, em que as famílias conseguem ter suas necessidades atendidas pelos serviços, evidenciando os pilares de confiança, resolutividade e responsabilização. Para isso, cabe aos profissionais de saúde buscar estratégias que ampliem sua relação com a criança/adolescente com doença crônica e, assim, garantir que esses indivíduos se sintam acolhidos (SILVA *et al.*, 2018a).

Ademais, é preciso que o apoio dos profissionais auxilie no esclarecimento de dúvidas dos sinais e sintomas da doença, elaboração de estratégias para a condução do tratamento, resolução de problemas, além da busca e acesso aos serviços (AOUN *et al.*, 2018). A participação ativa desses profissionais na rede de saúde é essencial na garantia de uma assistência planejada de acordo com as particularidades (SILVA *et al.*, 2017b).

Nesse sentido, apontam-se medidas importantes para o cuidado e acompanhamento de crianças/adolescentes com doença crônica. Dentre elas, a utilização de prontuários eletrônicos, maior eficácia no sistema de referência e contrarreferência, busca dos indivíduos por meio dos sistemas de informação e idas ao seu território na qual é responsável, bem como capacitação dos profissionais de saúde (BRONDANI *et al.*, 2016; VAZ *et al.*, 2018).

Para organização dos encaminhamentos e auxiliar as famílias na busca dos serviços de saúde, o PTS coloca-se como uma ferramenta capaz de facilitar o itinerário terapêutico da criança com doença crônica (PEDROSA *et al.*, 2020). Este projeto elaborado por meio da equipe multidisciplinar em conjunto com a eSF e a família do usuário, seria executado na busca pela integralidade do cuidado, possibilitando maior articulação entre os profissionais de saúde (SILVA, 2015).

Após realização do encaminhamento da criança/adolescente com doença crônica para outro serviço da rede, a instituição que realizou a referência deve continuar na retaguarda de todo processo da condução da doença. Cabe ressaltar, que até criança/adolescente com doença

crônica voltar para o serviço inicial, esse deve ser acompanhado, recebendo todo suporte necessário (VAZ *et al.*, 2020).

As mudanças que ocorrem na vida de crianças/adolescentes com doença crônica e suas famílias implicam na necessidade de maior suporte multiprofissional nos diferentes níveis de atenção à saúde. Suas demandas de cuidados exigem ações de saúde longitudinais e contínuas, com apoio da RAS e comunicação efetiva entre os profissionais.

O trabalho articulado entre os profissionais de saúde contribui para a efetivação do sistema de referência e contrarreferência. Isso facilita a comunicação entre os mesmos por meio de trocas de informações acerca do cuidado prestado à criança/adolescente com doença crônica, bem como facilita o itinerário terapêutico de sua família e evitando a repetição de condutas terapêuticas desnecessárias.

2.2 A comunicação em saúde como ferramenta para o cuidado e acompanhamento da criança/adolescente com doença crônica

Vista com ferramenta fundamental para o cuidado, a comunicação proporciona para os profissionais de saúde, receber informações dos usuários acerca das suas necessidades (BROCA; FERREIRA, 2015). O êxito no processo comunicacional auxilia na realização de um cuidado humanizado e integral, com melhores ações de prevenção de agudização da doença, de promoção da saúde, reabilitação e/ou tratamento. Essa ação beneficia o estabelecimento de uma relação entre os profissionais, de compromisso e responsabilidade (SCHIMIDT; DUARTE, 2015). A oferta de um cuidado pautado nos princípios do SUS decorre de um trabalho em saúde desenvolvido por diferentes profissionais da área. Mediante a complexidade das ações que envolvem o cuidar, os serviços carecem de um trabalho articulado que seja capaz de favorecer uma dinâmica integrada e comunicativa entre esses profissionais (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

O trabalho integrado leva em conta dois critérios: a articulação entre os profissionais na realização das ações e a comunicação entre eles (PEDUZZI, 2001), em que a comunicação tem papel fundamental na articulação das ações (PEDUZZI, 2016).

A comunicação é compreendida como a troca e compreensão de informações entre pessoas por meio de diversos elementos como: fala, escrita, imagens e sons. No âmbito da saúde a comunicação é um elemento fundamental, pois é a forma de reconhecer as reais

necessidades dos pacientes, estabelecer um processo de confiança e comunicação interprofissional (PEREIRA *et al.*, 2021).

A comunicação é inerente ao trabalho em equipe, dado que, a execução do plano de cuidado e atenção em saúde dependem de acordos feitos pelos profissionais (PEDUZZI, 2020). Dessa forma, o agir comunicativo diz respeito à percepção da equipe em reconhecer os momentos cruciais para troca de informações, seja de maneira informal (MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015) ou por formulário no momento do encaminhamento, sistema de referência e contrarreferência.

Os profissionais devem buscar relações de parceria entre sua equipe e as de outros serviços, com o foco no usuário (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Estudo evidenciou que quando profissionais de duas ou mais profissões interagem entre si para a produção do cuidado, ocorre diminuição de erros nas instituições de saúde e melhorias na oferta do cuidado (DAHLKE *et al.*, 2020).

No cenário da criança com doença crônica, está necessita de cuidados múltiplos, em que diversos profissionais são envolvidos por meio do trabalho interprofissional (ROMAN *et al.*, 2020; GILBERT; DOWNS, 2015). Entretanto, apesar de estudos comprovarem a eficácia da interprofissionalidade na melhoria da qualidade da assistência, na prática a execução do mesmo se tornou um desafio (REEVES *et al.*, 2017; AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017). Cabe aos profissionais reconhecer que o seu modo de trabalho e as necessidades de saúde são intrínsecos para que busquem, por meio da comunicação entre as equipes e a população, ações de saúde mais amplas e eficientes (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Na realização do cuidado em saúde, compete aos profissionais de saúde ajustarem seus planos de trabalho por meio de parcerias, banindo o cuidado fragmentado e uma relação em que cada profissional detém um conhecimento e poder para realizar ações de saúde. Espera-se destes profissionais um trabalho colaborativo, com a integração entre eles, resultando em ações articuladas e complementares (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Para que o profissional de saúde possa garantir uma comunicação eficaz e com foco no usuário, precisa compreender a sua relevância na elaboração das ações do cuidado (SCHIMITH *et al.*, 2021). Nesse contexto, os profissionais da saúde devem buscar entender seu papel dentro dessas equipes, assim como o impacto das suas tarefas na vida dos indivíduos (GOLOM; SCHRECK, 2018).

Compreender e fazer com que esses grupos atuem de forma interprofissional se torna cada vez mais importante nos cuidados primários de saúde pediátrica. A atuação de forma

síncrona desses profissionais é primordial na garantia de bons resultados e bem-estar dessa população (HOBART; DAINES; PHAN, 2019).

Destarte, estudo realizado nos Estados Unidos com dois setores (farmácia e medicina familiar) de um serviço de saúde, analisaram a realização de estratégias de comunicação em conjunto para atuar no cuidado dos pacientes. Na pesquisa, os autores perceberam grandes resultados devido à organização de equipes colaborativas, em que se tinha como foco o paciente (RENFRO *et al.*, 2018).

Não é à toa que a comunicação efetiva é uma das metas internacionais de saúde na promoção de segurança do paciente, pois, por meio dela, torna-se possível a seguridade de uma assistência exitosa (THE JOINT COMMISSION, 2019; MÜRLLER *et al.*, 2018). Logo, é papel dos profissionais de saúde se qualificarem na realização desta tarefa, a fim de que a equipe em sua interdisciplinaridade, fomente ações no cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica (SCHIMITH *et al.*, 2021; BRASIL, 2014b).

Estudo realizado na atenção primária de Belo Horizonte, salienta como ações de saúde fragmentadas, a ausência de um sistema de referência e contrarreferência efetivo e os óbices na interação entre os serviços de saúde trazem grandes repercussões no cuidado à criança com condição crônica (DUARTE *et al.*, 2015). Estudo destacou problemas que dificultam a realização da comunicação, dentre eles, dificuldades no relacionamento entre os profissionais devido divergências na formação; a tendência da comunicação entre profissionais de determinadas categorias; além da hierarquia que ainda se encontra fortemente presente nos serviços de saúde, onde o médico geralmente tem maior autoridade (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A realização de um trabalho em equipe configura-se um desafio atualmente, e um dos principais motivos para o seu óbice é a lacuna na comunicação entre os diferentes profissionais. Como forma de diminuir esses percalços, a literatura sugere a realização de capacitações em que os membros das equipes compartilhem seus papéis, buscando aumentar a motivação para a realização do seu trabalho (MIORIN *et al.*, 2020).

As equipes de APS interprofissionais tem o poder para mudar a realidade dos serviços e aumentar a colaboração entre os grupos. Para isso, é preciso que os profissionais tracem metas e visões compartilhadas, realizem ações de saúde qualificadas e possuam um sistema de informação funcionante (SCHIMITH *et al.*, 2021).

A lógica do sistema de referência e contrarreferência deve ultrapassar a ideia de uma ferramenta utilizada apenas no encaminhamento do usuário. Isto porque a referência deve ser vista como instrumento essencial para fortalecer a relação entre os profissionais, garantir o

diálogo entre os serviços e o cuidado integral do indivíduo (KANTORSKI *et al.*, 2017). O trabalho multiprofissional e interdisciplinar é de extrema importância para o adequado cuidado e sucesso nas condutas terapêuticas da criança com doença crônica. Para isso, os serviços de saúde devem superar a lógica fragmentada do sistema de saúde realizando ações que vão além do atendimento no serviço, para oferta de grupos terapêuticos, com o foco no usuário e na comunidade (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

Como estratégia para o cuidado, a integração do trabalho do Nasf-AB (equipe multiprofissional) junto à eSF, permite maior diálogo entre os profissionais de saúde e melhorias no atendimento de saúde. Além disso, a construção de um espaço voltado à educação de saúde permanente deve ser elaborada entre os profissionais, com suporte da gestão, auxiliando na articulação entre as equipes. A garantia da discussão e troca de saberes, auxilia na construção coletiva de intervenções de saúde, de forma interdisciplinar, assim como potencializa a assistência prestada (PINTO; NASCIMENTO; NICHIATA, 2019).

Cabe aos profissionais que atuam no Nasf-AB observar as necessidades dos usuários pertencentes ao seu território e dos profissionais daquela eSF para, então, executar seu processo de trabalho. Para tanto, essas equipes devem atuar em conjunto e de forma integrada também com os serviços de outros níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

A utilização do apoio matricial como método para o melhor desenvolvimento do trabalho e cuidado compartilhado deve ser realizado de tal forma que possibilite uma relação dialógica entre os profissionais da Saúde da Família. Assim, este pode ocorrer em diversos momentos na USF, seja nas reuniões de equipe Nasf-AB junto com eSF, em grupos terapêuticos, visitas domiciliares ou na realização das interconsultas (PINTO; NASCIMENTO; NICHIATA, 2019).

A comunicação entre os profissionais, propiciada pelo matriciamento das equipes Nasf-AB, se dá pelas ações de suporte técnico-pedagógico que estabelecem uma conexão entre esses atores. Essa relação auxilia na realização do trabalho compartilhado, contrapondo-se à assistência executada de forma isolada de acordo com as especialidades na APS (KLEIN; OLIVEIRA, 2017). Assim, as ações de saúde compartilhadas mediante o sistema de referência e contrarreferência, e executado pelos profissionais que compõem as equipes da APS, tem potencial para garantir que o serviço, uma das portas de entrada dos usuários na rede, oferte uma atenção de qualidade e estruturante, refletindo também no cuidado realizado nos outros níveis de assistência.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de pesquisa

Pesquisa com abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva, que buscou compreender a comunicação entre as Equipes de Saúde da Família e as equipes multiprofissionais da atenção básica, a partir do sistema de referência e contrarreferência de crianças/adolescentes com doença crônica.

O método qualitativo apresenta o estudo das relações, representações e percepções da produção interpretativa humana sobre como estas estabelecem seu modo de vida (MINAYO; COSTA, 2019).

A pesquisa qualitativa é capaz de avaliar, estimar, atribuir valores que não são mensuráveis, alcançando em seus resultados a complexidade humana. Sua aplicação nas pesquisas sociais significa: investigar representações, crenças, valores, explicações e opiniões que se expressam nas interações sociais; privilegiar a linguagem e a prática como mediações simbólicas; orientar o estudo a partir do ponto de vista dos atores sociais (MINAYO; COSTA, 2019; SILVA; SILVA; MOURA, 2018).

A pesquisa exploratória tem por finalidade as descobertas, buscando um olhar mais ampliado acerca da temática. A descritiva permite observar, desenvolver, apresentar e elencar peculiaridades nos indivíduos do estudo, descrevendo as características dessa população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (PEREIRA *et al.*, 2018). Para garantir o rigor metodológico da pesquisa foi utilizado o *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (SOUZA *et al.*, 2021).

3.2. Local do estudo

A pesquisa de campo foi realizada em Unidades de Saúde da Família (USF) que compõem a Rede de Atenção à Saúde do município de João Pessoa - PB.

O município de João Pessoa está localizado na região litorânea, com área geográfica de 211.475 km² e 817.511 habitantes (IBGE, 2020). A rede de atenção municipal à saúde classifica-se em três tipos: a rede de atenção básica, a rede de atenção especializada e a rede de atenção hospitalar. A cidade de João Pessoa está demarcada territorialmente sob a forma de Distritos Sanitários (DS), distribuídos em cinco, com o objetivo de organizar a rede de

cuidados relativos à saúde e garantir à população acesso aos serviços básicos, especializados e à assistência hospitalar. Estes são responsáveis por gerenciar e operar ações de atenção e vigilância à saúde (PARAÍBA, 2018).

Situada na capital, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-JP), tem por responsabilidade gerenciar, organizar, prover e administrar os serviços de saúde da cidade, por meio de políticas, projetos, ações de educação permanente, e uma gestão com fluxo referenciado pelo Sistema Único de Saúde (PARAÍBA, 2018).

De acordo com dados, a Paraíba conta com 152 Nasf-AB Modalidade I, 54 Nasf-AB Modalidade II e 78 Nasf-AB Modalidade III, implantadas. O trabalho dessas equipes deve acontecer de acordo com as necessidades de cada região, em que por meio de um trabalho interdisciplinar das eSF executam-se ações de saúde ampliadas (CEFOR, 2019) e articuladas.

Apesar do Nasf-AB ser dividido em modalidades, segundo a Gerência de Atenção Básica, com as mudanças apresentadas na nova política de atenção básica (BRASIL, 2020), não se faz mais necessário trabalhar as modalidades. Entretanto, de maneira informal o município de João Pessoa trabalha apenas com a modalidade I.

Ademais, de acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município em estudo, o mesmo conta com um total de 97 USF, com suas respectivas 203 Equipes de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (SMS, 2021).

3.3. Participantes do Estudo

Participaram do estudo, profissionais das equipes Saúde da Família e das equipes multiprofissionais das USF. Os participantes da pesquisa atenderam aos seguintes critérios de inclusão: atuar nas eSF ou nas equipes multiprofissionais (Nasf-AB) por pelo menos seis meses; prestar cuidado à criança/adolescente com doença crônica. Das eSF foram selecionados os profissionais: enfermeiros e médicos, e das equipes multiprofissionais: psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. Optou-se por estes profissionais, por pertencerem às categorias que atuam diretamente no cuidado e acompanhamento da criança/adolescente com doença crônica, dessa forma, poderão contribuir de maneira significativa na pesquisa.

Como critério de exclusão foi adotado: profissionais que faziam parte destas equipes, mas que estejam exercendo função somente gerencial-administrativa e/ou que estavam afastadas devido licenças, férias e outros, durante o período da coleta.

3.4. Procedimento de coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2021 pela pesquisadora principal, que é enfermeira e tem experiência com pesquisas qualitativa por ter participado em Programas de Iniciação Científica e em outras pesquisas do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPSCA). Devido ao momento pandêmico foram utilizados meios eletrônicos para realizar a captação dos dados empíricos. Após os trâmites dos documentos exigidos pela SMS-JP para o desenvolvimento da pesquisa, foi entregue à Gerência da Atenção Básica, o Termo de Anuência da Gerência de Educação na Saúde (GES) da SMS do município (ANEXO A) e o Parecer Consustanciado do Comitê de Ética (ANEXO B), a fim de liberar o acesso aos gestores dos Distritos Sanitários.

Após contatos telefônicos sem êxito, um membro do GEPSCA, que atua na residência multiprofissional em Saúde da Família do município, fez a ponte entre uma profissional e a pesquisadora, permitindo, assim, o início da coleta de dados.

