



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

GERLANE HOLANDA DE FREITAS

**A GESTÃO DO CUIDADO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
ANÁLISE DAS DIMENSÕES PROFISSIONAL E ORGANIZACIONAL**

FORTALEZA – CEARÁ

2016

GERLANE HOLANDA DE FREITAS

A GESTÃO DO CUIDADO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
ANÁLISE DAS DIMENSÕES PROFISSIONAL E ORGANIZACIONAL

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF/ Universidade Estadual do Ceará – UECE. Como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães

FORTALEZA-CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Freitas, Gerlane Holanda de.

A Gestão do Cuidado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Análise das Dimensões Profissional e Organizacional [recurso eletrônico] / Gerlane Holanda de Freitas. - 2016.

1 CD-ROM: 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 101 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães.

1. Gestão do Cuidado. 2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

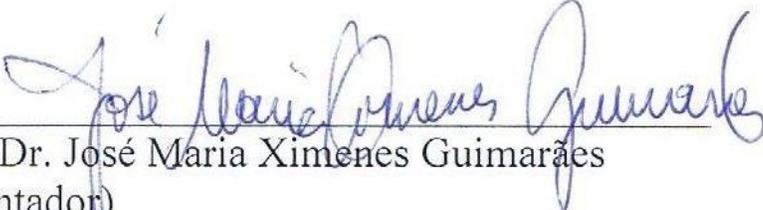
GERLANE HOLANDA DE FREITAS

A GESTÃO DO CUIDADO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
ANÁLISE DAS DIMENSÕES PROFISSIONAL E ORGANIZACIONAL

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF/ Universidade Estadual do Ceará – UECE. Como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 25 de novembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
(Orientador)



Profa. Dra. Lucyla Oliveira Paes Landim
(1º membro)



Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Moraes
(2º membro)

À minha família.

Tesouro incomparável e riqueza indispensável à minha construção, maior responsável por tudo o que sou hoje.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão está primeiramente em Deus, em Jesus Cristo, o qual me concedeu a renovação diária de dons do seu Espírito Santo: sabedoria, ciência, entendimento e piedade, para que eu realizasse cada trajetória no andamento deste trabalho. Diante dos momentos de escuridão e dificuldades, onde não enxergava uma saída, Ele me fez permanecer de olhos fixos Nele, me concedendo, assim, virtudes de prudência, fortaleza, justiça e temperança para a conclusão deste trabalho. A este Senhor, que diariamente fortalece a minha fé e esperança, permitindo-me tocar na sua divina providência em meus processos formativos, eu dedico toda a minha vida, à ELE a minha eterna gratidão. Agradeço, ainda, a minha fiel intercessora, Nossa Senhora de Fátima, que me conduziu no caminho a seguir e esteve comigo durante todo este percurso de formação.

Agradeço à minha família pelo apoio, dedicação, amor, sustento dos meus valores e por compreender as minhas ausências e os meus momentos de fraqueza.

Aos meus amigos também expresso a minha gratidão, por todo amor e companheirismo, principalmente pela compreensão diante das minhas inúmeras falhas e ausências. Agradeço em especial aos meus amigos da turma de mestrado: Inês, Geanne, Auricélio, Walber, Vivian, Liliane, Cláudia, Aline e Ingrid, por garantir momentos de lealdade, apoio e companheirismo durante todo esse percurso formativo.

Agradeço ao meu orientador e professor, José Maria Ximenes, por dedicar seu tempo e paciência, fazendo parte desta construção.

Obrigada a todos os professores e funcionários do Programa Mestrado Profissional em Saúde da Família, especialmente a Professora Ana Patrícia Pereira Moraes e a secretária Cláudia pelo apoio, dedicação e cordialidade com os mestrandos.

Por fim, quero deixar um agradecimento especial a uma pessoa, que não se encontra mais próxima a mim, no plano terreno, que é à minha avó Antônia Rodrigues, a qual muito me ensinou na construção de valores que me ajudaram a chegar hoje até aqui e a ser quem eu sou, deixando muito dela em mim.

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito. Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser, mas, graças a Deus, não somos o que éramos”.

(Martin Luther King)

RESUMO

Este estudo tem como objeto a gestão do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), mais precisamente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Para tanto, investigamos a gestão do cuidado nos níveis organizacional e profissional, com o objetivo de compreender como se configura a gestão do cuidado no NASF em sua articulação com as Equipes da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, desenvolvido no município de Maracanaú-Ce, com 12 profissionais do NASF da Avisa 2. A técnica para a coleta de dados foi o grupo focal. A análise do material apreendido foi orientada pela análise de conteúdo temática. Os resultados apontam fragilidades na integração das equipes NASF e ESF, com fragmentação do trabalho, o que expressa um incipiente exercício da interdisciplinaridade, com uma prevalência de atendimentos individuais em consultórios. A rotatividade dos profissionais por precariedade de vínculo profissional e pela lógica do NASF de cobertura de várias equipes, requisitando a presença destes em algumas unidades de saúde na mesma semana, também foi colocada como causa de fragilidade dessa relação NASF/EqSF. Apesar de os profissionais demonstrarem compreender a importância do trabalho interprofissional usuário-centrado, voltado para cada caso, ou seja, a importância do olhar singular sobre as necessidades de cada indivíduo, percebe-se, algumas vezes, uma prática de fazer para e não de fazer com o usuário ao qual se destina o cuidado. Entretanto, esta investigação permite concluir que o NASF em Maracanaú tem potencial na mudança do modelo de atenção, mediante o uso de tecnologias inovadoras na produção do cuidado. A organização e execução de práticas de cuidado com base nas tecnologias relacionais e organizacionais é complexa, uma vez que requer inúmeras práticas cogestoras de forma interprofissional e a reflexão permanente do processo de trabalho instituído. Requer, sobretudo, considerar os diferentes olhares e perspectivas dos sujeitos implicados, a gestão, o NASF, as EqSF e os usuários do serviço, na tentativa de somar saberes, trocá-los e usá-los para alavancar a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a interdisciplinaridade, a universalidade e a equidade no atendimento as pessoas para alcançar ações resolutivas em saúde.

Palavras-chave: Gestão do Cuidado. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

This study has as its object the management of care in Attention Primary Health, more precisely in the Family Health Support Center (NASF). To that, we investigated care management at the organizational and professional levels, with the objective of understanding how care management is configured in the NASF in its articulation with the Family Health Strategy Teams (EqSF). This is a case study, with a qualitative approach, developed in the municipality of Maracanaú-Ce, with 12 NASF professionals from AVISA 2. The technique for data collection was the focus group. The analysis of the seized choose was guided by the thematic content analysis. The results show the weaknesses in the integration of the NASF and ESF, with fragmentation of work, which expresses an incipient interdisciplinarity exercise, with a prevalence of individual consultations in clinics. The rotation of the professionals due to the precariousness of their professional relationship and the NASF logic of covering several teams, requesting their presence in some health units in the same week, was also posed as a cause of fragility of this NASF / EqSF relationship. Although the professionals demonstrate an understanding of the importance of the user-centered interprofessional work focused on each case, that is, the importance of the singular look on the needs of each individual, it is sometimes perceived a practice of doing to and not of doing with the user for whom the care is intended. However, this research allows us to conclude that the NASF in Maracanaú has the potential to change the care model through the use of innovative technologies in the production of care. The practices of organization and execution of care based on technologies relational and organizational is complex, since it requires numerous co-management practices in an interprofessional way and the permanent reflection of the work process instituted. It requires, above all, to consider the different look and perspectives of the subjects involved, the management, the NASF, the EqSF and the users of the service, in an attempt to addition knowledge, exchange them and use them to leverage the consolidation of a health model that incorporate which will more effectively interdisciplinarity, universality and equity in serving people to achieve resolute health actions.

Keyword: Management of Care. Family Health Support Center. Family Health Strategy

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

| | |
|--|----|
| QUADRO 1 – Mapa Analítico da Gestão do Cuidado no NASF..... | 17 |
| QUADRO 2 – Modalidades do NASF..... | 21 |
| QUADRO 3 – Matriz de Análise para a Gestão do Cuidado..... | 49 |
| FIGURA 1 – Elementos presentes nas várias dimensões da gestão do cuidado em saúde..... | 27 |
| FIGURA 2 – Distribuição Espacial das Unidades Básicas de Saúde da Família, Maracanaú-Ce, 2016..... | 55 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AVISA - Área de Vigilância em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Álcool e Drogas