A técnica de recrutamento dos participantes utilizada foi a de *snowball*. Nessa técnica, os participantes iniciais do estudo indicaram novos participantes que também pudessem contribuir com o estudo, e assim sucessivamente, até ser alcançado o objetivo proposto (COSTA, 2018).

À medida que os profissionais de saúde eram indicados, a pesquisadora enviaava um convite de forma remota que constavam informações acerca do título e objetivo da pesquisa, além do nome e ocupação da pesquisadora, por meio de mensagens de aplicativos de celular (*WhatsApp*), para participar da pesquisa, e estes decidiam sobre a colaboração. Antes de iniciar a entrevista, era conversado com os participantes para esclarecimentos de dúvidas e agendar dia e horário para a coleta, de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

Após o aceite, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por meio do *Google Forms*, ficando o profissional de saúde sob posse do documento (APÊNDICE A), no qual assinalava que concordava participar do estudo. Somente, então, foram realizadas as entrevistas, utilizando recursos tecnológicos, apenas uma entrevista foi realizada por meio do *Google Meet*, aberto pelo link da instituição acadêmica, as demais pelo *WhatsApp*.

Sendo assim, foram contatados e encaminhados convites para 31 profissionais de saúde, porém dez não retornaram as mensagens do aplicativo móvel e oito não atendiam aos

critérios de inclusão, totalizando, assim, 13 profissionais de saúde, sendo uma médica, uma psicóloga, uma nutricionista, duas fonoaudiólogas, duas fisioterapeutas e seis enfermeiras. Ao menos um profissional de cada DS foi entrevistado, entretanto, encontrou-se uma peculiaridade no DS IV, em que os profissionais da equipe multiprofissional atuam apenas na gerência das unidades, o que segundo a participante, se deu por meio de acordos firmados com a gestão do próprio município.

Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de Entrevista em Profundidade (EP). Para a EP, o pesquisador possui um espaço de relação com o entrevistado, com diálogos e conversas acerca de um tema específico. É importante que o participante seja protagonista, podendo expressar suas opiniões sobre a temática e suas experiências relacionadas à pesquisa (MORE, 2015). Na EP objetivou-se analisar em profundidade o objeto em estudo e os significados relacionados a ele, sabendo que em pesquisa qualitativa busca explicitar a subjetividade nas respostas dos participantes (MORE, 2015).

As entrevistas foram gravadas por gravador de voz em aparelhos eletrônicos, com duração média de 40 minutos e guiadas por um roteiro semiestruturado, elaborado pela pesquisadora principal, validado por uma pesquisadora mais experiente e composto por duas partes: Parte I - Caracterização do participante (Nome, idade, profissão, tempo de formação, cargo, titulação, tempo de atuação no serviço atual e se realiza ou realizou atendimento ou acompanhamento de criança/adolescente com doença crônica) e Parte II - Roteiro da entrevista, composto pelas seguintes questões norteadoras: Como ocorre a comunicação entre as eSF e as equipes multiprofissionais (Nasf-AB) quando referenciam e contrarreferenciam crianças/adolescentes com doença crônica? Em que situações você utiliza o instrumento de referência e contrarreferência no cuidado à criança/adolescente com doença crônica? Como você avalia a troca de informações entre as equipes multiprofissionais e as eSF a respeito do atendimento a crianças/adolescentes com doença crônica? (APÊNDICE B). A partir dessas perguntas foi possível desencadear o diálogo sobre o tema proposto.

O encerramento da coleta de dados seguiu o critério de suficiência, quando foi possível traçar um quadro comprehensivo do objeto de estudo (MINAYO, 2019).

3.5. Análise dos dados

O material empírico foi transcrito na íntegra e interpretado a partir da análise temática indutiva (ATI) proposta por Braun e Clarke (2013). Para este esse tipo de análise, foi possível

avaliar de maneira qualitativa determinados conteúdos, referentes a falas, entrevistas coletivas, dentre outros modos de comunicação (BRAUN; CLARKE, 2013).

Por meio da análise temática, pode se dar significado às vivências experimentadas durante a pesquisa possibilitando a compressão efetiva do discurso dos participantes do estudo (BRAUN; CLARKE, 2013). *“Trata-se de um processo que demanda uma atitude recursiva, com movimentos de vaivém, conforme a necessidade, através de todas as fases. É, por fim, um processo que requer tempo e não deve ser apressado”* (SOUZA, 2019, p. 56).

Esta técnica de análise organiza-se em seis fases: Fase 1: Familiarização com os dados, em que após o término das entrevistas foi realizada a audição e transcrição na íntegra das falas dos participantes. Posteriormente, foram realizadas leituras sucessivas do material, retornando às gravações dos participantes com anotações das principais ideias, sempre que necessário. Na Fase 2: Gerando códigos iniciais, foram identificados os códigos que caracterizaram os dados pertinentes para a pesquisa, e organizados por cores, a partir dessa sistematização os extratos de falas que possuíam afinidade com cada código foi destacado e organizado em uma tabela. A Fase 3: Buscando temas, os códigos foram agrupados por afinidade de conteúdo e temas/subtemas foram elaborados, passando por um segundo agrupamento e gerando temas maiores. Na Fase 4: Revisando os temas, duas pesquisadoras leram todo o material e o revisaram, como forma de identificar nas entrevistas informações pertinentes que talvez não tenham sido incluídas na análise primária. Logo em seguida, todos os pesquisadores se reuniram e discutiram os temas construídos, como forma de refinar o material e que houvesse um padrão coerente nos extratos identificados com relação entre eles e o todo, trazendo assim resposta ao questionamento da pesquisa.

Já na Fase 5: Definindo e nomeando os temas, os temas/subtemas identificados nas etapas três e quatro foram revisados e refinados novamente como forma de ratificar se condiziam com os extratos de dados do banco, com os códigos e se respondiam ao objetivo do estudo. Foi construído logo após um mapa temático que sintetizava os resultados, a sua elaboração ocorreu pautada na análise dos dados e refinamento de cada tema e subtema, que permite uma melhor visualização compilada dos resultados. Na Fase 6: Produção do texto final, ocorreu a partir dos pontos selecionados e escrita do relatório (BRAUN; CLARKE, 2013).

3.6. Aspectos éticos

O presente estudo cumpriu com o determinado nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes da pesquisa serão esclarecidos quanto aos objetivos do estudo através da apresentação do TCLE (APÊNDICE A).

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o CAEE: 47656821.5.0000.5188, Protocolo nº: 4.866.676 (ANEXO A), a coleta de dados foi iniciada. Além disso, o mesmo cumpriu as orientações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para a realização de pesquisas em ambiente virtual, em que foram utilizadas suas técnicas de pesquisa para contato com os participantes (BRASIL, 2021).

Este projeto de pesquisa está vinculado ao projeto intitulado: “Sistema de referência e contrarreferência nas redes de atenção à saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas”, de autoria da Drª Elenice Maria Cecchetti Vaz, diante disso foi utilizado o mesmo Termo de Anuênciia já emitido pela Gerência de Educação na Saúde (GES) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (GES/SMS-JP) (ANEXO B).

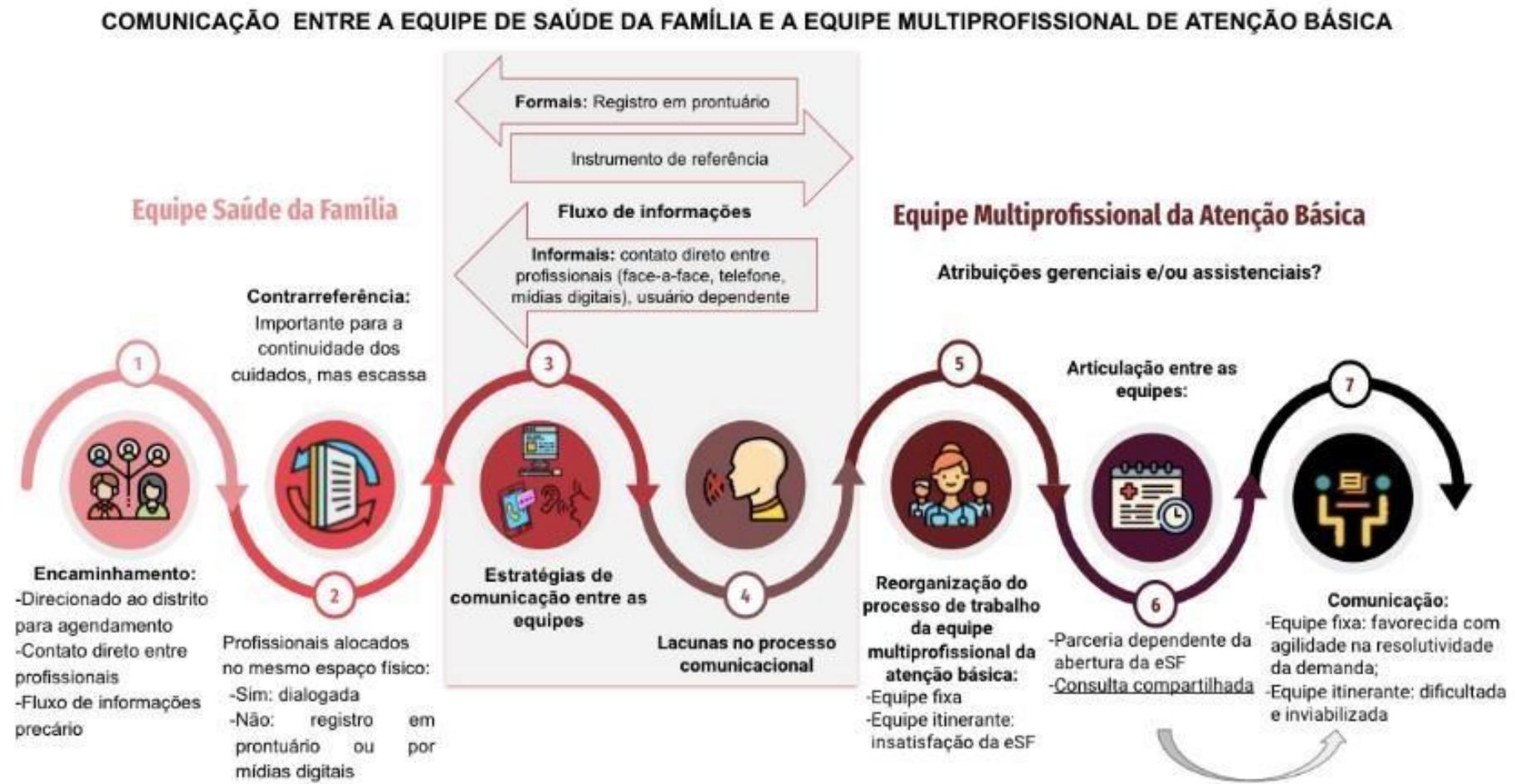
O TCLE foi encaminhado aos participantes em cada contato realizado durante a coleta de dados, expondo o objetivo, os possíveis riscos e desconfortos que, porventura, a pesquisa pudesse despertar, bem como a forma de minimizá-los. Foi explicitado que sua participação era voluntária e que não interferiria em seu contrato de trabalho, e que o participante tinha o direito de interromper a pesquisa a qualquer momento. Além de garantido o anonimato e a privacidade dos participantes, sendo os extratos de dados dos profissionais identificados pelas siglas representando suas categorias profissionais, como: médica (M), enfermeiras (E), psicóloga (P), nutricionista (N), fonoaudiólogas (FO) e fisioterapeutas (FI).

4. RESULTADOS

Participaram do estudo 13 profissionais da atenção primária à saúde que formavam as equipes de Saúde da Família: uma médica (M) e seis enfermeiras (E); e as equipes multiprofissionais da atenção básica: uma psicóloga (P), uma nutricionista (N), duas fonoaudiólogas (FO) e duas fisioterapeutas (FI). As idades variaram entre 26 e 58 anos completos, todas do sexo feminino. O tempo de vínculo com os serviços da APS das participantes do estudo variou entre 1 ano e 23 anos.

Os resultados foram construídos com base na análise do material empírico, em que foram identificados dois temas e seus respectivos subtemas: “Encaminhamentos e fluxo de informações a partir da comunicação entre as equipes de atenção básica”: *Trâmites formais e informais do fluxo de informações nos encaminhamentos; Contrarreferência: da importância a aspectos que podem influenciá-la; Estratégias de comunicação entre as equipes; Da fragilização à busca do aprimoramento do processo comunicacional*; e “Modus operandi da equipe multiprofissional da atenção básica: inconstâncias nas atribuições dos profissionais influenciando a articulação com a equipe saúde da família”: *Processo de trabalho da equipe multiprofissional da atenção básica em evidência; Articulando a consulta entre os profissionais das equipes; Aspectos influenciadores da articulação e óbices decorrentes da desarticulação*.

Figura 1 - Mapa temático dos resultados consolidados a respeito da comunicação entre as equipes multiprofissional da atenção básica e de saúde da família a partir da referência e contrarreferência de criança/adolescente com doença crônica. João Pessoa, PB, Brasil, 2022.

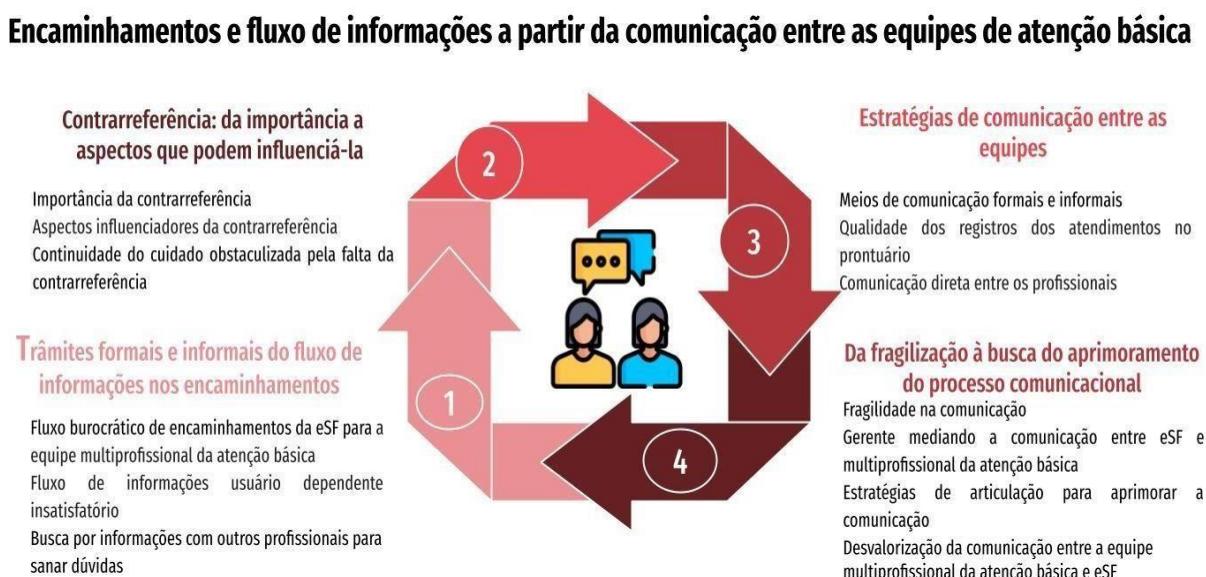


Fonte: elaborado pela autora, 2022.

4.1. Encaminhamentos e fluxo de informações a partir da comunicação entre as equipes de atenção básica

O cuidado à criança/adolescente com doença crônica, por ser complexo e multiprofissional, necessita de uma ampla integração dos serviços, além da eficiência do sistema de regulação em garantir que o seu cuidado seja integral e contínuo. Ao ser atendida em um dos níveis de atenção à saúde, o sistema de regulação deve funcionar como ferramenta de comunicação entre os profissionais, ofertando maior coordenação das ações de saúde. Neste tema foram identificados os seguintes subtemas: Trâmites formais e informais do fluxo de informações nos encaminhamentos; Contrarreferência: da importância a aspectos que podem influenciá-la; Estratégias de comunicação entre as equipes; Da fragilização à busca do aprimoramento do processo comunicacional.

Figura 2 - Mapa Temático para o tema: Encaminhamentos e Fluxo de informações entre a equipe multiprofissional de atenção básica e a equipe saúde da família com os subtemas e os códigos identificados.



Fonte: elaborado pela autora, 2022.

4.1.1. Trâmites formais e informais do fluxo de informações nos encaminhamentos

Na USF o referenciamento da criança/adolescente com doença crônica para a equipe multiprofissional (Nasf-AB), é feita pelas profissionais da eSF, que visualizam a necessidade da consulta durante o seu atendimento. O fluxo burocrático para o encaminhamento desse usuário, normalmente, ocorre por meio do preenchimento do instrumento de referência e contrarreferência adotado pelo município, que é enviado ao distrito sanitário referente àquele território, e que se responsabiliza pelas marcações/regulações das consultas/exames.

Quando ela [profissional da eSF] vê a necessidade, faz o encaminhamento, avisa ao gerente ou apoiador [profissional Nasf/equipe multiprofissional AB] que tem aquele encaminhamento para tal profissional e o profissional é comunicado. Nós marcamos aquela unidade, atendemos o paciente, evoluímos no prontuário, colocamos a contrarreferência que foi encaminhado junto ao prontuário e damos a devolutiva à equipe [de origem], ou seja, atendimento dentro da unidade de saúde ou visita domiciliar [...] (FO7).

Os profissionais da equipe [de saúde da família] no ato do atendimento, visualizam a necessidade desse encaminhamento para o profissional do Nasf [equipe multiprofissional da AB] e geram uma ficha de referência e todas essas fichas de atendimento vem para o distrito. Aqui [DS], eu separo, verifico os dados e encaminho novamente para os profissionais [da equipe multiprofissional da atenção básica] atenderem. Essa contrarreferência é arquivada aqui no distrito e todo e qualquer atendimento a esse usuário é registrado no prontuário que fica na unidade (FI8).

Tem a ficha de encaminhamento que é aquela oficial [instrumento de referência e contrarreferência] e a gente identifica quando é, faz a justificativa, faz o relato da situação e coloca o profissional que a gente está encaminhando, a categoria, e coloca Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica] neste instrumento. É entregue à gerente, normalmente, para que ela faça o contato com o profissional, ver quem é que está responsável por aquela equipe [...] (E9).

Após o encaminhamento, algumas profissionais da eSF referem não receber informações acerca dos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional (Nasf-AB), ficando a cargo do usuário o relato do seu atendimento. As informações ditas como usuário dependente, segundo esses profissionais, geram incertezas quanto às ações que foram realizadas naquele determinado atendimento e prejudica a continuidade do cuidado.

Em relação à comunicação entre a equipe saúde da família e equipe Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica], eu avalio a qualidade da comunicação como ruim, porque não tem uma comunicação interprofissional, depende apenas do relato do paciente que não sabe avaliar de forma objetiva o atendimento prestado e a evolução. Ele tem uma avaliação subjetiva de que melhorou ou não melhorou, foi bom ou ruim, mas ele não sabe dizer, não sabe dar as informações de saúde, uma evolução mais objetiva. [...] então a gente sempre fica com o relato do paciente que é mais comum ou no máximo com o laudo quando ele vai para um especialista [...] eu acho que se fosse preenchido algum papel ou no receituário comum ou no próprio espaço de contrarreferência do encaminhamento e enviado pelo paciente, já seria um grande avanço (M2).

Tive experiências em que o usuário teve que sair da sua residência e encontrar com o profissional do Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica] lá naquela unidade onde ele é gerente, e ele não me trazer nada, na verdade, nada por escrito, a não ser o entendimento dele. [...] Eu acho que o usuário é quem sai no prejuízo porque uma coisa é o profissional escrever ou te dar o retorno por telefone de profissional para profissional, outra coisa é o usuário te relatar. Porque a gente tem que levar em consideração o nível de entendimento dele, a questão até que ponto ele entendeu certo aquilo que ele está te repassando, “será que foi aquilo mesmo que o profissional falou lá?”, “o usuário tem discernimento ou tem um grau de escolaridade, de entendimento para realmente assimilar aquilo que foi repassado pelo profissional?” (E13)

Com a ausência de informações precisas sobre as condições de saúde das crianças/adolescentes com doença crônica, o profissional da eSF sente a necessidade de buscar os profissionais da equipe multiprofissional para sanar suas dúvidas.

[Os profissionais da equipe multiprofissional] se procuraram [a eSF para buscar informações sobre criança/adolescente com doença crônica] foram pouquíssimas vezes, que eu nem consigo lembrar. Normalmente, eu que vou atrás, para qualquer profissional que eu encaminhar, até médicos. [...] eu sinto uma necessidade dessa troca [de informações] eu tenho muitas limitações, principalmente nesses casos que são doenças crônicas que a gente ainda precisa de maior conhecimento. Eu sinto essa necessidade de ter esse profissional que dê suporte, apesar de buscar, porque eu sou aquele profissional que eu não me limito a minha dificuldade dentro da unidade, eu vou em busca de quem eu possa ter uma ajuda [...] (E9).

Identificam-se fragilidades na troca de informações acerca da criança/adolescente com doença crônica entre as equipes multiprofissionais e eSF e de um suporte assistencial por parte destes profissionais. Além disso, apesar da sua

importância encontram-se fatores que influenciam a contrarreferência e prejudicam a continuidade do cuidado.

4.1.2. Contrarreferência: da importância a aspectos que podem influenciá-la

Apesar de as profissionais compreenderem a importância da contrarreferência para a continuidade do cuidado de crianças/adolescentes com doença crônica, na grande parte dos atendimentos, esta não é preenchida.

Agora tem também a importância da contrarreferência, porque algum profissional pode atender e a gente não ter nada, ele atende em outro local e a gente não tem a contrarreferência, por isso que é importante a contrarreferência. [...] A gente faz o encaminhamento, tem esse encaminhamento só que a gente não recebe a contrarreferência, porque no próprio encaminhamento tem embaixo a contrarreferência, mas a gente não recebe não, pelo menos eu nunca recebi (E5).

Se eu como profissional atendo o usuário e busco aquele que fez o referenciamento para mim, eu tenho que dar minha contrarreferência para o profissional do que foi feito. Se foi encaminhado o usuário, se ele precisa de algum tipo de exame para esclarecer melhor para que eu possa trabalhar melhor. Eu acho que essa comunicação deve acontecer, deve ter. Então depende de cada profissional, eu acho que isso é individual (FO7).

Essa contrarreferência, muitas vezes, se dá de maneira informal, sem o devido preenchimento da ficha, pois a troca de informações sobre os atendimentos da criança/adolescente com doença crônica é facilitada pela afinidade entre as profissionais ou aplicativos de celular. Ainda mais, quando a equipe multiprofissional é locada na mesma unidade da eSF, esse processo pode ocorrer somente por meio do diálogo.

Essa contrarreferência quase nunca volta. Se o Nasf [equipe multiprofissional AB] for apoio da unidade, tem diálogo. Se não for, tem registro em prontuário. [...] Quando o profissional já não era da unidade, que não tem como a gente ter na unidade todas as especialidades que o Nasf dá suporte, quando essa especialidade não era do nosso apoio, a comunicação deixava mais a desejar. Então, eu tenho a experiência das duas avaliações, ela de forma positiva, quando o Nasf é apoio da unidade e do caso do Nasf itinerante, esse que está na unidade e dá apoio a outras, a experiência não foi tão boa, mas por isso, por falta de oportunidade de um diálogo (E6).

Não retorna [o instrumento com a contrarreferência]. Se eu tenho afinidade, uma relação mais próxima com o profissional, então essa troca é feita ou pessoalmente quando o profissional ia à unidade ou pelo WhatsApp [aplicativo de mensagens online], porque eu sempre procuro o retorno ou por meio do prontuário, se esse profissional utilizar o prontuário, mas fora isso a gente não tem nenhum outro instrumento de contrarreferência (E9).

A ausência da contrarreferência cria óbices na continuidade do cuidado à criança/adolescente com doença crônica, prejudicando o seu plano de cuidados por não terem conhecimento acerca da evolução do quadro daquela pessoa. Além disso, elas não conseguem repassar para as famílias informações precisas do quadro clínico da criança/adolescente.

A falta de contrarreferência não me permite dizer se aquele tratamento está sendo efetivo. Quando a mãe me pergunta se vai um dia voltar a andar, ou se vai um dia conseguir fazer uma tarefa diferente dentro de casa que ela não consegue hoje, eu não consigo dizer o prognóstico porque eu não sei a evolução dele com a fisioterapia. Então compromete, eu sei a informação geral sobre a doença que eu aprendi, mas não individualmente para aquele paciente (M2).

Nenhum dos encaminhamentos que a gente faz, a gente recebe a contrarreferência, é muito raro. Eu pelo menos nunca recebi contrarreferência de nada. A não ser nesse caso [criança com microcefalia] que eu tive essa profissional da nutrição que era gerente da unidade, que a gente se falava diariamente, mas fora ela nenhum outro [...] é muito ruim porque a gente fica sem saber o resultado, só sabe, quando é o caso de internamento, quando a criança volta para casa que tem os ACS [Agentes Comunitários de Saúde] que fazem as visitas e eles que buscam as notícias, quando é um caso mais grave a gente sempre fica em contato com a família, mas fora isso a gente não tem resultado de nada (E4).

E eu acredito que isso compromete o cuidado do paciente [falta de comunicação entre as equipes multiprofissional e eSF] porque, por exemplo, se eu pego uma criança que tem cardiopatia congênita e ela está tendo algumas dificuldades na escola, até pela cicatriz na cirurgia e etc., e eu peço a avaliação do psicólogo, eu queria saber o grau de comprometimento, o quanto aquilo tem comprometido a vida do paciente. Se eu não tenho uma contrarreferência isso compromete o meu cuidado, porque eu não conto com esse apoio, assim fica uma avaliação só minha. Eu pedi para ele [profissional da equipe multiprofissional da atenção básica] avaliar e dar uma resposta, mas eu não sei se a criança conseguiu se abrir, se ela falou em a relação aos familiares, em relação aos amigos, eu não sei o quanto aquele componente está comprometendo a vida dela (M2).

A contrarreferência tem papel fundamental na continuidade do cuidado da criança/adolescente com doença crônica, entretanto esta é avaliada pelos participantes como eficaz apenas quando os profissionais das diferentes equipes estão locados na mesma USF ou possuem alguma afinidade. Dessa forma, a ausência da contrarreferência faz com que as famílias e profissionais não consigam identificar a evolução do quadro daquela pessoa, prejudicando seu plano de cuidados. No intuito de minimizar essa problemática, há a necessidade de se (re)pensar estratégias de comunicação entre as equipes multiprofissional de AB e eSF.

4.1.3. Estratégias de comunicação entre as equipes

A forma de comunicação entre os profissionais pode ocorrer por meios formais e informais. Em geral, a troca de informações é realizada em reuniões ou por meio do próprio instrumento/ficha de encaminhamento. Também são utilizados aplicativos de mensagens, telefone e diálogo.

A própria folha de encaminhamento [instrumento de referência e contrarreferência] que tem os dados do paciente, a gente justifica o motivo do encaminhamento, porque está pedindo aquele atendimento do outro profissional, tem um espaço embaixo que pode ser destacado que tem contrarreferência e o profissional que atendeu pode preencher, mas na prática ninguém nunca preenche, eu nunca vi (M2).

[A comunicação com os profissionais da equipe multiprofissional é via] telefone e prontuário. Quando havia atendimento deles, a gente tinha o registro no prontuário. Então dava para acompanhar, mas, muitas vezes, por telefone, pelo WhatsApp [aplicativo de mensagens online] (E9).

Todo atendimento a gente coloca no prontuário, mas se a gente tiver algo diferente, a gente pede para se comunicar com o médico ou alguém que mandou para a gente (N3).

Comigo todas as vezes que eu precisei foi feita [a comunicação] por meio do diálogo pessoalmente ou por telefone. Por meio do prontuário coloco também a necessidade, o encaminhamento e também quando eles [equipe multiprofissional] fazem o atendimento registram no prontuário também. Muitas

vezes, a própria família já me ligou, porque eu sempre tenho o contato com as famílias, eu sempre deixo para eles me darem o feedback também, então assim todas as vezes que eu precisei sempre fui muito bem atendida pelo Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica] (E12).

Essa comunicação na maioria das vezes é feita por telefone, em que o profissional [eSF] usa seu próprio telefone para entrar em contato com alguém do Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica]. [...] Normalmente foi dessa forma, por escrito e/ou nesse caso, eu falei com ela [profissional da equipe multiprofissional] também por telefone, porque era minha vizinha de unidade e eu escrevi. Eu falei por telefone e no encaminhamento eu coloquei o índice de massa corporal da criança, peso, estatura, IMC e encaminhei (E13).

Os registros dos atendimentos no prontuário é uma ferramenta importante para o cuidado e acompanhamento da criança/adolescente com doença crônica. Contudo, para que isso ocorra de maneira eficaz, as profissionais reconhecem que precisam realizar essa ação da melhor forma mais completa possível, buscando anotar as informações de maneira clara, objetiva e em sua totalidade.

Após cada atendimento, nós evoluímos no prontuário. Então, toda vez que o profissional, o médico, enfermeiro ou qualquer outro profissional pegar o prontuário daquele usuário, ele vai saber o que nós fizemos naquele dia marcado da consulta. Então quando encerra o caso nós avisamos ao profissional que encerrou (FO7).

Acredito que ela [comunicação entre a equipe multiprofissional da atenção básica e a eSF] é satisfatória, uma vez que cada um, cada profissional, registre de forma fidedigna esse acompanhamento no prontuário. Caso tenha sido feito por todos, acredito sim que essa comunicação é eficiente [...] Vai à unidade faz o atendimento e registra no prontuário e, posteriormente, alguém da equipe vai atender esse mesmo usuário e quer saber alguma contrarreferência, o registro do profissional Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica] que atendeu vai constando na evolução, na evolução dentro do prontuário (FI8).

Tudo por meio do prontuário [a troca de informações sobre a criança/adolescente com doença crônica]. [...] Por meio do prontuário porque ele faz evolução dele eu faço a minha evolução e à medida que ele vai atendendo, o profissional que tem certo interesse em ver como as vezes que eu pego, eu vejo a evolução do médico o que é que o médico pensava daquele paciente [...] (FI10).

A comunicação entre as equipes multiprofissional de AB é necessária para a resolutividade das demandas. Mesmo com a percepção de que é importante a troca de informações por meio do instrumento de referência e contrarreferência, muitos buscam discutir os casos pessoalmente.

A comunicação é de forma indireta, por meio de encaminhamento para a referência de uma especialidade profissional, seja ela, psicólogos, nutricionistas, etc. A comunicação entre equipe Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica] e eSF ocorre de forma bem direta, às vezes até sem encaminhamento (P1).

A equipe Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica] é como eu lhe disse, a gente se comunica. É uma equipe multidisciplinar que se precisar nós vamos juntos, as especialidades que é fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, tem farmacêutico e educador físico, tem equipe que trabalha na academia de saúde que é com mais exercícios, avaliação nutricional e também nós atuamos na unidade de saúde que é o PSF [USF]. A gente vê o que precisa se não tiver na nossa unidade, aquele profissional responsável por aquele caso clínico, a gente se comunica com o outro amigo que é do Nasf para dar apoio a gente (N3).

Eu atendo uma criança que eu vejo que tem a necessidade de um apoio com o psicólogo, eu faço o encaminhamento para o psicólogo, entro em contato com a minha colega de trabalho e sentamos e conversamos sobre o caso clínico daquele usuário, daquele paciente. A mesma coisa se faz com os demais profissionais, fisioterapia, nutricionista (FO7).

Diversas foram as formas de comunicação elencadas pelas participantes do estudo. Entretanto, para que esta ocorra uma troca de informações eficaz, compreendem que cabe aos profissionais das equipes se empenharem com compromisso e responsabilização na tarefa de repassar essas informações de forma fidedigna, com a riqueza de detalhes importantes para a continuidade do cuidado da criança/adolescente com doença crônica. Mesmo que a comunicação direta seja a mais utilizada por essas profissionais, os registros são destacados como importantes para que outras pessoas tenham acesso às informações do usuário. Para tal, deverão buscar aprimorar o processo comunicacional, em especial utilizando o formulário específico, a fim de fortalecer o sistema de referência e contrarreferência da criança/adolescente com doença crônica.

4.1.4. Da fragilização à busca do aprimoramento do processo comunicacional

A comunicação entre a equipe multiprofissional e a eSF é prejudicada pelo registro inadequado dos atendimentos realizados ao usuário. Ainda assim, o processo comunicacional é fragilizado pela baixa frequência na comunicação direta para discutir os casos.

Eu avalio que a comunicação não tem uma boa qualidade, e ela é prejudicada pela falta de preenchimento dos instrumentos, tanto os já existentes quanto... eu não sei se a equipe Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica] teria algum outro instrumento ou alguma outra proposta de comunicação entre profissionais, mas [é] essa falta de preenchimento do instrumento que prejudica muito a comunicação (M2).

A gente atende muitas pessoas todos os dias. Não vou dizer para você que todo atendimento é sentado e conversado com o profissional [multiprofissional da atenção básica]. Alguns casos são discutidos até em reunião de equipe. Tem casos que a gente conversa sim, mas não adianta dizer que todos os casos são conversados que isso não existe (FI10).