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EqSF – Equipe de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 1.1 Primeiras aproximações e envolvimento com o objeto de estudo..... | 13 |
| 1.2 Recorte do objeto de estudo e justificativa..... | 14 |
| 1.3 Questões e Objetivos da Pesquisa..... | 15 |
| 1.3.1 Questões..... | 16 |
| 1.3.2 Objetivos..... | 17 |
| 1.4 Pressupostos Teóricos..... | 17 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 20 |
| 2.1 NASF: da implantação a operacionalização..... | 20 |
| 2.2 Gestão do Cuidado em saúde: dimensões teórico-conceitual e técnico-operacional..... | 24 |
| 2.2.1 Dimensão Teórico-Conceitual: ampliações conceituais na gestão do cuidado..... | 24 |
| 2.2.2 Dimensão Técnico-Operacional: arranjos organizacionais na Gestão do Cuidado..... | 30 |
| 2.3 A Integralidade e humanização na gestão do cuidado: atenção às necessidades de saúde da população..... | 39 |
| 3 TRATAMENTO METODOLÓGICO..... | 48 |
| 3.1 Tipo e Natureza do Estudo..... | 48 |
| 3.2 Matriz de análise para a gestão do cuidado..... | 48 |
| 3.3 Dimensões de investigação da gestão do cuidado em saúde..... | 48 |
| 3.3.1 Dimensão Organizacional..... | 48 |

| | |
|--|----|
| 3.3.2 <i>Dimensão Profissional</i> | 49 |
| 3.4 Subdimensões de investigação da Gestão do Cuidado em Saúde..... | 50 |
| 3.4.1 <i>Integralidade</i> | 50 |
| 3.4.2 <i>Humanização</i> | 50 |
| 3.5 Categorias de Análise da Dimensão Profissional..... | 51 |
| 3.5.1 <i>Acolhimento/ Vínculo / Corresponsabilização do Cuidado</i> | 51 |
| 3.5.2 <i>Abordagem Integral ao usuário e família</i> | 52 |
| 3.5.3 <i>Projeto Terapêutico Singular</i> | 52 |
| 3.6 Categorias de Análise da Dimensão Organizacional..... | 52 |
| 3.6.1 <i>Educação Permanente</i> | 52 |
| 3.6.2 <i>Cogestão dos procesos de trabalho</i> | 52 |
| 3.6.3 <i>Apoio Matricial</i> | 52 |
| 3.7 Cenário do Estudo – demarcação do caso..... | 54 |
| 3.8 Sujeitos do Estudo..... | 54 |
| 3.9 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados..... | 55 |
| 3.10 Processamento e Análise do material empírico..... | 55 |
| 3.11 Aspectos Éticos..... | 58 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 58 |
| 4.1 Gestão do cuidado no NASF: a dimensão profissional com ênfase na integralidade e humanização do cuidado..... | 58 |

| | |
|--|----|
| 4.1.1. <i>Tecnologias das Relações na Gestão/Produção do Cuidado no NASF: Acolhimento, Vínculo e Corresponsabilização do Cuidado</i> | 60 |
| 4.1.2 <i>Tecnologias para organização do cuidado integral: abordagem integral ao usuário e construção de projetos terapêuticos</i> | 66 |
| 4.2. Gestão do cuidado no NASF: a dimensão organizacional com ênfase na integralidade e humanização do cuidado..... | 75 |
| 4.2.1. <i>A educação permanente dos profissionais do NASF: estratégias operadas no cotidiano</i> | 75 |
| 4.2.2. <i>Estratégias de integração entre ESF e NASF: sobre a cogestão e o apoio matricial</i> | 76 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 82 |
| REFERÊNCIAS..... | 86 |
| APÊNDICES..... | 96 |
| Apêndice A: Termo de Anuência da Pesquisa..... | 97 |
| Apêndice B: Instrumento de Coleta de Dados..... | 98 |
| Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... | 99 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Primeiras aproximações, envolvimento com o objeto de estudo e justificativa

O principal interesse e decisão para a realização desta pesquisa vem da inquietação da pesquisadora, enquanto profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em relação a potencialidades desenvolvidas no trabalho como: trabalho interdisciplinar, apoio matricial, ampliação da clínica, cogestão dos processos de trabalho, a importância de trabalhar com arranjos e dispositivos operacionais do cuidado voltados às necessidades de saúde, bem como aos limites e desafios percebidos, como por exemplo: formação profissional, educação permanente e relação interprofissional, durante o processo de trabalho em unidades de atenção primária à saúde, particularmente na gestão do cuidado em saúde. Dessa forma, reconhecemos que é preciso investigar esses limites e potencialidades, assim como as possibilidades de trabalhar a gestão do cuidado no âmbito das práticas de saúde, a fim de melhor compreender esse fenômeno, gestão do cuidado, na realidade concreta.

Somando-se ao exposto acima, a decisão em estudar a gestão do cuidado no NASF, advém de um desejo pessoal de romper com uma construção de saber centrada no núcleo específico da formação da pesquisadora, neste caso, a Fisioterapia, decidindo, portanto, seguir pelo campo de estudo das políticas públicas de saúde numa perspectiva mais ampla. Acrescentando, ainda, a interface da gestão do cuidado com a micropolítica do trabalho em saúde, a qual desperta grande interesse e satisfação no desenvolvimento desta pesquisa.

Destaca-se que a primeira aproximação com o objeto ocorreu em 2009, na aprovação da pesquisadora no Programa de Pós-Graduação, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, do Sistema Municipal de Saúde-Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-Ceará, quando se estudou, mais detalhadamente, sobre Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família. Hoje, no Mestrado Profissional em Saúde da Família, retoma-se o interesse pela pesquisa, especialmente no campo da Gestão do Cuidado no NASF, o que permite uma percepção mais ampliada sobre o próprio núcleo de saber e, ao

mesmo tempo, o desenvolvimento de maior articulação e compreensão com o campo de saberes da Saúde Coletiva.

Convém ressaltar que durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a inserção no NASF permitiu a vivência de momentos de profunda aquisição de conhecimento na dinâmica da aprendizagem em serviço, na qual eram exigidas, dos residentes, competências profissionais para além daquelas adquiridas na graduação, como conhecimentos no âmbito da ESF, habilidades na abordagem da atenção integral e no pensar interprofissional, o trabalho de forma interdisciplinar, participação ativa na gestão do processo de trabalho-aprendizagem, entre outras competências que propiciaram o desenvolvimento contínuo das habilidades dos aprendizes em serviço.

Posteriormente, não mais como residente, mas como profissional do NASF, a pesquisadora depara-se com profissionais advindos de distintas graduações e pós-graduações, cujo modelo formador era fundamentado na cura e reabilitação, as quais não contemplam questões tão singulares como trabalho interdisciplinar, cogestão do processo de trabalho, vínculo, acolhimento, escuta, entre outras ferramentas indispensáveis para a proposta do NASF, o que causou, na pesquisadora, profunda reflexão e interesse em investigar tais práticas nos serviços de saúde.

Todavia, vale ressaltar aqui alguns problemas sobre a temática identificados por estudos realizados, nos quais encontraram achados como alguns desafios que dificultam o alcance da integralidade nas práticas de saúde. Em meio as fragilidades, como os limites encontrados no ensino da graduação em saúde, temos ainda algumas características no perfil do profissional da saúde, citadas por Amoretti (2005), como características positivistas, individualistas, críticos do SUS, falta de visão reflexiva e crítica a respeito de sua profissão e de suas práticas, que dificultam, portanto, os processos de trabalho entre o NASF e as equipes de saúde da família, bem como entre estes e a comunidade. Tudo isto parece contribuir para gerar desinteresse, por parte dos profissionais do NASF, na participação dos processos de avaliação ou gestão das suas práticas no cotidiano de trabalho, transformando o trabalho em lugar de repetição, de produção em série, de

realização daquilo que foi idealizado em outro lugar e não em lugar de criação. Tais desafios também serão refletidos ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Nesta pesquisa apontamos reflexões para a gestão do cuidado no NASF com as equipes de saúde da família e com a comunidade, considerando dimensões como a integralidade, a humanização e a interdisciplinaridade, como requisito para melhorar a qualidade e a resolubilidade nas ações de saúde, dimensões essas preconizadas pelo SUS e pautadas nas ações da ESF, almejando, portanto, um repensar nas práticas de saúde, através de uma reflexão que remeta a busca pela diminuição do descompasso entre a proposta do NASF e a realidade concreta nos serviços, para que assim possamos concretizar, na ESF, a utopia do trabalho interdisciplinar (NASF/EqSF), centrado no usuário.

Contudo, a motivação para o presente estudo emergiu de inquietações vivenciadas ora como estudante de pós-graduação, ora como trabalhadora da saúde no NASF, o que foi determinante no desenvolvimento do interesse em analisar a Gestão do Cuidado no NASF no município de Maracanaú.

1.2 Recorte do objeto de estudo

Este trabalho tem como objeto de estudo a gestão do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), mais precisamente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Para tanto, investigou-se a gestão do cuidado nos níveis organizacional e profissional/ das práticas nos serviços de saúde. Nesta perspectiva, a literatura foi revisada, buscando suporte teórico para análise e compreensão crítica do objeto proposto.

Para tanto, é importante, ao abordamos esta questão, situar a gestão do cuidado na Estratégia de saúde da Família (ESF), a qual tem como dispositivos e arranjos, as ferramentas de trabalho utilizadas pelos profissionais da ESF, especialmente do NASF, como o trabalho em equipe multiprofissional, Projeto Terapêutico Singular, o apoio matricial, visita domiciliar, criação de vínculo, acolhimento, cogestão dos processos de trabalho, planejamento e avaliação das ações, sendo estas ferramentas necessárias para ampliação da clínica e para o

trabalho voltado às necessidades de saúde da população, almejando portanto um alcance da integralidade da atenção ao usuário e a família.

Para reflexão da possível participação de profissionais e usuários na organização do cuidado pautado na integralidade, adotamos nesta pesquisa a proposta de Cecílio (2011), que propõe a análise da integralidade sob as lentes da gestão do cuidado em saúde, considerando-a em seis dimensões: individual (capacidade que cada um tem de cuidar da sua própria saúde), familiar (estão inseridos aqui os familiares e os amigos no apoio), profissional (aqui está o preparo técnico e a ética do profissional, bem como a construção de vínculo deste com o usuário), organizacional (esta dimensão é voltada para a divisão técnica do trabalho realizada pelos profissionais e gestores), sistêmica (o trabalho com redes de cuidado em saúde que é realizado pelos gestores), e societária (o estado e a sociedade como protagonistas das políticas sociais).