A alta é pelo prontuário mesmo, é pela história que a gente fala no prontuário e acho que é isso, pelo histórico que está no prontuário. [...] Geralmente não [trocamos mais informações com a equipe multiprofissional da atenção básica], só escreve no prontuário quando dá alta ao paciente, [...] não fala mais nada à equipe, só isso mesmo (FO11).

Ainda vejo uma comunicação mais distante, uma vez que ela é fria, é mais papel, eu vou à unidade, atendo o paciente, registro lá e volto para o distrito. Isto é a minha realidade. Esse mesmo usuário vai ser atendido por outro profissional e o outro profissional que está no ato do atendimento vai ver a conduta da fisioterapeuta X, mas vai ver a conduta escrita, então essa comunicação de frente a frente entre profissionais ela está um pouquinho mais esquecida, mais remota [...] (FI8).

Como forma de agilizar a comunicação entre a equipe multiprofissional e a eSF, os profissionais buscam o gerente das USF para mediar esse processo.

Muitas vezes, a gente pede ajuda ao gerente da unidade para conseguir o contato telefônico desse profissional, para fazer esse contato ou então por meio de um encaminhamento (E13).

Se for o caso também o gerente pode ser comunicado dessa necessidade de comunicação entre a equipe X com o profissional Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica] e pode ser por meio de telefone também (FI8).

[...] A gente fazia encaminhamento para esse profissional [da equipe multiprofissional da atenção básica] e entregava à gerente da unidade para que ela pudesse agilizar, sempre no sentido de intermediar essa consulta com mais brevidade, porque sempre demora mais (E9).

Como forma de melhorar a comunicação entre as equipes, as participantes buscam estratégias de articulação que possam aprimorar as trocas de informações. Dessa forma, apontaram algumas sugestões: elaborar planos de cuidados, realizar um trabalho mais interligado entre as equipes, reuniões entre as equipes e a construção de um formulário com informações pertinentes aos atendimentos que não foram registradas no prontuário da criança/adolescente com doença crônica.

[É importante trabalhar em conjunto, pois] quando realizamos um plano de cuidado, esse atendimento ocorre de forma mais completa e o paciente [criança/adolescente com doença crônica e sua família] se sente mais cuidado, sabendo que vários profissionais estão trabalhando juntos no tratamento/cuidado dele. É mais fácil obter sucesso no tratamento/cuidado, até porque sendo criança, esse atendimento terá sempre a participação da mãe, que será sensibilizada dos dois lados da importância de cuidar da saúde de seu filho (E6).

A sugestão [para melhorar a troca de informações] é que os profissionais estejam mais interligados, mais juntos. Ter um olhar ainda mais amplo para a saúde da criança e do adolescente para poder discutir de fato mais casos, ter mais parcerias com os profissionais para abrir um leque, abrir novos pensamentos, para resolver algumas outras coisas do paciente [criança/adolescente com doença crônica e sua família]. [...] A melhor forma [de melhorar a comunicação entre a eSF e a equipe multiprofissional da atenção básica] é participando das reuniões de equipe, já é um passo, não digamos que é um único passo, mas é um passo (FI10).

Talvez fosse resolvido [o problema de comunicação entre a eSF e equipe multiprofissional não alocadas na mesma estrutura] com um instrumento simples. Algum formulário, alguma coisa que a gente pudesse encaminhar, eles responderem de forma que eles coloquem no papel as informações mais pertinentes desse atendimento e isso ficasse anexado ao prontuário. Nesse instrumento nós teríamos algumas informações mais direcionadas que de repente na evolução de algum prontuário a gente esqueça de registrar e lá tendo pontuado a gente ia ter como norte, uma resposta, mais avaliação, um atendimento mais completo colocado no papel (E6).

De forma pontual, uma profissional não percebe a importância da comunicação entre a equipe multiprofissional da atenção básica e a eSF, alegando não ter interferência no cuidado da criança/adolescente com doença crônica.

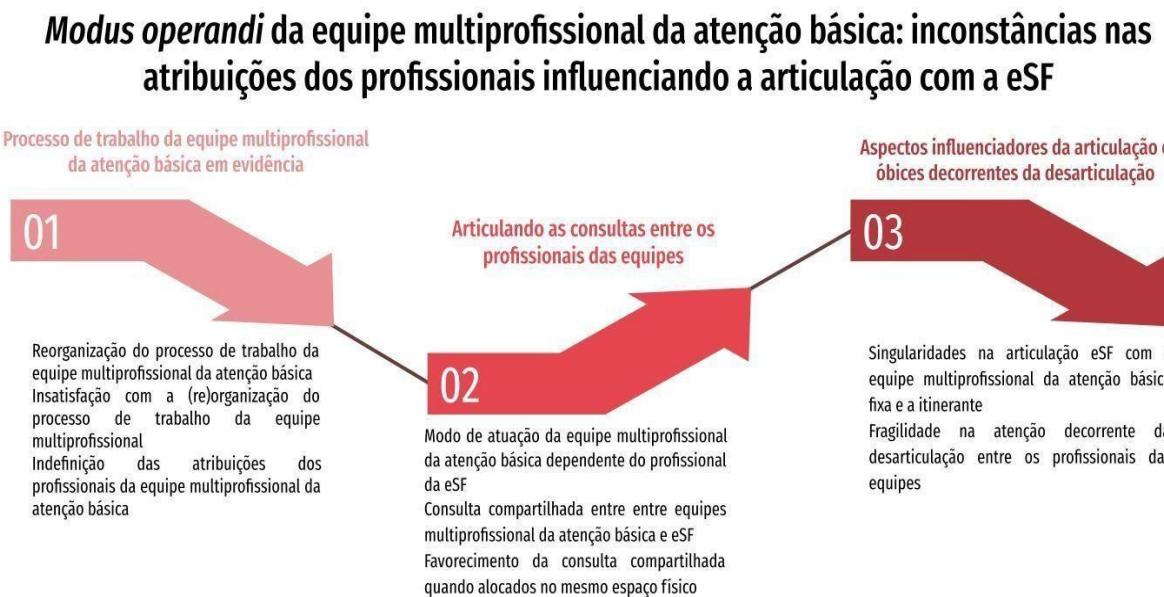
Ao meu ver [a comunicação entre as equipes multiprofissionais e equipe saúde da família] não afeta em nada o cuidado com essa criança, uma vez que o serviço é realizado independente se a comunicação entre as equipes foi correta ou não (P1).

Apesar de buscarem formas de aprimorar a comunicação entre as equipes, reconhecem que a troca de informações ainda é insipiente. Sendo assim, refletem sobre outras maneiras de executar suas atribuições que possam articular as ações das equipes multiprofissional e eSF.

4.2. *Modus operandi* da equipe multiprofissional da atenção básica: inconstâncias nas atribuições dos profissionais influenciando a articulação com a eSF

A forma como se dá o processo de trabalho da equipe multiprofissional da atenção básica interfere na sua articulação com a eSF. Essa interação entre as equipes é fundamental na atenção à criança/adolescente com doença crônica, porque, a depender de como se processa, pode trazer repercussões para o cuidado. Neste tema foram identificados os seguintes subtemas: Processo de trabalho da equipe multiprofissional da atenção básica em evidência; Articulando as consultas entre os profissionais das equipes; Aspectos influenciadores da articulação e óbices decorrentes da desarticulação.

Figura 3 - Mapa Temático para o tema: Modus operandi da equipe multiprofissional da atenção básica: inconstâncias nas atribuições dos profissionais influenciando a articulação com a eSF. João Pessoa, PB, Brasil, 2022.



Fonte: elaborado pela autora, 2022.

4.2.1. Processo de trabalho da equipe multiprofissional da atenção básica em evidência

O processo de trabalho da equipe multiprofissional da atenção básica sofre uma reorganização de acordo com as necessidades do Distrito Sanitário. Neste sentido, as participantes relatam que a gestão é responsável por definir a composição da equipe multiprofissional que vai atuar naquele território.

Atualmente nós temos 20 gerentes que são do Nasf [equipe multiprofissional da AB], que também desempenham o papel gerencial, e quem define [os gerentes das USF] é a gestão, é a diretoria do distrito essa composição dos núcleos, de cada equipe Nasf, porque a gente trabalha ainda com a modalidade do Nasf 1, que é de até 4 a 5 equipes, então toda essa estrutura, organização, escolha, parte do distrito (FI8).

Ficamos [profissionais da equipe multiprofissional da AB] em uma unidade junto com o gerente, o apoiador, e damos suporte às unidades distribuídas pelo território, se tiver mais de um fonoaudiólogo, por exemplo. Então, a gente distribui o território e quando a demanda surge naquela unidade somos comunicados e marcamos o usuário para atendimento e nos deslocamos para

esta unidade, que está precisando do atendimento seja na própria unidade de saúde ou visita domiciliar (FO7).

Dada a responsabilidade da gestão em estruturar a equipe multiprofissional da AB de acordo com as necessidades do território, as profissionais da eSF sentem-se insatisfeitas com a (re)organização do processo de trabalho dessa equipe. Seja assumindo as funções gerenciais ou assistenciais em diferentes unidades, sem vínculo com o serviço, as entrevistadas sentem que a equipe multiprofissional poderia contribuir muito mais com o cuidado à criança/adolescente com doença crônica.

Tem a gerente [profissional da equipe multiprofissional da AB] e ela não fica constantemente aqui [USF], tem os dias específicos que ela fica aqui na unidade porque ela presta atendimento [à criança/adolescente com doença crônica] em outros locais. Está muito resumida essa questão do Nasf [equipe multiprofissional da AB], porque a gente tinha em mais abundância esses profissionais na saúde da família, agora está muito restringido o percentual deles (E4).

Porque também limitaram muito colocando eles [profissionais da equipe multiprofissional da AB] como gerentes, apoio nas unidades, agora é que eles limitaram mais. Retiraram, deixaram alguns profissionais como gerentes mesmo, e os outros fazendo o papel deles [por núcleo profissional] que até agora não fizeram. Ainda não apareceram nas unidades com os encaminhamentos [das crianças com doença crônica] que a gente fez, eu acho ainda muito limitado. Eles poderiam ter mais atuação, contribuir muito mais com a equipe, porque há uma carência muito grande da gente, dos profissionais de saúde da família em relação à falta de apoio do Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica]. Se tivesse, com certeza, ia ser bem melhor, ia ser mais potente (E9).

Não é satisfatória não [a organização do processo de trabalho] porque é uma coisa muito solta, sempre foi, porque, tipo assim, o ideal seria que esse pessoal do Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica] ficasse fixo nas unidades de saúde da família, mas não ficam. Ficam andando de um lado para o outro e assim nunca [se] fixam no lugar [não criam vínculo com a criança/adolescente com doença crônica] (E4).

Com a indefinição das atribuições da equipe multiprofissional da AB, as participantes referem que a disponibilidade destes profissionais é afetada. Seja assumindo a função gerencial e/ou assistencial, estes acabam acumulando obrigações, sem tempo para exercer as duas funções com excelência.

Quem é gerente, a prioridade é a gerência e em segundo, o atendimento na equipe multiprofissional. E na equipe multiprofissional a prioridade é o atendimento na equipe multiprofissional [assistência à criança/adolescente com doença crônica], e em segundo a gerência. Normalmente está sendo assim, porque um apoia o outro (FO11).

A comunicação em si, não foi tão difícil, mais difícil eu acho que é a disponibilidade do profissional [equipe multiprofissional da AB], porque na verdade ele assumia duas funções, ele era um gerente e ao mesmo tempo ele tinha que ser um fisioterapeuta ou ele tinha que ser um nutricionista. Então, a disponibilidade era mais complicada, [...] mas é porque aqui em [nome da cidade] a gente não teve a oportunidade de ter uma equipe Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica] realmente exercendo sua função multiprofissional, a função de equipe de referência. Eles estavam sempre com as duas funções (E13).

A dinâmica de distribuição e (re)organização da equipe multiprofissional da AB de acordo com a requisição da gestão do DS, faz com que as profissionais de ambas as equipes percebam o acúmulo de funções, que prejudica a execução de ações de saúde mais abrangentes à criança/adolescente com doença crônica, visto que, a equipe multiprofissional precisa atuar na esfera de gerência e assistência. Sendo assim, é preciso fortalecer a comunicação entre os profissionais, articulando consultas e procedimentos realizados por eles.

4.2.2. Articulando a consulta entre os profissionais das equipes

O modo como a equipe multiprofissional da AB atua depende de como as profissionais da eSF se organizam. Quando os profissionais da eSF identificam a necessidade de atendimento à criança/adolescente com doença crônica, ou as referenciam ou buscam os profissionais da equipe multiprofissional para trocar informações acerca dela. Entretanto, isso depende da articulação destes profissionais em criar parcerias dentro da unidade.

Eu já trabalhei em equipe, de parceria total, com enfermeiro, com médico que no atendimento já me aciona [fisioterapeuta], viu alguma coisa que é pertinente à fisioterapia ou até outro profissional e aciona a gente. E quando não é uma interconsulta, uma consulta compartilhada, faz encaminhamento e eu recebo o encaminhamento, explicando que é uma criança de tal idade. Já atendi bebê, já fiz visita [domiciliar], acompanhamento a bebê com atraso no desenvolvimento,

então assim, parceria tranquila sempre dependendo da equipe que você está locada. [...] Vai ter profissional que só faz o encaminhamento, às vezes, podendo estar acionando naquele momento que você está na unidade, quando você vai ver poderia ter feito aquele atendimento já com ele, ia ter feito uma troca rica de experiência, mas não são todos (FI10).

Mas, há também a demanda espontânea, que no ato do atendimento pode acontecer um atendimento compartilhado [à criança/adolescente com doença crônica], uma vez que o profissional se encontrar na unidade, no prédio (FI8).

Tanto para os profissionais da eSF quanto da equipe multiprofissional da AB, a interconsulta consulta, além de ser ferramenta importante para o sucesso no cuidado e acompanhamento de criança/adolescente com doença crônica, é visto como um momento rico para a troca de saberes. As participantes entendem que com a interconsulta é possível contemplar as necessidades das crianças/adolescentes com doença crônica e de suas famílias, além de intervir, com prontidão, em possíveis problemas que possam surgir.

Quando a gente pega a criança/adolescente com doença crônica que já está tendo consulta, por exemplo, com uma enfermeira, e ela viu que necessitava de uma intervenção psicológica. O que acontece é que a gente consegue inserir uma interconsulta, que é uma consulta com outra especialidade dentro de uma só (P1).

Vamos fazer em conjunto [profissionais da equipe multiprofissional da atenção básica e equipe saúde da família] a avaliação daquela criança [criança/adolescente com doença crônica] e trocamos ali experiências para ver o que é melhor para ela naquele momento [...], porque se a criança vai para a puericultura com a enfermeira, então, ali há necessidade de um nutricionista ou até mesmo da minha parte, de um fonoaudiólogo. Então, eu vou intervir logo dentro daquela consulta, ela já vai sair satisfeita, porque além do acompanhamento do bebê, por parte da enfermagem, ela vai ter também a percepção, devolutiva com o profissional, no caso o fonoaudiólogo, de como melhorar aquela situação tanto para a mãe como para o bebê (FO7).

Já realizamos [interconsultas] e por sinal, é um momento muito rico, muito bom. Tivemos a oportunidade de ter juntamente com um dentista, médico, a participação de uma fonoaudióloga mais de uma vez, inclusive, até com participação no pré-natal, consultas de puericultura e é fantástica essa junção de saberes, trabalho colaborativo, interprofissional, é muito rico. Todo mundo aprende, todo mundo sai ganhando (E13).

O fato de as equipes estarem alocadas no mesmo espaço físico favorece as consultas compartilhadas à criança/adolescente com doença crônica.

Quando no mesmo espaço [equipe multiprofissional da atenção básica e eSF], por exemplo, as interconsultas que eu consegui foram porque os profissionais estavam alocados na mesma unidade que eu. A comunicação é boa, ela funciona de fato, não por vias formais, mas uma conversa entre os profissionais (M2).

Se eu preciso de algum profissional e esse profissional estava na unidade eu já fazia o contato direto, eu convido para que a gente possa realizar interconsulta juntas. [...] Eu gosto das consultas, interconsultas porque é uma troca de conhecimento, então e a gente tem muito o que aprender, já que não sou da área, eu não sou da área específica, então eu gosto de realizar essa troca de conhecimento (E9).

Eu lembro muito bem de uma enfermeira que viu a necessidade fisioterapêutica na criança e acionou logo a mim, que estava dentro da unidade. A gente fez a interconsulta juntas na própria consulta de puericultura, foi bem enriquecedor. [...] A interconsulta é uma ferramenta poderosa, pena que não é com todo profissional que a gente tem essa parceria (FI10).

A articulação entre as equipes de atenção básica depende da comunicação entre os profissionais que as compõem, da forma como cada um conduz a assistência, troca informações e estabelece seus vínculos. A consulta compartilhada encontra-se como ferramenta importante no cuidado à criança/adolescente com doença crônica, e quando os profissionais estão alocados na mesma unidade de saúde as ações ocorrem com maior facilidade e êxito. No entanto, outros aspectos podem influenciar na articulação entre a equipe multiprofissional da AB e a eSF.

4.2.3. Aspectos influenciadores da articulação e óbices decorrentes da desarticulação

Existem singularidades na articulação das eSF com as equipes multiprofissionais da atenção básica, a depender se esta última é fixa na própria USF ou se é itinerante. Para o cuidado e acompanhamento da criança/adolescente com doença crônica, os participantes reconhecem que é importante que os profissionais consigam trocar informações sobre os seus casos, para ofertar ações de saúde ainda mais eficientes.

Entretanto, percebem que na prática, as equipes encontram dificuldades na realização do cuidado compartilhado quando não estão alocados na mesma USF.

Quando os profissionais da equipe multiprofissional de AB são itinerantes, as participantes reconhecem que muitas informações acerca dos atendimentos da criança/adolescente com doença crônica ocorrem a partir dos registros nos prontuários ou são repassadas pelos agentes comunitários de saúde ou pelos gerentes.

[...] quando é de outro território, geralmente o encaminhamento tem uma história e a gente se comunica com a gerente ou com a agente de saúde do território [...]eu acho que quando [a criança/adolescente com doença crônica] é do nosso território essa comunicação é satisfatória, a equipe tranquilamente fala o caso, explica tudo antes da gente fazer o atendimento ou visita. Eu acho satisfatória. Agora quando é de outro território realmente fica mais complicada a questão da comunicação, a gente não acha tão viável ir para outros territórios por conta disso, [...] é um pouco de limitação devido a logística mesmo de trabalho que a gente tem (FO11).

Porque a equipe Nasf [equipe multiprofissional da AB] ficava de fato no lugar que eu trabalhava, então a comunicação era muito melhor, mas era também de boca, como era no mesmo local não precisava fazer algo por escrito, escrevia no prontuário mesmo do paciente [criança/adolescente com doença crônica], mas não era de profissional para profissional e eu tinha uma resposta melhor [...] (M2).

[...] ocasiona de elas ficaram dentro da unidade que são as apoiadoras [profissionais da equipe multiprofissional da atenção básica], nós temos duas, uma nutricionista e a outra psicóloga, então quando ocorre a necessidade de um atendimento fica mais fácil nessas duas especialidades [...] (E4).

Com os profissionais que já estão na unidade nem se fala, que é ótima [a comunicação com a equipe multiprofissional da atenção básica], porque ali a troca de informação é bem melhor. Com outros de fora, eles vinham atender também na unidade ou para visita domiciliar, e também há essa troca de informação assim na hora quando vem, quando vai para visita, quando volta para colocar no prontuário há uma troca boa de informação [...]. Na unidade a gente tem nutricionista, tem psicólogo e tem fonoaudióloga. As consultas que a gente encaminha a gente tem um feedback porque são pessoas ali dentro da unidade que a gente pode conversar, e essas outras, assistentes sociais, fisioterapia, vem na unidade, pega prontuário e coloca [registra] (E5).

[...] por eu ter o contato deles [profissionais da equipe multiprofissional], [...] tendo esse vínculo, essa facilidade de conhecimento facilita esse processo (E9).

A gente atende no nosso território e, às vezes, a gente recebe, por exemplo, como fisioterapeuta, eu abarco seis equipes de saúde da família. A [equipe] da minha unidade é muito diferente, porque você tem comunicação com aqueles profissionais, você vê todo dia. [...] das outras unidades, recebo esses encaminhamentos, esses encaminhamentos eu pego via distrito, atendo essas pessoas [criança/adolescente com doença crônica], evoluo nos prontuários delas, entrego à unidade a evolução no prontuário e a contrarreferência vai para o distrito, [...] então com certeza [a comunicação] é muito mais rica com a equipe que você está locada (FI10).

Ademais, existem fragilidades na atenção à criança/adolescente com doença crônica decorrente da desarticulação entre os profissionais das equipes. A ausência ou carência de comunicação entre os profissionais empobrece o cuidado prestado à criança/adolescente com doença crônica e gera uma lacuna no suporte às famílias.

Era uma criança asmática, que possuía diversas alergias alimentícias. [...] Em nenhum momento [houve troca de informações]. [...] Com certeza [seria importante essa troca], principalmente pelo fato de a USF ter mais envolvimento com cada família (P1).

Importantíssima [a elaboração do plano terapêutico singular junto à equipe multiprofissional da atenção básica] não só para crianças com doença crônica, mas para qualquer situação, porque cada um tem seu conhecimento específico e vai somando, e além do que, não fica na responsabilidade de um só profissional, eu sinto muita falta disso (E9).

[...] em relação ao Nasf [equipe multiprofissional da atenção básica] a gente encaminha [eSF]. Já aconteceu de encaminhar para esse profissional e quando o profissional faz a avaliação, diz que não pode dar continuidade ao atendimento. E eu não entendo, porque a parte da psicologia, da nutrição, não precisa de instrumentos para dar continuidade [no cuidado da criança/adolescente com doença crônica], [...] vejo outros profissionais, fisioterapeutas, que mesmo sem aqueles instrumentos que eles têm em academia, fazendo alguns improvisos ou orientando a família, acompanha semanalmente, mas ele faz por reconhecer a limitação do usuário, conhecer as dificuldades da família e querer ajudar, infelizmente, ainda existe uma fragilidade muito grande na atuação do pessoal do Nasf (E9).

Apreende-se que a comunicação entre as equipes multiprofissional de AB e eSF não ocorre de forma adequada, acarretando déficits nas ações do cuidado. Dessa forma,

o cuidado na cronicidade infantojuvenil carece de investimentos para a melhoria do vínculo entre os profissionais e no fluxo comunicacional.

5. DISCUSSÃO

A comunicação realizada entre os profissionais das equipes da atenção básica a partir do sistema de referência e contrarreferência potencializa o cuidado centrado no usuário. O preenchimento da ficha de referência e contrarreferência, aliado ao trabalho em conjunto de equipes de saúde, estabelece a organização dos serviços com vistas a diminuição da fragmentação do cuidado, além de promover a comunicação, e corresponsabilidade no campo terapêutico e pedagógico, contribuindo, assim, na eficácia das intervenções em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Na realização do encaminhamento, a marcação de exames e consultas fica a cargo do DS, que busca organizar formalmente todo o processo de regulação por meio do instrumento de referência e contrarreferência.

A regulação em saúde, é definida como a garantia do acesso qualificado aos serviços de saúde do SUS, em que o sistema é responsável por avaliar, gerenciar e agendar, procedimentos solicitados pelos usuários junto com as instituições (BASTOS; BARBOSA; BASTOS, 2019). Para tanto, a Regulação do acesso à assistência busca garantir um atendimento integral e humanizado, em que, aliado ao serviço de atenção básica e na comunicação entre profissionais-centrais de regulação, obtenha-se maior coordenação do cuidado (SILVEIRA *et al.*, 2018).

Auxiliando o processo de encaminhamento, o preenchimento do formulário de referência e contrarreferência beneficia o fluxo de informação entre os serviços (MENDES 2015). Assim, o usuário ao transitar pelos serviços de saúde com informações fidedignas do seu histórico de saúde, possui maiores chance de um cuidado integral.

O sistema de referência e contrarreferência faz parte das tecnologias de informação, que auxilia na organização do fluxo informacional do usuário que está sendo acompanhado. São fluxos e contrafluxos do histórico daquele indivíduo dentro dos serviços nos diferentes níveis de atenção, assim como, das pessoas e produtos que compõem as redes, com o objetivo de efetivar a comunicação pela RAS e o cuidado integral (MENDES, 2011; ALVES *et al.*, 2015; PEREIRA; MACHADO, 2016).

Na comunicação realizada entre as equipes de AB destacam-se óbices que prejudicam a coordenação do cuidado, dentre eles, a fragilidade do fluxo comunicacional após o encaminhamento, quando os profissionais não conseguem ter informações precisas acerca do atendimento realizado pelo profissional da outra equipe,

ficando a cargo do usuário comunicar os procedimentos realizados e seu entendimento acerca do que lhe foi passado na consulta, bem como transmitirá aquilo que conseguiu reter dentre as informações recebidas. A falta de contrarreferência pelos profissionais da equipe multiprofissional de AB, pode inviabilizar a continuidade das ações de saúde, fazendo com que o trabalho realizado por ambas as equipes de atenção básica ocorra de forma fragmentada e diminua a qualidade da assistência prestada.

Quando não realizado o contrarreferenciamento de crianças/adolescentes com doença crônica para sua USF de origem, o atendimento preconizado a esse usuário é comprometido (VAZ *et al.*, 2020). Ademais, ao retornar sem os devidos dados registrados em seu prontuário, o profissional da eSF terá que colher informações sobre o atendimento realizado pela outra equipe, apenas pelo entendimento do responsável dessa criança, o que faz com que, muitos dados sejam perdidos (AIRES *et al.*, 2017).

A comunicação interprofissional tem destaque nas práticas colaborativas em Saúde, que constitui um canal de comunicação aberto e efetivo entre as equipes de saúde, além de permitir trocas acerca de inquietações e as vitórias em seu trabalho, colaborando em maior satisfação dos usuários e resultados de saúde (ARRUDA; MOREIRA, 2017; DOW *et al.*, 2017).

Apesar de a comunicação entre os profissionais das equipes de atenção básica não ser satisfatória, o estudo destaca profissionais que buscam se informar de alguma maneira acerca do cuidado prestado às crianças/adolescentes com doença crônica. Quando estes se mantêm com uma postura ativa para trocar informações frente as adversidades enfrentadas no fluxo comunicacional, aumentam-se as chances de estabelecer ações de saúde ampliadas e integradas, evitando repetições de condutas desnecessárias.

A comunicação realizada de forma efetiva, favorece o trabalho interligado entre as diferentes equipes, com responsabilização de ambas no processo do cuidado. Sendo assim, a efetividade no fluxo comunicacional entre os profissionais efetiva a promoção de saúde e o tratamento do usuário, além de diminuir riscos de agravos da doença (SCHIMIDT; DUARTE, 2015).

Essa interação entre os profissionais compõe-se como desafio para a Política Nacional de Humanização, como forma de melhorar a produção e qualidade das ações de saúde. Isso se dá porque, com o aumento da relação entre os sujeitos, aumentam-se as práticas coletivas e personalizadas de acordo com as necessidades dos usuários (BRASIL, 2008a).

Ademais, na realização de um trabalho eficiente e contínuo, o sistema de referência e contrarreferência na cronicidade infantojuvenil é essencial para efetivação das ações de saúde. Mesmo compreendendo a importância da contrarreferência para a continuidade do cuidado, muitos profissionais acabam não preenchendo esta parte do instrumento, dificultando a realização do trabalho pelo outro profissional.

Já com a deficiência do fluxo de informações nos serviços de saúde, surgem problemas como: adesão ineficaz do usuário ao tratamento, encaminhamentos indevidos que geram aumento dos gastos na saúde, aumento de tempo do tratamento e realização de exames e procedimentos repetitivos (MOLINI-AVEJONAS *et al.*, 2018). Os registros de acompanhamento dos usuários são recursos importantes para que exista a comunicação entre as equipes. Isso se dá porque, a efetivação dessa prática acarreta ações do cuidado integrais por meio do trabalho em conjunto dos diversos profissionais responsáveis por essa criança/adolescente com doença crônica (RAMALHO *et al.*, 2021).

Essa comunicação entre os profissionais para trocar informações sobre o usuário pode ocorrer de forma direta (informal) ou indireta (formal), em que, a informalidade com a utilização de aplicativos de celular ou reuniões é facilitada pela afinidade entre esses indivíduos, que normalmente estão locados na mesma unidade.

A comunicação informal é baseada em uma troca de informações sem registros formais, que costuma ocorrer por telefone, mediante uma amizade com o outro profissional (ROS *et al.*, 2018). Apesar de ser mais rápida e possibilitar retirada de dúvidas imediatas, essa comunicação aumenta as chances de ocorrer distorções na informação ao ser repassada para outro indivíduo (PEREIRA *et al.*, 2021).

Já os registros formais realizados pelos profissionais de saúde, estabelecem uma devida comunicação, com informações precisas acerca dos cuidados realizados ao usuário, assim como colabora na realização das ações de saúde com melhor coordenação e continuidade das intervenções (MAIA; VALENTE, 2018). Entretanto, estudo destaca que o uso de documentos ou impressos oficiais é escasso, em virtude de uma falha na comunicação formal (PEREIRA *et al.*, 2021).

A comunicação informal dificulta a continuidade do trabalho dos profissionais. Essa comunicação não pode ser realizada de qualquer forma com a finalidade apenas da passagem de informações, pois o mero verbalismo obstaculiza a efetividade do processo comunicacional (FREIRE, 2011).

Como estratégia para modificar o processo de trabalho colaborativo, a educação permanente em saúde constitui-se ferramenta da política de saúde (CECCIM, 2005). O processo educativo, EPS, tem por foco as carências e problemas encontrados pelos grupos naquele espaço de trabalho em saúde, promovendo conhecimento e modificação das práticas para a integralidade da atenção (DOLNY *et al.*, 2020). Como exemplo de resultados do investimento da gestão voltada ao desenvolvimento e qualificação dos seus trabalhadores, destaca-se o sistema público de saúde da Inglaterra, que além de incrementar o investimento da educação em saúde, é um dos países com melhores resultados em saúde pública no mundo (UNITED KINGDOM, 2001; 2012).

Mediante óbices da comunicação que afetam a contrarreferência, tanto os profissionais quanto as famílias, não conseguem dar o devido segmento aos cuidados com a criança/adolescente com doença crônica. Isso ocorre em virtude da ausência de informações precisas acerca do atendimento realizado pelo profissional da outra equipe, fazendo com que estas sejam repassadas apenas pelo entendimento dos acompanhantes e obstaculize a realização de ações de saúde integrais e contínuas.

Mesmo sabendo que a não realização da contrarreferência pode acarretar prejuízos na continuidade do cuidado à criança/adolescente com doença crônica, esta apresenta ausência ou falhas no seu preenchimento. Segundo a literatura, essa é uma realidade também de outros públicos, como gestantes de alto risco ou pacientes com cardiopatias (CUNHA *et al.*, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2019; VAZ *et al.*, 2020).

O preenchimento da contrarreferência, contém informações importantes acerca do usuário, que auxilia no registro do seu itinerário após encaminhamento. Além disso, o formulário permite a continuidade do cuidado, em que por meio dessas informações os profissionais poderão atuar dando segmento às ações de saúde realizadas por outro profissional (SILVA *et al.*, 2018b).

Apesar de os meios eletrônicos também constituírem uma forma de comunicação, o fluxo de informações não deve acontecer apenas por estes, mas de maneira formal, com a utilização de meios oficiais, como o instrumento de referência e contrarreferência. A realização de anotações em formulários oficiais, além de garantir a realização do atendimento assim com as ações de saúde, faz com que os profissionais consigam visualizar facilmente qualquer observação feita acerca daquele usuário ou porque o mesmo está sendo encaminhado. Entretanto, a utilização de meios formais não descarta a realização de reuniões, utilização de telefones ou o diálogo como forma de intensificar a troca informações acerca da criança/adolescente com doença crônica.

Segundo estudo, devido à facilidade na troca de informações, o uso das tecnologias de comunicação vem crescendo no trabalho entre as equipes de saúde (BARDASH; BARDASH, 2017). Entretanto, a utilização exclusiva desses meios prejudica a realização de um trabalho interprofissional efetivo, isso ocorre, normalmente, devido à forma superficial de comunicação estabelecida no uso dessas ferramentas (FLEISCHMANN *et al.*, 2016). Além disso, estabelecer uma ferramenta formal para a troca de informações é crucial, principalmente pela sua relevância para a continuidade do cuidado e realização de uma comunicação completa (GONDIN *et al.*, 2019).

As anotações realizadas nos prontuários auxiliam na condução do cuidado da criança/adolescente com doença crônica, porém, cabe aos profissionais registrar as informações de forma fidedigna. Ao deixar de registrar informações importantes e de forma fidedigna nos prontuários, o profissional acaba gerando uma descontinuidade das ações, visto que, outra equipe não conseguirá dar continuidade ou intervir de maneira adequada no problema de saúde do usuário.