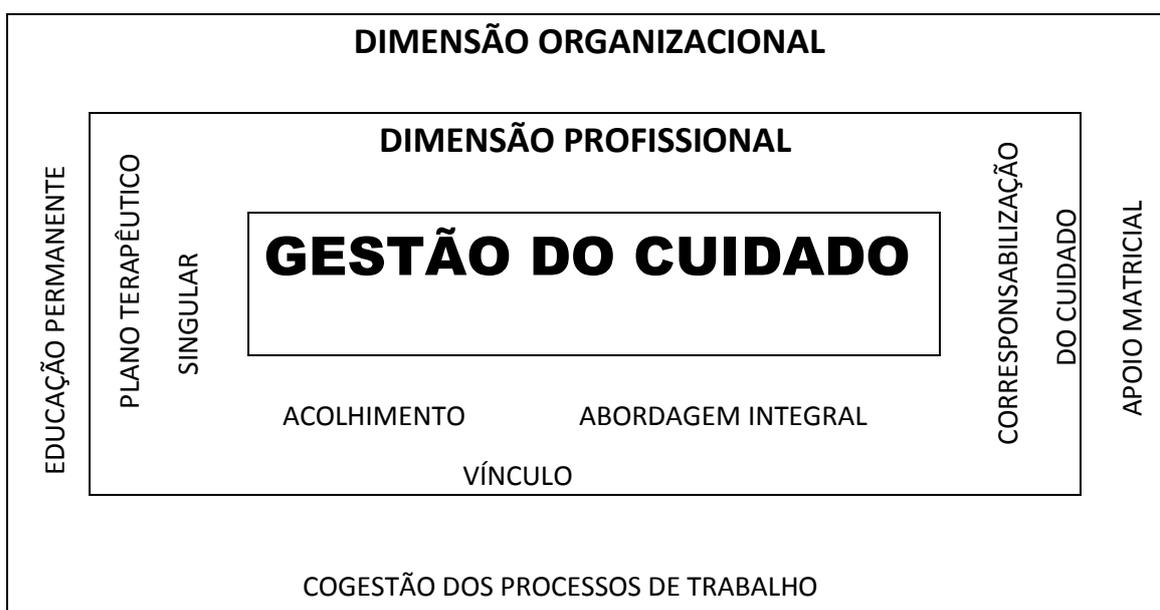
Entretanto, para compreendermos melhor a importância de galgarmos os obstáculos rumo ao difícil, mas não impossível, caminho da integralidade da atenção na gestão do cuidado, consideramos alguns estudos nos quais se vê uma certa convergência com o estudo de Cecílio (2009) sobre as dimensões da gestão do cuidado, entre eles temos os sentidos de integralidade analisados por Mattos (2004), o qual relaciona como um dos sentidos para o alcance da integralidade, o das próprias práticas (relação profissional-usuário), incluída aqui, a organização dos processos de trabalho.

Ressaltamos também o estudo analisado por Giovanella et al. (2002), quando fizeram a avaliação do cumprimento do princípio da integralidade na gestão e organização dos sistemas de saúde, objetivando um elo entre o campo da avaliação de políticas e avaliação de serviços. Os autores dividiram a integralidade em algumas dimensões, entre elas a abordagem integral do indivíduo e família. Fazendo a articulação dessas dimensões à gestão do cuidado, compreender-se-á que essa dimensão equivale à gestão organizacional e profissional do cuidado, as quais nos detemos para a pesquisa do objeto de estudo em questão, respondendo ao modo de organização dos serviços e atributo das práticas.

De acordo com essas possíveis convergências com as dimensões da gestão do cuidado encontradas nos estudos de alguns autores, mas, sobretudo, focando

nas dimensões consideradas por Cecílio (2009), foi construído, para esta pesquisa, o quadro 1, com uma síntese do que se pretende pesquisar na gestão do cuidado no NASF no município de Maracanaú-Ce.

Quadro 1. Mapa Analítico da Gestão do Cuidado no NASF.



Fonte: Construção nossa.

Com base nessas considerações, destacamos uma questão que consideramos central à pesquisa. Em seguida, a questão de pesquisa, apresentamos o objetivo da investigação do fenômeno.

1.3 Questão e Objetivo da Pesquisa

1.3.1 Questão

- ✓ Como se configura a gestão do cuidado no NASF em sua articulação com a Equipe Saúde da Família?

1.3.2 Objetivo da Pesquisa

- ✓ Compreender como se configura a gestão do cuidado no NASF em sua articulação com as Equipes da Estratégia Saúde da Família.

1.4 Pressupostos Teóricos

Por fim, para abrirmos o leque de discussões investigadas, formulamos alguns pressupostos teóricos apresentados a seguir:

Pressuposto 1 – Alguns profissionais que constituem as equipes de NASF, são advindos de graduações com perfil de formação centrado na cura e reabilitação. Apesar das mudanças ocorridas nos últimos anos nos currículos de cursos de graduações, ainda se faz necessário processos de Educação Permanente voltados para equipes de NASF, contemplando dispositivos que favoreçam a transformação do trabalho com criação de estratégias de cuidado voltadas para as necessidades dos usuários.

Pressuposto 2 – A gestão do cuidado no NASF deve ser realizada pelos profissionais com a cogestão dos processos de trabalho entre NASF, EqSF e usuário/comunidade, gerando um cuidado de maior qualidade. Para tanto, se faz necessária a utilização de ferramentas como planejamento, acolhimento, vínculo, apoio matricial, projeto terapêutico singular e o cuidado idealizado no “fazer com” e não no “fazer para”, visando a promoção da saúde e a integralidade das ações.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 NASF: da implantação a operacionalização

Ao abordar a gestão do cuidado no âmbito da atenção primária à saúde (APS), mais precisamente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), é importante relembrar alguns aspectos históricos da atenção básica a saúde.

Em 2006 através da portaria do Ministério da Saúde (MS) que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS passa a ser vista de forma mais abrangente, com o intuito de reordenação e reorganização do modelo assistencial, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

A partir da necessidade de reorganizar os processos de trabalho, assim como de demandas advindas das necessidades de saúde dos territórios, substituindo o foco do cuidado na doença para um cuidado pautado na integralidade das ações atuando nos campos de promoção, prevenção, assistência e reabilitação foram criadas as equipes de saúde da família (EqSF) (BRASIL, 2008).

Entretanto, a família passou a ser considerada um campo de intervenção, havendo uma reorientação das práticas profissionais a partir do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde baseadas na integralidade, facilitando a identificação das necessidades de saúde e o monitoramento das condições de vida e de saúde da população (AQUINO, BARRETO, 2008).

Por meio da demanda advinda das necessidades de saúde do território, com a implantação das EqSF, sentiu-se a necessidade de integrar outros conhecimentos, até então não contemplados na ESF, para alcançar a integralidade da atenção. Com esse propósito, o Ministério da Saúde criou os NASF, por meio da Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, na qual contém orientações normativas e operacionais para o funcionamento dos NASF (BRASIL, 2008).

Posteriormente temos outros documentos importantes que marcam a organização e estruturação dos NASF, que são o Caderno de Atenção Básica N°27, o qual traz as diretrizes do NASF e orientações a respeito da organização dos processos de trabalho no NASF e a Portaria GM/MS N° 2488/2011, a qual traz a aprovação da nova política de atenção básica, trazendo algumas alterações a respeito da constituição e vinculação dos NASF (BRASIL, 2010).

A implantação do NASF no estado do Ceará se dá desde 2008, tendo início em 29 municípios. No estado do Ceará, a implantação teve início em junho 2008 em 29 municípios, com as primeiras iniciativas em Juazeiro do Norte, Maranguape, Morada Nova e Tauá (SOUZA, 2013).

Atualmente, o Ceará possui 2360 EqSF, 1701 equipes de saúde bucal e 228 equipes de NASF, sendo 191 equipes de NASF tipo I, 35 equipes de NASF tipo 2 e 2 equipes de NASF tipo 3, constando em 182 municípios do estado, alcançando uma cobertura de NASF de 57,4% da população (DAB, 2016).

Todavia, no município de Maracanaú, a inserção dos NASF se deu no segundo semestre de 2009 e, atualmente, esse município conta com 56 EqSF, 2 equipes multiprofissionais indígena, 34 equipes de saúde bucal e 6 equipes de NASF, sendo todas equipes de NASF tipo I (DAB, 2016).

Os NASF têm como objetivo apoiar as equipes de saúde da família (EqSF) na efetivação da rede de serviços e ampliação da territorialização, da regionalização e da abrangência e escopo das ações. Implantado, portanto, na perspectiva da busca crescente pela integralidade da atenção e interdisciplinaridade das ações, objetivando a consolidação da ESF (BRASIL, 2008).

Percebemos ainda que os movimentos para a melhoria das ações de saúde não param, periodicamente são realizadas atualizações políticas com este intuito, como a PNAB, que foi atualizada através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a qual criou e reorganizou algumas condições para reorientação e reordenação da atenção básica, como o avanço na afirmação de uma atenção básica acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário (BRASIL, 2012a).

Deste modo, ajustes também vêm sendo realizados no NASF, o qual, atualmente, é constituído por três modalidades (BRASIL, 2012b), de acordo com o número de EqSF que cada equipe de NASF apóia e o somatório das cargas horárias semanais de todas as categorias profissionais, as quais estão representadas no quadro abaixo:

Quadro 2: Modalidades do NASF.

| Modalidade | N° de EqSF para apoio |
|-------------------|---|
| NASF TIPO 1 | 5 a 9 EqSF ou equipes de AB para populações específicas |
| NASF TIPO 2 | 3 a 4 EqSF ou equipes de AB para populações específicas |
| NASF TIPO 3 | 1 a 2 EqSF ou equipes de AB para populações específicas |

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, (2012b).

O Nasf 1, formado por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional.

O Nasf 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os eles: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional.

A definição dos profissionais que irão compor cada tipo de Nasf é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, portanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das ocupações.

Independente da modalidade de NASF, a política preconiza que todas as equipes de NASF desenvolvam suas ações em conjunto com as EqSF abrangendo as nove áreas estratégicas do NASF: saúde da criança / do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação / saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física / práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2014).

Quanto as diretrizes a ser praticada pelo NASF, a integralidade pode ser considerada a principal diretriz. Ela pode ser entendida como: a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; como também a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2014).

As ações desenvolvidas pelo NASF nas áreas estratégicas já mencionadas acima devem ser pautadas dentro de algumas diretrizes relativas a APS como: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade; participação social; educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2014).

Dessa forma o NASF amplia a produção do cuidado, sendo inicialmente composto por profissionais de diversas categorias, entre eles, Fisioterapeuta, Profissional de Educação Física, Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, médico ginecologista, médico homeopata, Médico psiquiatra, posteriormente, com a Portaria 2488/2011 foi sugerida a inserção de outras categorias, entre elas, o Médico Ginecologista/obstetra, Médico geriatra, Médico internista (clínica médica), Médico do trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2011).

A inserção de diversas categorias profissionais na ESF engrandece o serviço e escopo das ações, visto que trabalham em conjunto com as EqSF, utilizando ferramentas de trabalho como o atendimento compartilhado, o projeto terapêutico singular e o apoio matricial, as quais ampliam as possibilidades de intervenção das EqSF, propiciando um novo olhar e um novo saber durante as discussões de casos,

todavia, essas ferramentas têm na clínica ampliada o conceito norteador das ações (BRASIL, 2014).

Um Nasf deve ser formado por uma equipe, na qual profissionais de distintas áreas atuam juntamente com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das EqSF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as EqSF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais. O Nasf não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às EqSF (BRASIL, 2010).

A organização dos processos de trabalho dos Nasf, tem sempre como foco o território sob sua responsabilidade e deve ser baseada com prioridade no atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, proporcionando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto. Para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf, os profissionais utilizam ainda algumas ferramentas tecnológicas na prática das ações como o apoio à gestão e a Pactuação do Apoio, das quais são exemplos: o apoio matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST) (BRASIL, 2010).

Todavia, na organização do cuidado e dos processos de trabalho algumas ferramentas não são contempladas, devido ao não entendimento ou clareza na definição das ações e papel do NASF por parte dos profissionais, muitos dos quais são admitidos na função sem antes passarem por um treinamento ou processo de educação permanente voltado para questões singulares e situações-problemas encontradas no cotidiano de trabalho do NASF. Resultados de pesquisas apontam para profissionais que aprendem durante atuação no serviço de saúde.

2.2 Gestão do Cuidado em saúde: dimensões teórico-conceitual e técnico-operacional

2.2.1 Dimensão teórico-conceitual: ampliações conceituais da gestão do cuidado

A clínica ampliada é um dispositivo que amplia o cuidado, levando em consideração a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença, na qual o foco de atenção está para além da doença, abordando não só o sujeito, mas a família e o contexto social, buscando, além da saúde, a autonomia do sujeito, da família e da comunidade na resolução dos seus problemas. Utilizando-se, portanto, da integração da equipe multiprofissional, da adscrição de clientela e da construção de vínculo entre profissionais e usuários na elaboração do projeto de cuidado (BRASIL, 2009b).

Nesta perspectiva, a clínica ampliada tem se mostrado como um dispositivo resolutivo tanto na atenção como na gestão dos serviços e vem buscando também o desenvolvimento de uma nova postura na relação entre profissionais, gestores e usuários, e de novos arranjos organizacionais, ou seja, a ampliação da clínica, com o fazer compartilhado, tem como um de seus vários produtos o olhar diferenciado no modo de gerir a saúde (BRASIL, 2009b), ou seja, um olhar convidativo para os profissionais e usuários na participação da gestão do cuidado em saúde.

O cuidado recebido/vivido pelo paciente é somatório de vários pequenos cuidados parciais que se complementam, de maneira consciente e negociada, entre os vários atores que circulam e produzem vida na ESF, ou seja, uma trama de atos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação compõem o que entendemos o cuidado em saúde (MERHY; CECÍLIO, 2002, p. 551).

Segundo Grabois (2009), o cuidado é definido como um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação entre os profissionais e entre estes e ambientes que tentam ser o mais voltado possível as necessidades de cada usuário.

Ayres (2009), aborda o cuidado com algumas criações filosóficas e éticas propondo um repensar o cuidado como prática pautada na dimensão existencial, através da qual possamos afirmar nossa responsabilidade, conosco mesmo e com o “outro do cuidado”, em projetos de felicidade. Todavia, o autor propõe a indagação de nós mesmos e de nossas práticas quanto às possibilidades de envolver essas existências, organizando cuidados que tenham como finalidade minimizar sofrimentos e manter bem-estar.

Para obtermos esse tipo de cuidado em saúde, embasado em nossas políticas de saúde, é necessário a participação ativa das equipes multiprofissionais na gestão desse cuidado, considerando que todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde são responsáveis pela qualidade do cuidado. Todavia, se considerarmos que a base do cuidado de qualidade está centrada nas necessidades e singularidades do usuário, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização com suas demandas, haveríamos de ter como consequência uma gestão participativa, com maior implicação das equipes no desenho das propostas que concretizarão o cuidado (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Deste modo, há de se reconhecer a indissociabilidade entre atenção e gestão do cuidado, visto que, as decisões desse gerir o cuidado interferem diretamente na atenção à saúde. Entendendo ainda que gestão não é um espaço ou campo de ação de especialistas, todos fazem gestão. Portanto, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar do processo de tomada de decisão nas organizações e ações de saúde a fim de que possam gerir o cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

Humanizar o sus requer estratégias que são construídas entre os trabalhadores, usuários e gestores do serviço de saúde”. Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sócio-familiares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (BRASIL, 2013a, p. 5).

As políticas do SUS, nas quais as ações dos profissionais do NASF devem ser pautadas, como por exemplo a Política Nacional de Humanização, que tem como um de seus princípios a busca pela transformação das relações de trabalho a

partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas, também nos convida a esse novo olhar, apostando na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2013a).

Podemos pensar a importância da participação dos profissionais na gestão dos seus próprios processos de trabalho repercutindo na gestão do cuidado. Isso reporta a uma discussão muito importante de como está se dando essa produção do cuidado ou gestão do cuidado por parte dos profissionais na ESF, mas antes iremos nos deter ao significado da gestão do cuidado em saúde.

Segundo Cecílio (2011), a gestão do cuidado em saúde pode ser definida como a disponibilização de tecnologias de acordo com a necessidade singular de cada usuário, objetivando seu bem-estar, segurança e autonomia.

De acordo com Cecílio (2011), a gestão do cuidado em saúde é realizada em seis dimensões: individual (tendo como protagonista cada um de nós no desenvolvimento da autonomia), familiar (a qual tem como atores a família e os amigos no apoio), profissional (na qual os profissionais de saúde são protagonistas do preparo técnico, da ética profissional e produção de vínculos), organizacional (aqui está a equipe de saúde e o coordenador da unidade como protagonistas na divisão técnica do trabalho), sistêmica (na qual os gestores são os protagonistas das redes de cuidados), e societária (os atores envolvidos aqui são o estado e a sociedade como protagonistas das políticas sociais).

Figura 1. Elementos presentes nas várias dimensões da gestão do cuidado em saúde.

| Dimensão da gestão do cuidado | Atores ou protagonistas | Principais elementos: a lógica da dimensão |
|--------------------------------------|---|---|
| Individual | Cada um de nós. | Cuidar de si. Autonomia. Escolha. |
| Familiar | Família. Ciclo de amigos. Vizinhos. | Apoio. Proximidade. Mundo da vida. |
| Profissional | Profissionais de saúde. O Médico. | O preparo técnico. Ética. Vínculos. |
| Organizacional | A equipe de saúde. O gerente. | Div. Téc. do trabalho. Coordenação. |
| Sistêmica | Os gestores. | Linhas ou redes de cuidado. Financiamento. |
| Societária | O “Estado” A “Sociedade Civil” | Políticas sociais. |

Fonte: (CECÍLIO, 2011).

Na dimensão individual, a mais nuclear, está o “cuidar de si”, como a capacidade individual e singular que cada um de nós tem de cuidar da sua própria saúde, da sua própria vida, fazendo escolhas, produzindo, criando e recriando, diante das adversidades, modos de “andar a vida” (CECÍLIO, 2011).

A dimensão familiar, segundo Cecílio (2011), é aquela que se dá no “mundo da vida”, tendo como autores a família, os vizinhos e os amigos. Todavia, nessa dimensão, devemos lembrar que há uma relação conflituosa, que se dá devido a complexidade das relações familiares, como a sobrecarga do próprio cuidador nas exigências para desenvolver o cuidado, ainda vale ressaltar aqui a crescente importância do envelhecimento da população brasileira, tornando-se uma dimensão importante para os serviços e pesquisas em saúde.

A terceira dimensão é a profissional, a qual se dá no encontro entre profissional e usuário e nucleia o território da micropolítica em saúde. Sendo organizada por elementos que vão impactar a qualidade do cuidado. São eles: a competência técnica do profissional, no seu núcleo profissional, ou seja, a capacidade que cada um tem por sua experiência e formação, de dar respostas para os problemas vividos pelos usuários; a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; em último, mas não menos importante, está a capacidade de construir vínculo com quem precisa dos seus cuidados (CECÍLIO, 2011).

Três componentes são essenciais para a configuração da boa ou má gestão do cuidado na "dimensão profissional": a postura ética do trabalhador, em particular como ele concebe esse "outro" (o paciente) que necessita de seus cuidados; a competência com que o trabalhador opera o seu "núcleo" de saber, o que nos remete ao maior ou menor domínio técnico-científico para buscar as melhores respostas para o problema apresentado pelo paciente; a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente. O que quero destacar é que há uma dimensão da gestão do cuidado que se realiza no "espaço privado" do encontro trabalhador-usuário. Um espaço de grande potência. O "núcleo duro" da gestão do cuidado. Espaço de irreduzível responsabilidade e liberdade de ação do trabalhador. (CECÍLIO, 2009, p. 548).