Os profissionais da equipe multiprofissional que atuam no auxílio ao paciente, pautado sob o fundamento aos seus respectivos códigos de ética, devem registrar as informações nos prontuários (GOMES *et al.*, 2020). Ademais, a não realização do preenchimento dos prontuários com as informações fiéis das ações realizadas, acarreta infração grave estabelecida pelo conselho de cada classe (BRANDÃO-SOUZA *et al.*, 2019).

Mesmo reconhecendo a relevância dos registros na comunicação, a troca de informações não ocorre com qualidade, já que são poucos os profissionais que preenchem a contrarreferência e/ou registram seus atendimentos nos prontuários, valorizando a comunicação realizada de forma presencial com seus colegas de equipes para discutir alguns casos específicos. Apesar de as profissionais buscarem formas de aprimorar a comunicação entre as equipes, essa habilidade ainda é realizada de maneira precária.

O registro em saúde compõe não apenas uma formalidade empregada pelas auditorias, mas uma forma de manter a comunicação entre equipes, assim como, profissionais e usuários (GOMES *et al.*, 2020). Por meio do sistema de referência e contrarreferência é possível identificar a continuidade do cuidado nos serviços, em que cada profissional poderá acompanhar o fluxo assistencial do usuário, assim como dar

continuidade a assistência realizada anteriormente (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

Mediante os obstáculos de comunicação, os profissionais optam por recorrer aos gerentes para intermediar esse fluxo, ficando a cargo destes facilitar e incentivar a comunicação entre as equipes, tornando as ações cada vez mais interligadas.

O papel do gerenciamento de saúde deve ser realizado por um profissional que incentive e eleve a capacidade da sua equipe na realização das ações de saúde (PEREIRA *et al.*, 2021). O incentivo desse profissional na efetivação do processo de trabalho, repercute significativamente na qualidade do cuidado ofertado, assim como o vínculo entre as equipes (CELEDÔNIO *et al.*, 2017).

Os gestores em saúde na realização do seu trabalho, possuem em seu objetivo alcançar os princípios do SUS, por meio da regulação e planejamento da saúde, levando em conta a individualidade dos usuários para a realização da assistência (PAULA; VOLOCHKO; FIGUEIREDO, 2016). Para que isso seja possível, a realização do preenchimento do instrumento de referência e contrarreferência possui grande valor para o cuidado, proporcionando ações de saúde de qualidade e caráter contínuo (TORRALBO; JULIANI, 2016).

No entanto, estudo realizado na Bahia evidenciou que a gestão, com o acúmulo de atribuições, acaba se ausentando de realizar atividades essenciais. Como exemplo, o estabelecimento de ações voltadas para educação permanente acerca do funcionamento das redes de saúde, gestão do cuidado e referência e contrarreferência (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

Diante dos obstáculos para efetivação da comunicação entre as equipes multiprofissionais de AB e eSF, torna-se necessário buscar estratégias de articulação que auxiliem na troca de informações entre os profissionais. Como alternativa, a elaboração de um plano de cuidados, construção de um formulário com informações pertinentes que ainda não foram registradas poderia facilitar a troca de informações, realização de reuniões em equipe e a busca por um trabalho mais interligado.

A comunicação e interação entre os profissionais é uma característica do trabalho em equipe, com o objetivo de realizar ações de saúde com consenso e acordos necessários para dar segmento ao cuidado. Seguindo esse processo, o trabalho em conjunto possibilita a construção de um plano terapêutico comum, momento em que os indivíduos vão se organizar pautados em acordos com outras equipes e, então, realizar um trabalho interligado (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016).

Na realização de um trabalho interprofissional, o cuidado ofertado à criança/adolescente com doença crônica deve ser ampliado, de forma que cada profissional atue na sua especialidade, porém sempre articulado com os demais membros da equipe, ou seja, o desenvolvimento das competências colaborativas que alicerçam às comuns a todos os profissionais. Por meio desse trabalho, espera-se ações de saúde integrais, a diminuição de ações repetitivas, além da agilidade para traçar estratégias de atuação na cronicidade infantojuvenil.

O trabalho em equipe é fundamental e estratégico, tanto para o enfrentamento das necessidades de saúde, que carecem de um cuidado ampliado, como para a garantia de um sistema em rede (PEDUZZI *et al.*, 2020). A interprofissionalidade faz com que os conhecimentos se somem pelos diferentes profissionais, para uma organização das ações de saúde compartilhadas (ARAÚJO *et al.*, 2017).

A comunicação na saúde é uma competência inerente ao profissional, quando este não reconhece a sua importância no âmbito do cuidado, gera lacunas e problemas que podem prejudicar e comprometer o usuário.

Uma boa comunicação entre os profissionais, vai além dos benefícios gerados à saúde do paciente, pois por meio dela, torna-se possível o trabalho em equipe, assim como, uma melhor vivência no ambiente de trabalho e das atividades desenvolvidas no dia a dia (PEREIRA; PUGGINA, 2017). Em contrapartida, a vulnerabilidade na comunicação entre esses indivíduos gera competitividade no trabalho, ações fragmentadas e dificuldades em estabelecer vínculo entre as equipes e usuários (AMARAL; ARAÚJO, 2018). Já o profissional que tem conhecimento acerca das características da comunicação, consegue identificar as necessidades dos colegas e agir conforme necessário, fortalecendo a relação entre as equipes (SCHIMIDT; DUARTE, 2015).

A gestão tem papel fundamental em organizar as equipes multiprofissionais de AB de acordo com as necessidades do distrito, logo, cabe a esse profissional conhecer as necessidades e carências do território. Além disso, espera-se que essa gestão atue formando vínculos com as equipes e saiba organizar o processo de trabalho destes para ofertar cuidado de qualidade para todos os usuários.

A estruturação do trabalho do Nasf realizado pelos gestores é um ponto importante para que este possa ser efetivo em suas práticas. Isso ocorre porque, alguns fatores influenciam diretamente no serviço realizado por essa equipe, dentre elas,

quantidade de profissionais e a categoria, número de USF que precisarão do suporte, materiais e insumos, além das características do território (BRASIL, 2014a).

Além disso, o trabalho realizado pela equipe Nasf, necessita de uma flexibilidade dos profissionais, mediante as demandas que surgem por todo território no qual está responsável. Sendo assim, cabe aos gestores auxiliar estes indivíduos na construção de uma agenda de trabalho que consiga atender os chamados e prestar o cuidado com resolutividade, logo, isso demanda confiança por parte dos profissionais para com a gestão (MELO *et al.*, 2018).

Em contrapartida, a organização dos profissionais da equipe multiprofissional de AB realizada pela gestão não consegue, em grande parte, dar o suporte necessário à eSF na realização do cuidado na cronicidade infantojuvenil. Isso ocorre porque muitos profissionais da equipe multiprofissional não possuem um vínculo fixo com a unidade.

De acordo com a Portaria n.º 1.545, de janeiro de 2008, a equipe multiprofissional se constitui em sua realidade itinerante, na qual é composta de acordo com as necessidades da comunidade. Em seu objetivo, é estabelecida a atuação em conjunto com as equipes de saúde da família para atender às exigências de saúde e aumentar seu escopo de atuação (BRASIL, 2008b).

Entretanto, com a instituição da nova Política Nacional de Atenção Básica, a permanência das equipes Nasf-AB nas instituições passa a ser opcional, pelo município. Mesmo com um papel de grande relevância no cuidado, novas equipes não poderão ser credenciadas fazendo com que os serviços se deparem com a incerteza da continuidade dessa equipe (RAMALHO *et al.*, 2021).

Para além do papel assistencial, muitos profissionais da equipe multiprofissional de AB desenvolvem, por vezes prioritariamente, também a função gerencial na USF. Com o acúmulo de cargos, ocorre um déficit na sua disponibilidade dentro do serviço e na qualidade da assistência prestada à criança/adolescente com doença crônica.

Para o profissional de saúde, é imprescindível usufruir de todos os momentos que tenha contato com a criança/adolescente e seu familiar para prevenir comorbidade e proporcionar ações de saúde (NÓBREGA *et al.*, 2017). No entanto, para a equipe Nasf-AB ainda se priorizam as atividades de cunho gerencial, reduzindo práticas de suas reais atribuições, técnicas de intervenção e funções de apoio (TESSER, 2017).

Em outro estudo, achados destacam que estes profissionais estão assumindo mais ações burocráticas na unidade, prejudicando as funções assistenciais. Ressalta-se

que a equipe Nasf-AB restrita ao aspecto gerencial das unidades, acaba minimizando seu trabalho na assistência (BROCARDO *et al.*, 2018).

Na realização da assistência, para a equipe multiprofissional de AB, o desenvolvimento do trabalho interprofissional depende da equipe na qual está alocado, ficando a cargo desses indivíduos desenvolverem durante as suas ações do dia a dia, práticas integradas. Assim, a realização dessas práticas, aumenta a troca de conhecimento entre os profissionais, além da oferta de ações do cuidado mais efetivas.

No interprofissionalismo, se estabelece um ambiente de práticas colaborativas que ocorrem com diversos profissionais da saúde e suas diversas experiências profissionais, trabalhando em conjunto. Composto com pacientes, familiares, cuidadores e comunidades, objetivam-se ações de saúde compartilhadas, voltadas para o propósito comum de ofertar assistência de qualidade (LAVÔR *et al.*, 2019).

Como exemplo para estabelecimento da interprofissionalidade destacam-se as reuniões de equipes. Estas são estratégias importantes para aumentar o vínculo entre os profissionais da eSF e para o melhor desenvolvimento e delineamento das atividades. Outra forma seria apresentar para os profissionais o trabalho realizado por cada indivíduo, de tal forma que ele possa identificar os percalços que o outro encontra nas suas responsabilidades diárias (PERUZZO *et al.*, 2018).

A interprofissionalidade faz com que as equipes realizem ações de saúde integradas e com maior eficiência. Essa articulação entre os profissionais, principalmente nas interconsultas destaca um trabalho com foco no usuário e nas suas necessidades, superando a lógica fragmentada do cuidado e com foco na doença. Segundo estudo, a interconsulta foi vista na atenção da criança/adolescente com doença crônica como ferramenta importante para identificar com mais precisão as suas carências, isso devido à articulação dos saberes entre as diferentes categorias profissionais (RAMALHO *et al.*, 2021).

Associado às práticas colaborativas, o trabalho em equipe, entendeu-se que não bastam apenas equipes integradas para a efetivação do cuidado. Dessa forma, é necessário que exista a colaboração entre as equipes de um mesmo serviço e as de outros setores (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Ademais, destacou-se, no presente estudo, que as equipes realizam trocas efetivas de informação, que ocorrem, em sua maioria, de forma indireta. Entretanto, segundo os profissionais essa troca é maior quando a equipe multiprofissional de AB está alocada na sua USF. Ainda, revelaram mais dificuldades no estabelecimento de

vínculo entre os profissionais em virtude da organização estabelecida para a equipe multiprofissional.

Corroborando esses achados, pesquisa destaca a ausência de articulação entre as equipes Nasf-AB e eSF na AB, acarretando ações de cuidado fragmentado e ações sobrepostas (SOUZA; MEDINA, 2018; PEDUZZI, 2001). Isso resulta de óbices na comunicação e a reduzida ou nula elaboração de um projeto assistencial comum (SOUZA; MEDINA, 2018).

No entanto, também existem fatores que interferem nessa interdisciplinaridade, como a divergência de horário, carga de trabalho e dificuldades de diálogo entre os profissionais (FARIAS *et al.*, 2018). Ademais, a fragilidade do vínculo entre essas equipes e destas com a população é alarmante, principalmente como resultado do elevado número de equipes de ESF vinculadas a uma mesma equipe do Nasf (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Na ausência de uma equipe multiprofissional de AB fixa na USF, profissionais de ambas as equipes destacam a dificuldade em estabelecer um fluxo comunicacional entre eles. A comunicação formal apresenta lacunas e com isso não é esclarecedora, então surge a necessidade de dialogar diretamente com o profissional que fez o registro para esclarecer dúvidas.

Na realização da assistência, objetivando um fluxo contínuo de informações, um dos óbices encontrados, demanda da ausência de planejamento por parte dos gestores dos serviços, que deixam a desejar no incentivo ao preenchimento da contrarreferência. O dever de preencher ou manter os formulários preenchidos não é de interesse apenas dos profissionais, pois cabe aos gestores a fiscalização e responsabilização de que esta atividade está sendo desenvolvida, buscando por meio de medidas e protocolos estimular o seu preenchimento (MENDES, 2015; GARRITANO *et al.*, 2020; TODT *et al.*, 2020).

O não preenchimento de instrumentos formais de comunicação pelos profissionais das equipes multiprofissionais de AB, que exercem tanto as funções de gerentes como a de assistenciais, refletem sérios problemas em seus processos de trabalho, uma vez que, na realidade, nem preenchem e nem fiscalizam o preenchimento destes formulários de referência e contrarreferência. Na presente pesquisa, destacou-se a fala de uma profissional que trabalha em ambas as funções, gerente e assistencial, porém não comprehende a importância da comunicação entre as equipes. No entanto, caso não exista a comunicação efetiva entre os profissionais e estes com os familiares,

será de responsabilidade da família, tentar fazer a ponte entre as equipes, transmitindo a sua percepção do que compreendeu durante a consulta para qual foi encaminhado.

A ausência de comunicação entre as equipes dificulta a troca de informações e saberes que seria essencial para o cuidado. Cabe ressaltar que profissionais que trabalham de maneira compartilhada potencializam a resolutividade dos casos, estimulando a interdisciplinaridade e o alcance de novas competências (FIGUEIREDO; PAULA, 2021).

Para os gerentes das unidades, cabe contribuir em ações facilitadoras que permitam o estabelecimento de diálogos entre os profissionais, acerca das suas funções e como realizar o trabalho em conjunto com efetividade em suas ações. Trazendo assim, o aumento da colaboração interprofissional nos cuidados centrados no paciente (DAHLKE *et al*, 2020).

A vulnerabilidade na articulação entre os profissionais ocasiona prejuízos na atenção de crianças/adolescentes com doença crônica e expõe um cuidado fragmentado. Práticas com foco na interprofissionalidade trazem consigo possibilidades de uma atenção abrangente, compreendida pelos profissionais como forma de somar os conhecimentos, auxiliar na tomada de medidas e realização das ações de saúde.

A comunicação pode ocorrer de maneira formal ou informal, entretanto os registros dos encaminhamentos e dos contrarreferenciamentos são fundamentais para a continuidade das ações. Além disso, o trabalho realizado de forma interprofissional facilita o estabelecimento da comunicação e agiliza os processos de cuidado, em contrapartida, sua ausência gera prejuízos para a segurança da criança/adolescente com doença crônica e compromete seu tratamento ao longo do tempo.

Por fim, evidenciou-se que há fragilidade na comunicação entre os profissionais de ambas as equipes. Isso interfere diretamente no sistema de referência e contrarreferência de crianças/adolescentes com doença crônica, tornando-o pouco ou nada efetivo, além de inviabilizar o cuidado longitudinal.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu compreender que a comunicação entre os profissionais da eSF e equipe multiprofissional de AB não se dá somente a partir do sistema de referência e contrarreferência da criança/adolescente com doença crônica. A comunicação pode ser realizada de maneira informal por aplicativos de celular ou telefone, que também é um mecanismo do processo de trabalho, e tem o benefício do esclarecimento de dúvidas ou troca de ideias com maior agilidade. No entanto, esta precisa ser pactuada entre as equipes sem que seja colocada como a forma principal de comunicação.

Tendo em vista que esse fluxo comunicacional não pode ser realizado de qualquer maneira, a comunicação formal por meio de impressos preenchidos corretamente, como o instrumento de referência e contrarreferência ou formulários e prontuários, de preferência eletrônicos, entre outros, é essencial para a continuidade do cuidado. Mediante o registro correto e formal, as informações acerca do cuidado prestado à criança/adolescente com doença crônica poderão estar disponíveis e ser acessadas em qualquer tempo e por qualquer profissional. Inclusive, para o próprio profissional que o acompanha, uma vez que sempre que precisar, poderá retornar aos seus registros e dar continuidade à terapêutica traçada.

Esse registros são documentos oficiais que respaldam o profissional na tomada de decisão durante o atendimento prestado, bem como a família que tem o direito de buscar as informações sobre aquele determinado atendimento. Porém, o que se observou com o presente estudo, é que essa prática de preenchimento não está sendo adequada, ora preenchida de maneira incompleta, ora não preenchida.

O fato de alguns profissionais serem itinerantes nas unidades, dificulta a comunicação, que ocorre de forma fragilizada ou nula. No entanto, quando o profissional está alocado na unidade, acaba gerando um vínculo que favorece a troca de informações, porém, em sua grande parte, essa comunicação ocorre de maneira informal, seja por telefone ou conversas.