A dimensão organizacional do cuidado é aquela que se dá nos serviços de saúde, através da divisão técnica e social do trabalho, entrando aqui elementos como: trabalho em equipe, atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita, tendo como núcleo a organização do processo de trabalho, a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais tais como: agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação e etc. nessa dimensão é necessário a cooperação dos profissionais em meio a dissensos, diferenças, disputas e assimetrias de poder (CECÍLIO, 2011).

Trata-se, agora, centralmente, dos desdobramentos da divisão técnica e social do trabalho em saúde, com todas as suas implicações para complexos processos de coordenação de múltiplas práticas profissionais ou das múltiplas "gestões profissionais" do cuidado, para seguirmos com nosso raciocínio. A divisão técnica do trabalho resulta na fragmentação de práticas

e exige um custoso esforço gerencial de coordenação dos trabalhos e da comunicação entre os vários profissionais. A divisão social do trabalho resulta em tensões decorrentes das diferentes valorizações – incluindo as remunerações e os status de poder e autonomia – dos diferentes trabalhadores, embora o trabalho de todos seja anunciado como igualmente imprescindível para a “finalização” do cuidado. Na “dimensão organizacional” da gestão do cuidado, questões relativas ao registro e uso da informação, à criação de espaços de conversação e troca, ao estabelecimento de fluxos de pacientes, à normalização de processos de trabalho, ao compartilhamento de responsabilidades, entre outros aspectos, vão configurar uma nova lógica em que a responsabilidade gerencial e a conformação da dinâmica de relacionamento da equipe vão ocupar lugar central (CECÍLIO, 2009. p. 549).

Cecílio (2009), faz uma pontuação acerca da importância do quanto as dimensões profissional e organizacional do cuidado se interpenetram e se condicionam mutuamente. E ainda considera que o trabalho gerencial ideal deve se ocupar dessas duas dimensões, com suas especificidades e, ao mesmo tempo, notável interdependência.

Ainda segundo Cecílio (2011), a dimensão sistêmica é aquela que se dá através de conexões entre os serviços de saúde, compondo redes ou linhas de cuidado visando a construção da integralidade do cuidado. Essa dimensão foi construída ao longo do tempo como uma pirâmide composta por serviços de complexidade crescente ligados por serviços de referência e contra-referência, resultando em fluxos ordenados de usuários. Essa é uma dimensão que envolve uma complexidade e multiplicidade de atores e movimentos, tendo os gestores como responsáveis pela gestão sistêmica do cuidado em saúde.

E por último, a dimensão societária da gestão do cuidado. Trata-se aqui de como se dá as políticas públicas na sociedade, a de saúde em particular, e como é pensado o papel do estado, como formula e implementa suas estratégias para a garantia da implementação dessas políticas, portanto, essa dimensão se dá através do encontro da sociedade civil com o estado (CECÍLIO, 2011).

Contudo, as múltiplas dimensões da gestão do cuidado podem ser pensadas como uma trama de muitas conexões entre suas várias dimensões, gerando uma complexa rede de pontos de contato, atalhos e caminhos colaterais organizados pelos gestores e trabalhadores (CECÍLIO 2011).

Para além das regularidades sistêmicas, seria útil pensar a gestão do cuidado que resultasse na integralidade da atenção buscada pelas pessoas, por tudo o que vimos até agora, como fruto de uma incontável rede de encontros. Encontros nos nós de uma complexa rede de cuidado. Os nós da rede são conexões humanas, são encontros humanos. Há um potencial imenso de energia, criatividade e produção retida nos nós. Quanto mais esses encontros se aproximarem de um acontecimento como foi o encontro Ilitch Guerássim, mais criação será possível, mais cuidado, mais linhas de fuga em relação às determinações presentes em tais encontros (CECÍLIO, 2009, p. 550).

2.2.2 Dimensão técnico-operacional: arranjos organizacionais na Gestão do Cuidado

Obviamente que, para se trabalhar a gestão do cuidado e a integralidade com foco nas necessidades de saúde do usuário e comunidade, existem dificuldades e obstáculos que, muitas vezes, se opõem a sua concretização. Porém, alguns arranjos organizacionais nas unidades de saúde apostam em alguns dispositivos para a materialização dos princípios do SUS, em particular a integralidade (PINHEIRO, 2002).

Grabois (2009), faz uma discussão a respeito desses dispositivos, associando-os à gestão do cuidado em saúde, são eles: o Acolhimento, a Visita Domiciliar, o PTS e o Apoio Matricial (aqui o trabalho do NASF no apoio matricial às EqSF), que, em conjunto, podem representar mudanças na organização das equipes e nas práticas adotadas, relacionando-se a uma maior capacidade de produzir um cuidado mais longitudinal, mais contínuo e em rede.

Pode-se refletir aqui, primeiramente, sobre a prática do acolhimento, que é um processo essencial nas práticas de promoção da saúde, implicando na responsabilização dos profissionais pelo usuário, desde a chegada na unidade de saúde até a saída, ouvindo sua queixa, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e garantir atenção integral (BRASIL, 2009b).

Segundo Grabois (2009), essa responsabilização de todos os profissionais da saúde desde a chegada até a saída do usuário da unidade de saúde, faria do acolhimento um dispositivo com potência para superar os limites burocráticos das

recepções de caráter administrativo, não sendo responsabilidade de um dado profissional em um dado setor, mas acontecendo em cada setor por onde o usuário passar, tendo isto como de responsabilidade das equipes, ainda que a gestão da unidade disponibilize um profissional com foco no acolhimento, visto que o acolhimento deve ser um ato de escuta, de empatia para com o usuário, de realizar uma avaliação de risco e vulnerabilidade e de responsabilização pelo que é trazido como demanda.

Contudo, as relações entre gestores, usuários e profissionais devem ser potencializadas por conceitos claros e inovadores que permitam repensar as práticas do acolhimento que se dá no encontro nos pontos da rede, oferecendo subsídios para evolução desse sistema (ROCHA; SPAGNUOLO, 2015).

Algumas pesquisas demonstraram que o acolhimento possibilitou o estabelecimento de espaços de conversação entre profissionais e usuários (OLIVEIRA ET AL., 2008), estímulo ao autocuidado (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008); maior visibilidade ao trabalho dos profissionais não médicos; melhoria de acesso; atenção mais qualificada e humanizada (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008); práticas inovadoras, como acolhimento coletivo (CAVALCANTE FILHO et al., 2009) e de segmentos marginalizados da sociedade (ABDALLA; NICHATA, 2008).

O segundo ponto dessa reflexão será voltado à visita domiciliar, a qual é uma categoria da atenção domiciliar à saúde, que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas, sendo um dispositivo fundamental na continuidade da assistência domiciliar, programada e utilizada com o objetivo de planejar intervenções ou ações (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Para Grabois (2009), a visita domiciliar pode expressar novas formas de cuidar, rompendo com a passividade das unidades tradicionais de atenção básica e estabelecendo vínculos e aproximações com os usuários e famílias.

Entretanto, é muito comum as equipes de saúde deparar-se com situações complexas, seja pelas características clínicas dos pacientes como por exemplo a multipatologia, a polifarmácia ou patologias avançadas, seja pelas condições socioeconômicas em que se encontram. Essa característica do trabalho das equipes, somada ao fato de que o seu contato com o paciente não se dá em

estabelecimentos de saúde, e sim no domicílio, impondo, necessariamente, um cuidado em rede, levando ao desenvolvimento de saberes e habilidades para facilitar o provimento e a disponibilização de tecnologias de saúde de acordo com as necessidades dos pacientes, gerindo o cuidado realizado (BRASIL, 2012).

Outro dispositivo utilizado na construção da gestão do cuidado pautada na integralidade da atenção é o PTS, que é uma variação da discussão de caso clínico, sendo um conjunto de propostas terapêuticas articuladas por uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário, podendo ser realizado para grupos ou famílias e não só para indivíduos. O PTS busca a singularidade, ou seja, a diferença como elemento central de articulação, diferentemente do que ocorre quando se trabalha apenas com os diagnósticos, que tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças, quando estes são intitulados por hipertensos, diabéticos e etc, ou seja, com foco na doença (BRASIL, 2009b).

O PTS é desenvolvido através de quatro momentos: Definição de hipóteses diagnósticas: avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário; Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor; Divisão de responsabilidades: aqui é importante definir as tarefas de cada um com clareza e a escolha de um profissional de referência; Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo (BRASIL, 2009b).

Segundo Oliveira (2007), o Projeto Terapêutico Singular pode ser utilizado ora como dispositivo, ora como arranjo e, outras vezes, como estratégia na reorganização do processo de trabalho de equipes de saúde. O PTS entendido como exemplo de práticas de saúde singularizantes ou processos de singularização da atenção à saúde, traz novas perspectivas e possibilidades de co-produção de sujeitos e seus contextos.

O trabalho entre as equipes de referência (EqSF) e as equipes de apoio matricial (NASF) também é outro componente importante quando se pensa em trabalhar a gestão do cuidado de forma integral, surgiu como arranjo de organização e de gestão dos serviços de saúde, como forma de superar a racionalidade gerencial

tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador. Nesse sentido, a proposta de equipes de referência vai além da responsabilização e chega até a divisão do poder gerencial. Portanto, as equipes devem ter algum poder de decisão na organização, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe (BRASIL, 2009b).

O apoio matricial, que se dá no trabalho entre essas equipes, tem como objetivo possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Por exemplo, um profissional do NASF compartilha os seus saberes para que a EqSF seja capaz de resolver os problemas mais comuns. No apoio matricial, este profissional participa das reuniões com as equipes para fazer PTS, nos casos mais complicados, ou atendimento compartilhado. A atenção individual pode ocorrer, mas não deve ser a principal atividade dos profissionais do NASF. Evidentemente, para que isso aconteça, o profissional que faz apoio deve adquirir novas competências pedagógicas (BRASIL, 2009b).

Apoio Matricial e Equipe de Referência são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral (CAMPOS e DOMITI, 2007, p.400).

Outro aspecto importante na qualidade do cuidado é a forma como as equipes se organizam em uma unidade de saúde, tendo o vínculo da equipe com o usuário como sendo um fator importante, que permite uma relação de confiança e de responsabilização para com as demandas dos usuários (GRABOIS, 2009).

Trabalhar o vínculo proporciona uma reflexão sobre a responsabilidade e o compromisso, estando em consonância com um dos sentidos da integralidade. Visto

que, criar vínculos implica ter relações de tal proximidade, causando um processo de sensibilização com todo o sofrimento daquele usuário, sentindo-se responsável pela sua vida e morte, possibilitando uma intervenção não burocrática e não impessoal. (MERHY, 1997).

Santos et al (2015), através de pesquisa identificaram que a construção de vínculos mantém estreita relação com a construção diversificada dos arranjos que se estabelecem nos microprocessos dos serviços e que afetam a vida de usuários e profissionais, influenciando a forma de organização da oferta e produção de serviços de saúde, controle de agendas, fluxo de acesso, diversidades de propostas terapêuticas, enfim, uma produção de cuidado autorizada diante de certa emergência requisitada tanto pelos usuários, quanto pelos profissionais que buscam acolher o sofrimento dos usuários.

Outro ponto de suma importância, que envolve a organização da atenção pautada na gestão do cuidado e na integralidade, é a autonomia do usuário, ou seja, a visão da necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu “modo de andar a vida”. A reconceitualização desta necessidade é de que informação e educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa. “A autonomia implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta resignificação ter peso efetivo no seu modo de viver, incluindo a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível” (CECÍLIO, 2001).

Voltados para essa mesma discussão, falaremos também em outro ponto importante na busca por essa gestão do cuidado de forma integral, que é a organização das linhas de cuidado.

O trabalho de Franco (2004) faz uma discussão relacionando a organização das linhas de cuidado à integralidade na assistência à saúde, e afirma que para se garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado.

Ao refletirmos a respeito da baixa resolutividade da assistência prestada no nível da atenção primária, reforçando a importância de uma maior resolutividade das ações nesse nível de atenção para a redução da demanda por consultas especializadas e exames de maior complexidade, conclui ainda que a atenção

primária tem potencial para contribuir ou não para a melhoria da performance da assistência especializada. Ressaltando que boa parte dos encaminhamentos da rede básica para a especializada, são realizados sem que os profissionais da atenção primária esgotem todos os recursos disponíveis nesse nível de atenção, já que a maior parte dos problemas de saúde pode ser resolvida neste nível de atenção. “A propedêutica e um dado projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência à saúde, devem ser levados ao limite das suas possibilidades, deixando os exames de maior complexidade para a função real de apoio ao diagnóstico” (FRANCO, 2004).

A produção do cuidado necessita ser realizada de forma sistêmica e integrada aos demais níveis de atenção. Dessa maneira, os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular, guiado pelo projeto terapêutico do usuário, sendo capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Trabalhamos com uma linha de produção do cuidado, que parte da atenção primária, ou de qualquer ponto de entrada do sistema, para os diversos níveis de atenção. Todavia, deve-se ter sempre a ideia de que a linha de cuidado é fruto de um grande pacto realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais (FRANCO, 2004).

Ao fazermos essa reflexão sobre os desafios encontrados ao se trabalhar a gestão do cuidado partindo de arranjos organizacionais, depara-se com várias fragilidades nesse contexto, limites que nos remete a pensar sobre a importante e necessária educação permanente voltada para esses profissionais. Visto que, na maioria dos municípios, o trabalho é realizado na lógica ambulatorial; com pouca integração dos profissionais da ESF (NASF e EqSF e demais setores que poderiam garantir o direcionamento de ações intersetoriais; somado a isto, temos a baixa compreensão da população e de alguns profissionais da própria ESF a cerca do NASF, principalmente no que diz respeito a este não se constituir porta de entrada do sistema. Vale ressaltar aqui, o próprio formato das capacitações que são realizadas, muitas vezes, não baseadas nas situações–problemas enfrentadas por esses profissionais no cotidiano de suas práticas (LISBOA, 2011).

É de competência do Ministério da Saúde a criação de diretrizes e a disponibilização de instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem a educação

permanente de gestores e profissionais da APS, pactuadas nos espaços específicos (BRASIL, 2009c).

Todavia, o Ministério da Saúde não pode carregar esse papel individualmente, propõe-se que a equipe, entre elas os NASF, demande, proponha e desenvolva ações de educação permanente “buscando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município” (BRASIL, 2011, p.49).

Entretanto, as equipes de NASF podem usar de maior autonomia junto às EqSF na produção de estratégias de Educação Permanente que possibilitem inovações singulares ao cotidiano de trabalho, bem como generalizações em função do campo e diretrizes em comum na área da Saúde (STORTI, 2012).

A educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá „no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho. Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento educativo ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. 49).

Além de refletir sobre a Educação Permanente, é necessário refletir também, dentro desse contexto de limites encontrados, o planejamento em saúde, não só o planejamento, mas também a avaliação das ações de saúde desenvolvidas pelo NASF. Todavia, iremos no decorrer desse momento ao planejamento das ações, o qual objetiva estimular o crescimento e as possibilidades de mudança, de desenvolvimento e de organização do serviço.

Chorny (2010), considera necessário abordar o planejamento em estudos da gestão do cuidado no NASF, visto que, o planejamento consiste em decidir previamente o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições satisfatórias venham a deteriorar-se no futuro. Entre os

objetivos do planejamento em saúde se destaca a melhoria das condições de vida e saúde da população, além de proporcionar a qualificação dos processos de trabalho.

No âmbito do SUS, estabeleceu-se o Sistema de Planejamento do SUS, Planeja SUS, que é uma atuação articulada, contínua, integrada e solidária das áreas de planejamento envolvendo as três esferas da gestão do SUS, coordena o processo de planejamento no âmbito do SUS, contribuindo para sua consolidação, qualidade da gestão e atenção à saúde. Na prática, são utilizados alguns instrumentos para a organização do Planeja SUS, entre eles, os Relatórios Anuais de Gestão, o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais de Saúde (BRASIL, 2009c)

Na pesquisa de Matus (2000), o autor nos leva a pensar um planejamento com o envolvimento de todos os atores da ESF, concluindo que esta forma de planejar favorece a consciência coletiva e a co-responsabilização, podendo favorecer também um movimento de proximidade entre os profissionais, de repensar as práticas, tornando-se possível uma transformação do contexto de suas práticas, visto que *transformar não é ponto de chegada, mas de partida*.

Se faz necessário adotar nas práticas do NASF, não só o planejamento das práticas adotadas, mas também a avaliação das ações, ou seja, a avaliação constante das atividades realizadas (NASCIMENTO, 2014).

A avaliação surgiu atrelada às áreas da epidemiologia e estatística com o objetivo de testar a viabilidade de ações no controle de doenças infecciosas e na organização de sistemas de informação que orientassem as políticas sanitárias em países desenvolvidos (HARTZ, 2009).

Segundo Contrandopoulos et al (1997), a avaliação tem quatro objetivos: objetivo estratégico, que ajuda na elaboração de uma intervenção; objetivo formativo, o qual oferece informação para melhoria de uma intervenção; objetivo somativo, que avalia os efeitos de uma intervenção, para decidir se a mesma será mantida, transformada ou interrompida; objetivo fundamental, o qual contribui para o desenvolvimento do conhecimento e elaboração teórica.

É necessário, durante o planejamento de algumas atividades, que o grupo que planeja, faça algumas reflexões, como por exemplo, pensar se no estabelecimento de um grupo, a demanda para a sua realização é identificada pelos profissionais ou pelos usuários, se questionar quanto aos objetivos de tal grupo e no que desejam

transformar na condição de vida e saúde dessa população com dadas ações. Após o planejamento das ações e a sua realização, também é necessário avaliar tais ações no meio e fim, levando em consideração outras interpelações, ou seja, se os objetivos foram alcançados com essa atividade, sobre quais indicadores utilizar para avaliar tal ação ou como avaliar dados subjetivos (BRASIL, 2013b).

Todavia, no processo de avaliar as ações realizadas pela equipe, ocorre uma auto-reflexão e essa análise leva a mudanças na gestão e no cuidado a partir da identificação de problemas e criação de estratégias de intervenção para superá-los (BRASIL, 2013b).

Entende-se que conhecer para planejar e avaliar se faz necessário no processo de trabalho do NASF. Antes de qualquer iniciativa para compor atividades de grupo, por exemplo, é imprescindível que os profissionais estejam informados quanto ao número de hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças que existem em cada área a qual se destina tais ações.

Contudo, deixando um pouco a reflexão focada no desafio do planejamento e avaliação e voltando o olhar para os desafios, de forma geral, encontrados no processo da gestão do cuidado no NASF, encontramos diversos outros enormes desafios, como a fragilidade dos vínculos empregatícios aos quais os profissionais do NASF são submetidos, o que prejudica, a afinação da própria equipe, e o vínculo desta com as demais EqSF, serviços e comunidade, visto que, principalmente nos períodos eleitorais, as equipes de NASF sofrem mudanças (GOMES, 2013).