Fato é que, apesar dessa equipe fixa favorecer a comunicação, o instrumento de referência e contrarreferência muitas vezes não é preenchido, o que prejudica a continuidade do cuidado. Além disso, na realização das interconsultas, estar alocado na mesma USF facilita a consulta compartilhada, auxilia na efetivação da assistência à criança/adolescente com doença crônica.

Tendo em vista que o sucesso do processo comunicacional depende da postura dos profissionais frente as ferramentas do cuidado, espera-se que este seja ativo na realização das ações de saúde, buscando se integrar com os profissionais da equipe de AB por meio da comunicação. Logo, sendo fixa ou itinerante, o preenchimento da referência ou contrarreferência não se torna opcional, ou pautado no vínculo, mas sim elemento essencial na construção de um fluxo e contrafluxo do cuidado.

Os resultados dessa pesquisa são relevantes, pois reforçam a importância da comunicação no nível primário de atenção, entre os profissionais da equipe multiprofissional de AB, por meio da referência e contrarreferência, como forma de melhorar o cuidado ofertado e evitar que outros níveis de atenção também sejam prejudicados com essa desarticulação dos profissionais,

Este estudo teve como limitação a coleta de dados realizada de modo remoto, devido ao momento pandêmico causado pelo Coronavírus (SARS-CoV-2), responsável pela Covid-19, que requer distanciamento social, dificultando o contato pessoal com possíveis participantes além de ter sido realizada em apenas um município. Ainda assim, não restringiu o acontecimento da pesquisa nem a sua qualidade ética e científica a ser explorada.

Diante do contexto, reconhece-se a necessidade da ampliação e replicação da pesquisa com usuários e/ou gestor dos distritos sanitários ou das secretarias de saúde. Sugere-se também, realizar a pesquisa com os gestores do município, dos DS e das unidades, como forma de compreender como estes estão atuando para incentivar o uso dos prontuários e principalmente, como estão cobrando a devolução da contrarreferência preenchida pelos profissionais das diferentes equipes da RAS à criança e adolescente com doença crônica.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, Geovani Gurgel; OLIVEIRA, Dayana Kelly Silva. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1090-1101, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401090&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2021.
- ADAMS, Tracey L *et al.* The metamorphosis of a collaborative team: from creation to operation. **Jounal Interprof Care**. Abingdon, v. 28, n. 4, p. 339-344, 2014. Available from: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.891571>. Access in: 01 abr. 2022.
- AGERSKOY, Hanne; THIESSON, Helle C.; PEDERSEN, Birthe D. Everyday life experiences in families with a child with kidney disease. **Jounal of Renal Care**, Paris, v. 45, n. 4, p. 1-7, 2019. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jorc.12297>. Access in: 12 dez. 2020.
- AGRELI, Heloise F; PEDUZZI, Marina; BAILEY Christopher. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: preliminary results of a mixed methods study. **Journal of Interprofessional Care**. Abingdon, v. 31, n. 2, p. 184-186, 2017. Available from: [10.1080/13561820.2016.1261098](https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1261098). Access in: 14 fev. 2022.
- AGRELI, Heloise Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWKsZGzrQqT4tDryCXC/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.
- AIRES, Luana Cláudia dos Passos *et al.* Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 1-7, 2017. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&tlang=en&pid=S1414-81452017000200201&script=sci_arttext&tlang=en. Access in: 18 fev. 2022.
- ALMEIDA, Rita Tereza de; CIOSAK, Suely Itsuko. Comunicação do idoso e equipede Saúde da Família: há integralidade? **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 884-890, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2022.
- ALVES, Maria Luiza de Faria *et al.* Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil.

Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 25, n. 4, p. 69-75, 2015. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1859>. Acesso em: 18 fev. 2021.

ALVES, Maria Luiza de Farias *et al.* Reference and counter reference network for emergency care assistance in a municipality in the countryside of Minas Gerais – Brazil. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 469-475, 2015. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150110>. Access in: 24 mar. 2022.

AMARAL, Liliana Rodrigues do; ARAÚJO, Claudia Affonso Silva. Práticas avançadas e segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 688-695, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v31n6/1982-0194-ape-31-06-0688.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2022.

AOUN, Samar M. *et al.* Hospital postdischarge intervention trialled with family caregivers of older people in Western Australia: potential translation into practice. **BMJ Open**, Londres, v. 8, p. e022747, 2018. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/11/e022747.full.pdf>. Access in: 25 mar. 2021.

ARAÚJO, João Dutra de *et al.* Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2018, v. 28, n. 04, p. e280417, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280417>. Acesso em: 21 fev. 2022.

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XNR9GMyVnXx6v85LVPk3kLy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev 2022.

ARRUDA, Liziene de Souza; MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 199-210, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BARDASH, Shoshana H; REAL, Kevin; BARDASH, David R. Perspectives of health care practitioners: an exploration of interprofessional communication using electronic medical records. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 31, n. 3, p. 300-306, 2017. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2016.1269312?journalCode=ijic20>. Access in: 19 fev. 2022.

BARROS, Nelson Filice de; SPADACIO, Cristiane; COSTA, Marcelo Viana da. Trabalho Inter profissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária a Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 163-173, 2018 Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>. Access in: 24 fev. 2022.

BASTOS, Luiza Beatriz Rodrigues *et al.* Fatores facilitadores e limitativos da regulação pública da saúde no Brasil. **Enfermagem Brasileira**, Petrolina, v. 18, n. 2, p. 296-302, 2019. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2452/pdf>. Acesso em: 19 fev. 2022.

BRAGA, Eliana Mara *et al.* Relações interpessoais da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 22-29, 2009. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/352>. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRANDAO-SOUZA, Camila *et al.* Completude dos prontuários de idosas com câncer de mama: estudo de tendência. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 416-424, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/ape/a/jxFm8vYx4vKQH6pDymLXRpF/?lang=pt#:~:text=p%20%3D%2000%2C004\).-](https://www.scielo.br/j/ape/a/jxFm8vYx4vKQH6pDymLXRpF/?lang=pt#:~:text=p%20%3D%2000%2C004).-),Conclus%C3%A3o,melhora%20da%20tend%C3%A3o%C2%A0a%C2%A0completude. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota Técnica DESF/SAPS/MS n º 3/2020**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. 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: 20 fev. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Diário Oficial da União, DF, 13 nov. 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 22 abr. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68f. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.124 de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. DOU: seção 1, Brasília, DF, n. 43, p. 38-42, 4 mar. 2008a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 27 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 72f. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Caderno da Atenção Básica nº 39, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014.** Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. 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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 27 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício Circular CONEP/SECNS/ MS nº 2/2021. **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.** Brasília, 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. **Successful qualitative research:** A practical guide for beginners. Los Angeles-CA: Sage. 2013. Available from: https://www.researchgate.net/publication/256089360_Successful_Qualitative_Research_A_Practical_Guide_for_Beginners. Access in: 08 abr. 2021.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rxxwHhHCkZbGpD9M47DjDxp/?lang=pt>. Acesso em: 25 mar 2022.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Nursing team communication in a medical ward. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 951-958, 2018. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0208>. Access in: 24 maio 2021.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Processo de comunicação na equipe de Enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 467-474, 2015 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0467.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

BROCARDO, Deniclara *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, n. 1, p. 130-144, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500130&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRONDANI, Juliana Ebling *et al.* Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27700>. Acesso em: 18 fev. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 01 abr. 2022.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>. Acesso em: 29 abr. 2022.

CEFOR. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado da Paraíba 2019 – 2022. Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB) – João Pessoa, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-PB.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

CELEDÔNIO, Raquel Mendes *et al.* GESTÃO DO TRABALHO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. supl. 1, p. 341-350, jan. 2017. Disponível em: [10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201713](https://doi.org/10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201713). Acesso em: 23 fev. 2022

CHAVES, Lenir Aparecida *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. e00201515, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00201515>. Acesso em: 03 abr. 2021.

CLARK, S. J, *et al.* A national survey of parent perspectives on use of patient portals for their children's health care. **Applied clinical informatics**, [S.I], v. 6, n. 1, p. 110-119, 2015. Available from: 10.4338/ACI-2014-10-RA-0098. Access in: 03 abr. 2022.

COSTA, Barbara Regina Lopes. Bola de Neve Virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. **RIGS revista interdisciplinar de gestão social**, Salvador, v. 7, n. 1, p. 15-37, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649/16131>. Acesso em: 24 maio 2021.

CUNHA, Kamila Santos da *et al.* Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in the hospital setting. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1817-1824, July/Aug. 2018. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0218>. Acesso em: 06 dez. 2020.

DAHLKE, Sherry *et al.* Perspectives about Interprofessional Collaboration and Patient-Centred Care. **Canadian Journal on Aging**, Maple, v. 39, n. 3, p. 443-455. Available from: 10.1017/S0714980819000539. Access in: 23 fev. 2022.

DOLNY, Luise Lüdke *et al.* Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 15-38, 2020. Available from: <https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/5876>. Access in: 29 mar. 2022.

DOW Alan W *et al.* Teamwork on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. **Journal of Interprofessional Care**, v.31, n. 6, p. 677-678, 2017. Available from: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1344048>. Access in: 30 mar. 2022.

DUARTE, Elysangela Ditz *et al.* Care of children with a chronic condition in primary care: challenges to the healthcare model. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianopolis, v. 24, n. 4, p. 1009-1017. 2015. Available from: 10.1590/0104-070720150003040014. Access in: 23 fev. 2022.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s8LvmxwJSDXWRNWsQt7JH3b/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2022.

FERNANDES, Leiliane Teixeira Bento *et al.* Ações de autocuidado apoiado a crianças e adolescentes com doenças crônicas. **Texto & contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 28, p. e20180325, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100381&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2021.

FIGUEIREDO, Minéia da Costa; PAULA, Fabiana Lopes de. Gestão do cuidado e matriciamento na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 95-101, 2021. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/163/96>. Acesso em: 30 mar. 2022.

FLEISCHMANN, Nine *et al.* Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. **BMC Family Practice**, [S.I], v. 17, n. 123, p. 1-13, 2016. Available from: <https://bmprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0522-z>. Access in: 22 fev. 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 58a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011

GARRITANO, Célia Regina de Oliveira *et al.* Avaliação do Prontuário Médico de um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190123>. Acesso em: 06 dez. 2020.

GILBERT, Amy Lewis; DOWNS, Stephen M. Medical legal partnership and health informatics impacting child health: interprofessional innovations. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon v. 29, n. 6, p. 564-569, 2015. Available from: 10.3109/13561820.2015.1029066. Access in: 22 fev. 2022.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123202000401475&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.

GOLOM, Frank D; SCHRECK, Janet Simon. The journey to interprofessional collaborative practice: are we there yet? **Pediatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 65, n. 1, p. 1-12, 2018. Available from: doi:10.1016/j.pcl.2017.08.017. Access in: 12 fev. 2022

GOMES, Luis Eduardo Miani *et al.* O prontuário do paciente e o dever legal e ético de registro dos profissionais da saúde: uma revisão literária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.I], v. 12, n. 7, p. e3615. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e3615.2020>. Access in: 17 fev. 2022.

GONDIM, Fernanda Brambati Soldani *et al.* A importância dos registros das infecções relacionadas à assistência à saúde no sumário de alta. **Revista Connection Line**. Mato Grosso, n. 21, 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/1403/1505>. Acesso em: 20 fev. 2022.

HOBERT, Catherine B; DAINES, Cori L; PHAN Hanna. Developing future clinical pharmacy leaders in the interprofessional care of Children With Special Health Care Needs And Medical Complexity (CSHCN-CMC) in a pediatric pulmonary center. **Children (Basel)**, v. 6, n. 12, p. 135, 2019. Available from: [10.3390/children6120135](https://doi.org/10.3390/children6120135). Access in: 22 fev. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades 2020**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>. Acesso em: 03 abr. 2021.

KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. **Texto & contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e1890014, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300309&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2021.

KLEIN, Ana Paula; OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas de. O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. e00158815, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DBRZtMSd3CFsRzMmWqbd4df/?lang=pt>. Acesso em: 24 mai. de 2021.

KRINGOS, Dionne S. *et al.* The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 10, p. 65-78, 2010. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-65>. Acesso em: 15 mar. 2021.

LAVÔR, Tássio Breno de Sousa Lopes *et al.* Práticas colaborativas e interprofissional na terapia intensiva: conhecimento, reflexos e limitações. **Revista Interdisciplinar de**

Estudos em Saúde, Caçador, v. 8, n. 1, p. 11-27, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1430/944>. Acesso em: 26 fev. 2022.

LOPES, Ana Caroline Carneiro *et al.* Cuidado à saúde nas doenças crônicas infanto-juvenis. **REFACS**, Uberaba, v. 8, p. 674-684, 2020. Disponível em [10.18554/refacs.v8i0.4286](https://doi.org/10.18554/refacs.v8i0.4286). Acesso em: 22 fev. 2021.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara, SHI, Leiyu. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970- 1998. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003. Available from: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>. Access in: 12 jan. 2021.

MAFFISSONI, André Lucas *et al.* Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 1012-1023, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000401012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2021.

MAIA, Dorquelina Augusta; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti. A gestão da informação em atenção básica de saúde e a qualidade dos registros de enfermagem. **Investigacion en Enfermaria Imagen y Desarrollo**, Bogotá, v. 20, n. 2, p. 1-8, 2018. Disponível: <https://www.redalyc.org/journal/1452/145256681004/html/>. Acesso em: 17 fev 2022.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 42, n. spe1, p. 328-340, 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>. Acesso em: 26 fev 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. 193p. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIMSAUDE.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF. Acesso em: 22 maio 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF:

OPAS, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, Antônio Pedro. **Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia.** Pesquisa qualitativa em ação. São Paulo, SP: Hucitec, 2019.

MIORIN, Jeanini Dalcol *et al.* Colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, p. e78922074, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338318459_Colaboracao_interprofissional_entre_as_equipes_de_saude_dos_servicos_de_urgencia_e_emergencia_revisao_integrativa. Acesso em: 10 fev. 2022.

MOLINI-AVEJONAS, Daniela Regina *et al.* Effectiveness of referral and counter-referral systems in a high-complexity Speech, Language and Hearing healthcare service in the city of São Paulo. **Audiology - Communication Research**, São Paulo, v. 23, p. e1859, 2018. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1859>. Access in: 06 dez. 2020.

MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa-CIAIQ, 4, 2015, Aracajú, **Anais** [...]. Aracajú, 21 jul. 2015. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154>. Acesso em: 11 mar. 2021.

MORGAN, Sonia; PULLON, Susan; McKINLAY, Eileen. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 52, n. 7, p. 1.217-1.230, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25862411>. Access in: 20 fev 2022.

MÜRLLER, Martin *et al.* Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **BMJ Open**, v. 8, p. e022202, 2018. Available from: <https://bmjopen.bmjjournals.com/content/8/8/e022202>. Access in: 23 fev. 2022.

NEVES, Eliane Tatsch *et al.* Accessibility of children with special health needs to the health care network. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 65-71, 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0899>. Access in: 10 abr. 2021.

NÓBREGA, Vanessa Medeiros da *et al.* Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. e03226, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016042503226>. Acesso em: 15 jan. 2021.

NÓBREGA, Vanessa Medeiros da *et al.* Governança e suporte da rede social secundária na atenção à saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3257-3265, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003257&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2021.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. COMUNICAÇÃO EFETIVA NO TRABALHO EM EQUIPE EM SAÚDE: DESAFIO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE*. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40016/26245>. Acesso em: 13 fev. 2022.

OLIVEIRA Cleise Cristine Ribeiro Borges; SILVA Elaine Andrade Leal; SOUZA Mariluce Karla Bomfim de. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. e310105, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3vh4QL7xRM8tkRzZdcHZhK/?lang=pt&format=pdf#:~:text=A%20contrarrefer%C3%A7a%2C%20efetivada%20atrav%C3%A9s%20de,da%20assist%C3%A7a%20na%20unidade%20de>. Acesso em: 22 fev. 2022.

PARAÍBA. As estimativas da população para estados e municípios. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2018/08/29/regiao-da-grande-joao-pessoa-tem-maisde-1-milhao-de-habitantes-estima-ibge.ghtml>. Acesso em: 03 abr. 2021.

PARENTE, José Sávio Menezes; SILVA, Francisco Ranilson Alves. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados na clínica pediátrica em um hospital universitário. **Revista de Medicina da UFC**, Ceará, v. 57, n. 1, p. 10-14, 2017. Disponível em: [10.20513/2447-6595.2017v57n1p10-14](https://doi.org/10.20513/2447-6595.2017v57n1p10-14). Acesso em: 03 abr. 2022.

PAULA, Silvia Helena Bastos de; VOLOCHKO, Anna; FIGUEIREDO, Regina. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 146-166, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ses-34272>. Acesso em: 22 fev 2022.

PAULA JÚNIOR, Wellerson Mayrink de, RIZZON, Aline Maria, MACHADO, Carla Jorge. Comunicação entre profissionais como ferramenta para cuidado integral aos pacientes oncológicos por mecanismos de referência e contrarreferência. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 1-5, 2018. Disponível em: <http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/90>. Acesso em: 5 mai 2022.

PEDROSA, Rafaella Karolina Bezerra *et al.* Itinerário da criança com microcefalia na rede de atenção à saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, p. e20190263, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v24n3/1414-8145-ean-24-3-e20190263.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2022.

PEDUZZI, Marina *et al.* TRABALHO EM EQUIPE: UMA REVISITA AO CONCEITO E A SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**, Rio de Janeiro, v. 18, n. suppl 1 p. e0024678, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em: 14 fev. 2022

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. Suppl 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 27 fev. 2022.

PEDUZZI, Marina; LEONELLO, Valeria Marli; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Paulina Kurcgant. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 103-114, 2016. Available from: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4635878/course/section/5851864/capitulo.pdf>. Access in: 14 fev. 2022

PEREIRA, Adriana Soares *et al.* **Metodologia da pesquisa científica**. 1 ed. Santa Maria: Núcleo de Tecnologia Educacional da Universidade Federal de Santa Maria, 2018. Disponível em: https://www.ufsm.br/orgaos-suplementares/nte/wpcontent/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf. Acesso em: 01 abr. 2021.

PEREIRA, André Leon Lemos *et al.* Interprofessional communication as an important tool of the work process in Primary Health Care. **Research, Society and**

Development, São Paulo, v. 10, n. 10, p. e338101018942, 2021. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18942>. Access in: 22 fev. 2022.

PEREIRA, Juarez de Souza; MACHADO, Wiliam César Alves. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300016>. Acesso em: 22 mar. 2022.

PEREIRA, Thaís Josgrilberg; PUGGINA, Ana Cláudia. Validação do self-assessment of communication skills and professionalism para enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 616-622. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0588.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022

PERUZZO, Hellen Emilia *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20170372, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372>. Acesso em: 27 fev. 2022.

PINTO, Alexandre Ramiro; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves; NICHIATA, Lúcia Yasuko Izumi. Performance of the Expanded Family Health Centers in evaluating the PMAQ-AB. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. e03509, 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018015803509>. Access in: 02 mar. 2021.

RAMALHO, Elisabeth Luisa Rodrigues *et al.* Ações do núcleo ampliado de saúde da família no cuidado infantojuvenil com doença crônica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, p. e60335, dez. 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/60335/41312>. Acesso em: 20 fev. 2022.

REEVES, Scott *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Systematic review**, Oxford, v. 6, n. 6, p. CD000072, 2017. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28639262/>. Access in: 20 fev. 2022.

RENFRO, Chelsea Phillips *et al.* Development of a communication strategy to increase interprofessional collaboration in the outpatient setting. **Pharmacy (Basel)**, v. 6, n. 1, p. 4, 2018 Disponível em: [10.3390/pharmacy6010004](https://doi.org/10.3390/pharmacy6010004). Acesso em: 23 fev. 2022.

RIBEIRO, Sabiny Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501799&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2021.

ROMAN, Susan B *et al.* Analysis of Care Coordination Needs for Families of Children with Special Health Care Needs. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, Baltimore, v. 41, n. 1, p. 58-64, 2020. Available from: 10.1097/DBP.0000000000000734. Access in: 23 fev. 2022.

ROS, Carla da *et al.* Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, p. e1137, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1137.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2022.

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos; UCHOA-FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha; LIMA, Laura Câmara. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300694&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2021.

SCHIMIDT, Teresa Cristina Gioia; DUARTE Yeda Aparecida de Oliveira. Replicação de programa de capacitação em comunicação não verbal em gerontologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1042-1049, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1042.pdf>. Acesso: 18 fev. 2022.

SCHIMITH, Maria Denise *et al.* Communication in health and inter-professional collaboration in the care for children with chronic conditions. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão preto, v. 29, p. e3390, 2021 Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4044.3390>. Access in: 22 fev. 2022

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS-JP). **Carta de Serviços. João Pessoa**: Prefeitura de João Pessoa, 2021. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/page/5/?p=todas&group=saudes>. Acesso em: 08 mai. 2021.

SHIMIZU, Helena Eri; FRAGELLI, Thais Branquinho Oliveira. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da

Família. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 216-225, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200216&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021.

SILVA, Alexandre da; SILVA, Carlos Roberto Castro; MOURA, Ludmila de. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 632-645, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n2/1984-0470-sausoc-27-02-632.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021.

SILVA, Isabelle Cristina Borba da *et al.* Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017a. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1433](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1433). Acesso em: 01 abr. 2022.

SILVA, Maria Elizabete de Amorim *et al.* Network and social support in children with chronic diseases: understanding the child's perception. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. e6980015, 2017b. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006980015>. Access in: 12 mar. 2021.

SILVA, Vatusi Emanuela *et al.* Living with multiple symptoms: the experience of children and adolescents with chronic condition. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e47474, 2020a. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.47474>. Access in: 27 mar. 2022.

SILVA, Bruna Gabrielle de Araújo, *et al.* Gestão do cuidado à criança/adolescente com doença crônica: (des)articulação da rede e fragmentação das ações. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 76, p. 1-21, 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769242529>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da *et al.* Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 16-24, 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>. PMid:26959149. Access in: 02 abr. 2021.

SILVA, Maria Elizabete de Amorim *et al.* Doença crônica na infância e adolescência: vínculos da família na rede de atenção à saúde. **Texto & contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. e4460016, 2018a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200313&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2021.

SILVA, Karen Aline Batista *et al.* Desafios no processo de referenciamento de usuários nas redes de atenção à saúde: perspectiva multiprofissional. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 1-8, 2018b. Disponível: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/43568/pdf>. Acesso em: 17 fev. 2022.

SILVEIRA, Milene da Silva Dantas *et al.* Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 63-72, Jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qp9k3C7TJMLsgH5xkWy4JRj/?lang=pt>. Acesso em: 19 fev. 2022.

SMITH Joanna; KENDAL, Sarah. Parents' and health professionals' views of collaboration in the management of childhood long-term conditions'. **Journal of Pediatric Nursing**. Filadélfia, v. 43, p. 36-44, 2018. Available from: 10.1016/j.pedn.2018.08.011, 2018. Access in: 12 mai. 2021.

SOUZA, João Batista Alves de *et al.* Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. **Brazilian Jounal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 6467-6479, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>. Acesso em: 12 mar. 2021.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos brasileiros de psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v71n2/05.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2020.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento; NÓBREGA, Vanessa Medeiros da; COLLET Neusa. Social network of children with cronic disease: knowledge and practice of nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, p. e20180371, 2020. Disponível em: 10.1590/0034-7167-2018-0371. Acesso em: 15 fev. 2021.

SOUZA, Thiago Santos; MEDINA, Maria Guadalupe. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, Londrina, v. 42, n. spe2, pp. 145-158, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos *et al.*, Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.34, eAPE02631, 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO02631. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/translation-and-validation-into-brazilian-portuguese-and-assessment-of-the-coreq-checklist/>. Acesso em: 02 dez. 2021.

TEIXEIRA, Renata Andrade *et al.* Pregnant-puerperal care in Network: the experience of nurses, doctors and administrators. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. suppl. 1, p. 151-158, Jan./Feb. 2019. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0558>. Access in: 05 dez. 2022.

TESSER, Charles Dalcanale. Family Health Support Teams, potentialities and barriers: the primary care health outlook. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>. Access in: 27 fev. 2022.

THE JOINT COMMISSION. Hospital National Patient Safety Goals Effective [Internet]. 2019. Available from: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/npsg_chapter_hap_jan2019.pdf. Access in: 13 fev. 2022.

TODT, Stella Costa *et al.* Instrumento para avaliação da qualidade de prontuários de admissão em unidades de urgência e emergência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, v. 12, n. 11, p. e4071, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4071.2020>. Acesso em: 05 dez. 2020.

TORRALBO, Fernanda Augusta Penacci; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti. O sistema de referência e contrarreferência no atendimento ao adolescente: realidade x integralidade. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1016-1021, 2016. Disponível em: [10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201610](https://doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201610). Acesso em: 19 fev. 2022.

UNITED KINGDOM. **Department of Health. Liberating the NHS: Developing the Healthcare Workforce From Design to Delivery**. Leed: Department of Health Publications, 2012.

UNITED KINGDOM. **Department of Health ‘Working Together –Learning Together’ A Framework for Lifelong Learning for the NHS**. Leed: Department of Health Publications, 2001.

VAZ, Elenice Maria Cecchetti *et al.* Care coordination in Health Care for the child/adolescent in chronic condition. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2612-2619, 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0787>. Access in: 11 abr. 2021.

VAZ, Elenice Maria Cecchetti *et al.* Referência e contrarreferência de crianças em condição crônica: percepção de mães e profissionais da atenção secundária. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e51186, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51186>. Acesso em: 14 mar. 2021.

WOLKERS, Paula Carolina Bejo *et al.* Children with diabetes mellitus type 1: vulnerability, care and access to health. **Texto & contexto- enfermagem**, Florianópolis, v. 28, p. e20160566, 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2016-0566>. Access in: 14 mar. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a),

Esta pesquisa intitulada **COMUNICAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA**, está sendo desenvolvida pela pesquisadora **Bruna Gabrielle de Araújo Silva**, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profª Drª Elenice Maria Cecchetti Vaz. O estudo tem como objetivo Compreender a comunicação entre as equipes multiprofissional da atenção básica e de Saúde da Família, a partir do sistema de referência e contrarreferência de crianças/adolescentes com doença crônica, e sua finalidade é compreender como se dá a comunicação entre Equipes de Saúde da Família por meio da referência e contrarreferência no cuidado que vem sendo prestado por esses profissionais, à criança/adolescente com doença crônica, a fim de contribuir para uma assistência à saúde com qualidade.

Benefícios: Acreditamos que a pesquisa poderá ampliar a divulgação da importância da comunicação entre os profissionais da equipe Saúde da Família na efetivação da referência e contrarreferência no cuidado e acompanhamento de crianças/adolescentes com doença crônica.

Riscos e desconfortos: A participação na pesquisa oferecerá riscos mínimos, visto que acontecerá de maneira exploratória, podendo causar um desconforto e constrangimento aos participantes por abordar aspectos relacionados aos seus processos de trabalho, mas sua participação será de suma importância para o alcance do objetivo proposto na pesquisa. Assim, tal risco pode ser diminuído através da explicação acerca da pesquisa, além da garantia do anonimato das informações, bem como não trará prejuízos aos serviços em que atuam.

Despesas e indenização: Não haverá qualquer custo por estar participando deste trabalho, e não haverá nenhuma indenização pela sua participação.

Solicitamos a sua colaboração para realizar uma entrevista que precisará ser gravada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Observação: Se a coleta ocorrer de forma remota, esse TCLE seguirá o mesmo padrão, porém no formato SIM ou NÃO para autorização ou não da pesquisa.

Bruna Gabrielle de Araújo Silva

() Concordo em participar

ASSINATURA DA PESQUISADORA

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista com os profissionais

LOCAL:	Nº
ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS	
NOME:	
IDADE:	
PROFISSÃO:	
TEMPO DE FORMAÇÃO:	
CARGO:	
TITULAÇÃO:	
TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO ATUAL:	
REALIZA OU JÁ REALIZOU ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM DOENÇA CRÔNICA ()SIM ()NÃO	

QUESTÕES QUE NORTEARÃO A PESQUISA:

- Como ocorre a comunicação entre as eSF e as equipes multiprofissionais (Nasf-AB) quando referenciam e contrarreferenciam crianças/adolescentes com doença crônica?
- Em que situações você utiliza o instrumento de referência e contrarreferência no cuidado à criança/adolescente com doença crônica?
- Como você avalia a troca de informações entre as equipes multiprofissionais e as eSF a respeito do atendimento de crianças/adolescentes com doença crônica?

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO PARA O COMITÊ DE ÉTICA

Eu, **Bruna Gabrielle de Araújo Silva**, pertencente ao corpo da Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado – do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, e pesquisadora responsável pelo projeto intitulado: “**COMUNICAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA**”, comprometo-me a observar e cumprir as normas das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do CNS, em todas as fases da pesquisa.

João Pessoa, 14 de maio de 2021.



Assinatura do pesquisador responsável

ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE ANUÊNCIA SMS-JP



Secretaria Municipal de Saúde

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 12 de junho de 2020

Processo nº17.502/2018

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Para: **DS I, II, III, IV, V, POLICLINICA JAGUARIBE, POLICLINICA MANGABEIRA, CAPS AD, HMFV, ICV, UPA CÉLIO PIRES DE SÁ, UPA AUGUSTO ALMEIDA FILHO.**

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) encaminha o(a) pesquisador(a) **ELENICE MARIA CECCHETTI VAZ**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“SISTEMA DE REFERENCIA E CONTRARREFERENCIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS”**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.

Davy Alves da Silva
Gerência de Educação na Saúde

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: COMUNICAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

Pesquisador: Bruna Gabrielle de Araújo Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47656821.5.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.886.676

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa do CCS com proposta de pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva vinculado ao projeto intitulado: "Sistema de referência e contra referência nas redes de atenção à saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas" com proposta de estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo a ser realizado com profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes multiprofissionais (NASF-AB), no município de João Pessoa-PB.

Objetivo da Pesquisa:

Analisa a comunicação entre as equipes de Saúde da Família, a partir da referência e contra referência de criança/adolescente com doença crônica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: o estudo oferecerá riscos mínimos, visto que acontecerá de maneira exploratória, podendo causar um desconforto e constrangimento aos participantes por abordar aspectos relacionados aos seus processos de trabalho, mas sua participação será de suma importância para o alcance do objetivo proposto na pesquisa. Assim, tal risco pode ser diminuído através da explicação acerca da pesquisa, além da garantia do anonimato das informações, bem como não trará prejuízos aos

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar	CEP: 58.051-900
Bairro: Cidade Universitária	
UF: PB	Município: JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791	Fax: (83)3216-7791
	E-mail: comiteetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.000.676

serviços em que atuam.

Benefícios:

Como benefício, a pesquisa poderá ampliar a divulgação da importância da comunicação entre os profissionais da equipe Saúde da Família na efetivação da referência e contrarreferência no cuidado e acompanhamento de crianças/adolescentes com doença crônica.

Benefícios: poderá ampliar a divulgação da importância da comunicação entre os profissionais da equipe Saúde da Família na efetivação da referência e contrarreferência no cuidado e acompanhamento de crianças/adolescentes com doença crônica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de amplitude regional que investiga a qualidade de saúde e segurança entre profissionais no front da pandemia por COVID-19

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Respondeu a todas as pendências indicadas em parecer anterior

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

**TENDO EM VISTA O CUMPRIMENTO DAS PENDÊNCIAS ELENÇADAS NO PARECER ANTERIOR,
SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO, DA FORMA COMO SE
APRESENTA, SALVО MELHOR JUIZO.**

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P	07/07/2021		ACEITO

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.051-900
 UF: PB Município: JOÃO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comiteetica@cca.ufpb.br

**CENTRO DE CIÉNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.866.676

Básicas do Projeto	ETO_1762306.pdf	21:07:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PRÓJETO_MODIFICADO.pdf	07/07/2021 21:06:38	Bruna Gabrielle de Araújo Silva	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	07/07/2021 21:04:41	Bruna Gabrielle de Araújo Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.pdf	06/07/2021 16:31:33	Bruna Gabrielle de Araújo Silva	Aceito
Outros	CERTIDAO.pdf	06/07/2021 16:27:15	Bruna Gabrielle de Araújo Silva	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3151983.pdf	03/06/2021 10:05:45	Bruna Gabrielle de Araújo Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	newprojeto.pdf	03/06/2021 10:05:19	Bruna Gabrielle de Araújo Silva	Aceito
Outros	anuencia.jpg	02/06/2021 18:41:06	Bruna Gabrielle de Araújo Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/06/2021 18:34:50	Bruna Gabrielle de Araújo Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2021.pdf	02/06/2021 18:33:12	Bruna Gabrielle de Araújo Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAD.pdf	02/06/2021 18:29:58	Bruna Gabrielle de Araújo Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOÃO PESSOA, 26 de Julho de 2021

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar	CEP: 58.051-900
Bairro: Cidade Universitária	
UF: PB	Município: JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791	Fax: (83)3216-7791
	E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br