Somando-se a tudo isso, temos ainda outros desafios para o alcance da organização e produção do cuidado de forma integral no SUS, ou seja, limites nas ações dos profissionais, os quais trabalham com visões preconcebidas, advindas dos processos educacionais, que também são fatores limitantes desse novo olhar, que são apreendidos na formação profissional, conseqüentemente, os profissionais buscam reproduzir o que vivenciaram como alunos. Muitas vezes, além de não se considerarem aptos ao trabalho com dinâmicas familiares e comunitárias, também não conseguem lançar mão de processos educativos alternativos em saúde, processos que possam valorizar o seu papel na discussão e reflexão sobre os comportamentos saudáveis e o autocuidado em saúde, dificultando assim a busca da tão almejada integralidade (OLIVEIRA ET AL, 2008).

Para o Ministério da Saúde, a estratégia essencial é a superação do modelo médico, com a produção de espaços coletivos de discussões, almejando a construção de redes de cuidado. Todavia, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as EqSF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção (BRASIL, 2009a).

Apesar de todas as discussões e propostas lançadas para o avanço da integralidade, muitos profissionais da saúde ainda têm uma visão limitada na problematização de questões ligadas à família e à comunidade, sofrendo muitas críticas por isso. Todavia, ainda há necessidade da criação de novas ferramentas necessárias para tal atuação por parte dos profissionais (BRASIL, 2009a).

Contudo, após essa gama de reflexões, faz-se importante visualizarmos todo o processo com as lentes dos profissionais do NASF, os quais passam por todos esses desafios já apontados, como a carência de Educação Permanente voltada para o cotidiano de trabalho do NASF, sendo esta pensada e formulada juntamente com esses profissionais, a precarização de vínculo trabalhístico, o não incentivo a profissionais advindos de pós-graduações na lógica NASF com contratações ou incentivos em processos seletivos para estes profissionais, o não envolvimento das EqSF com trabalho interdisciplinar com as equipes NASF, dentre outros desafios, gerando como consequência trabalhadores que desconhecem suas funções enquanto NASF ou mesmo profissionais desestimulados com o serviço, repercutindo, portanto, nos resultados das ações da ESF.

2.3 A Integralidade e humanização na gestão do cuidado: atenção às necessidades de saúde da população

A ESF tem como um de seus objetivos gerais a garantia da integralidade, ou seja, tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, fazendo com que a atenção seja organizada de forma que as ações e serviços incidam não só sobre as conseqüências dos problemas de saúde, mas, sobretudo, atuem nas causas (BRASIL, 2006a).

A integralidade é um fator imprescindível para operar a gestão do cuidado em saúde, tendo sua importância citada desde a implantação do SUS em 1988, sendo reafirmada posteriormente na PNAB em 2006, na qual a efetivação da integralidade entra como fundamento dessa política, através da integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006a).

A integralidade é um princípio não muito visível, tanto na literatura em relação a publicações envolvendo o trabalho do NASF, quanto na trajetória das práticas das equipes, exatamente por isso, ela vem nesse trabalho como ponto fundamental ao se analisar a gestão do cuidado em saúde.

Costuma-se encontrar, na literatura, a integralidade como sinônimo de acesso a todos os níveis de atenção a saúde e esse é um ponto a refletir. A integralidade como princípio do SUS é considerada como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, todavia, uma coisa é a defesa do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, outra coisa, é defender que haja articulação entre os pontos de assistência das redes de saúde de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde. É por esta razão que talvez seja útil não considerar a integralidade como sinônimo do acesso a todos os níveis do sistema, o que nos remete a aprofundar a reflexão sobre as características das práticas que se pautam pela integralidade (MATTOS, 2004).

De acordo com busca pela integralidade almejada nas práticas dos profissionais de saúde, Mattos (2001) considera três sentidos para essa integralidade: 1) A integralidade como traço da boa medicina, atribuindo aqui o fato de dar uma resposta ao sofrimento do paciente, não o reduzindo a sua queixa, utilizando tecnologias leves como o acolhimento no encontro, a conversa, o vínculo e a responsabilização com as necessidades do sujeito. 2) A integralidade como modo de organizar as práticas, ou seja, cabe aqui a superação da fragmentação das atividades trazidas pela verticalização dos programas, tentando uma articulação entre demanda programada e espontânea, como também o desenvolvimento de

atividades grupais na comunidade). 3) A integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde, aqui a integralidade atua de forma democrática, com o fazer integrado, com corresponsabilização no cuidado e confiança (Pinheiro & Mattos, 2002; Merhy, 1997).

Entretanto, a integralidade almejada está relacionada diretamente as necessidades de saúde. Cecílio (2011,) faz uma reflexão de que as necessidades de saúde devem perpassar por todas as dimensões da gestão do cuidado, o autor afirma ainda que para se ter uma atenção integral, esta precisa ter sido criada e estar de fato articulada às necessidades de saúde dos indivíduos aos quais se destina o cuidado.

A reflexão sobre a integralidade que reportamos aqui, é a de não reduzir a necessidade de ações e serviços de saúde à necessidade de dar respostas ao sofrimento manifesto pelo usuário na procura ao serviço de saúde, o que leva, segundo o Mattos (2004), “a uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros; e uma capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta”.

É justamente essa capacidade de ver as necessidades de forma ampliada, adequando as ofertas de ações e serviços ao contexto específico de cada usuário que caracteriza a integralidade almejada. De forma muito simples, pode-se visualizar aqui como se dá essa integralidade, com apreensão ampliada das necessidades de saúde, no próprio contexto da prática, tomando como exemplo a visita domiciliar feita por um profissional do NASF, que ao entrar no domicílio com a finalidade de orientação postural a uma idosa acamada, se depara com uma criança com marcas vermelhas no corpo, como se tivesse sofrido maus tratos. Imediatamente, esse profissional abandona a conduta pensada de forma individual, começando a trabalhar a saúde familiar, quando, através de um diálogo com a mãe da criança, descobre que as três sofrem violência do marido, genro e pai, alcoolista, o profissional já faz negociações sobre providências para protegê-las da violência, bem como, tratamento do marido (MATTOS, 2004).

Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de prática de conversação, na qual nós, profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos pôr em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades que apreendemos. Mais do que isso, defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro (MATTOS, 2004, p. 1414).

Para Gomes e Pinheiro (2005), a integralidade, como modo de gerir o cuidado, exigiria uma certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea, aproveitando as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

O trabalho interdisciplinar, uma das práticas imprescindíveis para a efetivação da integralidade, é uma forma de resgatar o compromisso com o sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer. Desse modo, as ações devem ser desenvolvidas de forma a não reduzir o sujeito a sua doença ou sofrimento, ou seja, além de usar o conhecimento científico, mesmo que requisitado, deve-se valorizar o conhecimento e o “modo de levar a vida” dos usuários com os quais os profissionais se relacionam no serviço de saúde, buscando sempre a construção de um projeto terapêutico singular (PTS) (GRABOIS, 2009).

A integralidade está presente no encontro, no diálogo, na atitude do profissional que busca reconhecer, para além das demandas trazidas, as necessidades de saúde do usuário. A integralidade está presente também na preocupação do profissional com o uso das técnicas de prevenção e promoção da saúde, procurando não aumentar o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos (GOMES; PINHEIRO, 2005). “A integralidade

trabalhada como modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança” (PINHEIRO; MATTOS, 2002).

Outro fator bastante importante para se trabalhar a gestão do cuidado de forma a atender as necessidades de saúde do usuário de maneira integral, é o uso de tecnologias assistenciais (dura, leve-dura e leve), ou seja, deve-se ter em mente que o cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso dessas tecnologias, de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta adequar-se as necessidades de cada usuário (GRABOIS, 2009).

A organização dos processos de trabalho também é fator imprescindível para uma gestão do cuidado baseada na integralidade da atenção e voltada às necessidades dos usuários. Para Franco (2004), este é o principal limite a ser superado para que haja mudança dos serviços de saúde, tal que estes ofereçam suas ações centradas no usuário e suas necessidades. Segundo o autor, o fluxo assistencial de uma unidade básica de saúde é voltado para consulta médica, levando o processo de trabalho a carecer de uma interação de saberes e práticas, indispensável para o cuidado integral à saúde.

Porém, cabe as tecnologias leves (vínculo, afetos, acolhimento), combinadas tanto ao aparato tecnológico (tecnologia dura), como, também, ao conjunto de saberes técnico-científicos, estruturados e organizados (tecnologia leve-dura) comandarem os modos de incorporação das demais, abrindo, assim, caminho para se repensar o processo de produção da subjetividade no interior das práticas de saúde, visando a obtenção de uma maior qualidade no cuidado em saúde (MERHY ET AL, 2007b).

Entretanto, é sabido que os profissionais da ESF (EqSF e NASF), devido às características próprias de suas práticas, encontram-se, muitas vezes, dependentes das tecnologias duras, como, por exemplo, equipamentos presentes em um consultório. Porém, nunca poderá prescindir das tecnologias leve-duras e das tecnologias leves, já que opera também no espaço do encontro com o usuário (GRABOIS, 2009).

É nesse espaço de encontro, profissional-usuário, que ambos partilham, singularmente, suas expectativas, necessidades e desejos. Esse espaço também se caracteriza como um local de conflitos e disputas, não obstante, de escutas, onde todos os sujeitos precisam ser considerados em suas necessidades. No entanto, os recursos tecnológicos com que contam são inesgotáveis, pois é centrado no trabalho vivo que, enquanto tecnologia leve, produz um compromisso permanente com a função de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar (MERHY, 2007a).

Muitas vezes, ao optar-se por escolher, como tecnologia assistencial para um determinado usuário, a simples participação deste em um grupo de hipertensos ou idosos, podemos estar optando pela tecnologia que melhor responde a determinada necessidade e com alto grau de impacto na qualidade de vida daquela pessoa (MERHY, 2007a).

Para Franco (2004), Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado na produção desse cuidado. Todavia, o processo de trabalho deve ser centrado nas tecnologias leves e leve-duras para que o serviço seja produtor do cuidado.

Portanto, a primazia das ações de saúde focada em um cuidar simples, muitas vezes pode encontrar na atenção primária a solução de muitos problemas apresentados pelos usuários, essa resolutividade, muitas vezes, pode ser encontrada em uma simples relação profissional-usuário, baseada na criação de vínculo, tão primordial na integralidade do cuidado.

Cecílio (2009), faz considerações sobre as dimensões da gestão do cuidado, de forma que se vê certa aproximação com os sentidos de integralidade analisados por Mattos (2009), o qual reconhece pelo menos três conjuntos de sentidos para a integralidade: o atributo das próprias práticas (relação profissional-usuário), ou seja, organização do trabalho e como um atributo das políticas. As dimensões da gestão do cuidado, por esse olhar, têm a mesma equivalência dos sentidos da integralidade.

A temática também foi analisada por Giovanella et al. (2002), quando avaliaram o cumprimento do princípio da integralidade na gestão e organização dos sistemas municipais, almejando um elo entre o campo da avaliação de políticas e

avaliação de serviços. Os autores dividiram a integralidade em quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência; articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e abordagem integral do indivíduo e família. “Agrupando-se essas dimensões articuladas à gestão do cuidado, tem-se que as três primeiras correspondem à dimensão sistêmica da gestão do cuidado, dessa forma, relacionam-se ao campo da política, enquanto que a derradeira dimensão equivale à gestão organizacional e profissional do cuidado” (SANTOS, 2013).

Teixeira (2003) também analisou os modelos de atenção à saúde e suas combinações política, tecnológica e organizacional, sistematizando três dimensões: político-gerencial, ou seja, ligada à reorganização das ações e serviços, uma organizativa, relacionada as unidades de serviços e uma técnico-assistencial, ou seja, relacionada aos sujeitos da prática e as tecnologias que mediam o trabalho em saúde. Essas dimensões convergem com as dimensões da gestão do cuidado e os sentidos e dimensões da integralidade, apontadas por CECÍLIO (2009), MATTOS (2009) e GIOVANELLA ET AL. (2002).

Contudo, Cecílio (2001), chama a atenção integral focada nas necessidades de saúde do usuário de “integralidade focalizada”, e reforça que essa integralidade deve se dar no processo da articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como centro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos articulados a partir das necessidades reais das pessoas. E ainda intensifica a colocação convidando o leitor a “Radicalizar a idéia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja, sempre, o foco, o objeto, a razão de ser, de cada serviço de saúde e do “sistema” de saúde”.

Segundo Cecílio (2001), a “integralidade focalizada” é resultado do esforço de cada trabalhador e da equipe de uma forma geral, ou seja de cada atendimento, cada profissional responsável e interessado em trabalhar mem prol da integralidade pretendida, a qual só será alcançada como fruto do trabalho multiprofissional solidário.

O autor ainda nos deixa a reflexão à cerca da importância de articulação, complementar e dialética, entre a integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede serviços de saúde, uma não sendo possível sem a outra, ou

seja, a potente agregação de outros saberes e de outras práticas disponíveis na equipe ou em outros serviços, de saúde ou não.

Antes de finalizarmos a discussão sobre integralidade se faz importante incluir aqui a humanização do cuidado, a qual está entrelaçada com o atendimento integral e entra na discussão de trabalho voltado às necessidades da população, sendo importante frisar a Política Nacional de Humanização, na qual as ações dos profissionais do NASF devem ser pautadas, esta tem como um de seus princípios a busca pela transformação das relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas, nos convidando a um novo olhar, apostando na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2013).

A inclusão dos trabalhadores na gestão é importantíssima para que eles, no cotidiano, reinventem seus processos de trabalho e sejam ativos nas transformações nos serviços de saúde. A PNH ainda nos traz a reflexão a cerca da importância de incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado como um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (BRASIL, 2013).

Através da PNH é esperado que essa política amenize alguns problemas encontrados no cotidiano das ações da ESF, como por exemplo as filas e tempo de espera, o conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que os atendem, garantia de informações claras e inclusão de usuários e profissionais na gestão dos serviços de saúde (SIMÕES et al, 2007).

A própria humanização é como que uma súplica dos usuários por um melhor atendimento, uma mudança de postura e o entendimento de sua situação de saúde e seu adoecer (FERRUGEM et al, 2009). Ações

Contudo, todos esses fatores que implicam em uma gestão do cuidado de fato eficaz e de qualidade, poderão sofrer transformações positivas com o olhar voltado para a importância de ações que vislumbrem a diminuição do consumo de medicação, a criação do vínculo, a boa comunicação, o respeito e a confiança entre profissionais e usuários, tendo como consequência o estabelecimento de um ambiente de cuidado acolhedor (SOUZA, 2011).

Para tanto, faz-se necessário que gestão, profissionais e usuários atuem em conjunto na busca de um mesmo objetivo, partindo de um planejamento compartilhado, de ações interdisciplinares compactuadas com os usuários e avaliações conjuntas dessas ações, pactuando todo o processo, repactuando e se responsabilizando, todos os atores, desde os planejamentos até as avaliações das ações e resultados alcançados ou desejados.

3 TRATAMENTO METODOLÓGICO

3.1 Tipo e Natureza do Estudo

Este estudo é um recorte da pesquisa Gestão do Cuidado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: dimensões, arranjos e dispositivos organizacionais para a integralidade e humanização na produção do cuidado, coordenada pelo professor Dr. José Maria Ximenes Guimarães. Aprovada pelo comitê de ética sobre parecer N. 1.876.254.

Neste recorte aborda-se a Gestão do Cuidado no NASF, com ênfase nas dimensões profissional e organizacional (CECÍLIO, 2009). Para tanto, delineou-se um estudo de caso com abordagem qualitativa, apontando novos desafios nos processos de organização do cuidado no NASF.

Para este estudo optou-se pelo estudo de caso, por ser uma estratégia de pesquisa de investigação empírica, que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos, sendo utilizado quando surge o desejo de se compreender fenômenos sociais complexos (YIN, 2001).

A escolha pela utilização dessa técnica deve-se também ao seu poder diferenciador de outras estratégias de pesquisa, ou seja, a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências - documentos, artefatos, entrevistas, grupos focais e observações. Como estratégia de pesquisa compreende um método abrangente - com a lógica de planejamento incorporando abordagens específicas à coleta de dados e à análise de dados (YIN, 2001).

Outros fatores determinantes para a escolha dessa técnica de pesquisa foram a possibilidade de fazer uma observação direta sobre o fenômeno estudado, bem como o fato de o estudo de caso evidenciar o contexto em que uma ação ocorre, o rumo de um processo em curso e por essa técnica permitir um exame detalhado de processos organizacionais e relacionais, conhecer os fatores que interferem em determinados processos e apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes, possibilitando comparações (MINAYO, 2010).

A análise foi focada na configuração da gestão do cuidado no NASF em duas dimensões importantíssimas para a investigação da gestão do cuidado no NASF, Dimensões Profissional e Organizacional (CECÍLIO, 2009). Para compreensão e análise da gestão do cuidado nessas dimensões de investigação, foi construída uma *matriz de análise para gestão do cuidado* no NASF, com subdimensões que sintetizam a imagem-objetivo da gestão do cuidado no NASF, com foco nas dimensões profissional e organizacional.

As subdimensões equivalem as categorias de análise para gestão do cuidado. Assim sendo, cada subdimensão investigada é resultado das ações dos sujeitos (trabalhadores do NASF) que, em conjunto, configuram a gestão do cuidado no NASF.

Nesta perspectiva, a matriz, constituída por dimensões, subdimensões e categorias analíticas, serviu de norte para o conteúdo da abordagem do grupo focal, que buscou apreender, por meio dos depoimentos, a gestão do cuidado no NASF, no município de Maracanaú.

3.2 Matriz de análise para a gestão do cuidado

A Matriz de análise para gestão do cuidado é composta por dimensões, subdimensões e categorias de análise que reúnem componentes que configuram e resumem mecanismos necessários à coordenação do cuidado. Com a matriz, buscamos trazer evidências que mostram o trabalho dos profissionais do NASF nos processos de gestão do cuidado com foco nas dimensões profissional e organizacional.

Quadro 3. Matriz de Análise para a Gestão do Cuidado.

| Dimensões | Subdimensões | Categorias de Análise |
|------------------|---------------------|------------------------------|
|------------------|---------------------|------------------------------|

| | | |
|-----------------------|---------------|---|
| Organizacional | Integralidade | Educação Permanente |
| | Humanização | Cogestão dos processos de trabalho Apoio Matricial |
| Profissional | Humanização | Acolhimento Vínculo Corresponsabilização no Cuidado |
| | Integralidade | Abordagem integral ao usuário e família PTS |

Fonte: Construção nossa.

3.3 Dimensões de investigação da gestão do cuidado em saúde

A definição das dimensões de investigação partiu das dimensões que constituem a gestão do cuidado (profissional e organizacional), consideradas por Cecílio (2009).

Todavia, as dimensões de investigação são consideradas da seguinte forma:

3.3.1 Dimensão Organizacional

A dimensão organizacional do cuidado é aquela que se dá nos serviços de saúde, através da divisão técnica e social do trabalho, entrando aqui elementos como: trabalho em equipe, atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita, tendo como núcleo a organização do processo de trabalho, a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais tais como: agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação e etc. nessa dimensão é necessário a cooperação dos profissionais em meio a dissensos, diferenças, disputas e assimetrias de poder (CECÍLIO, 2011).

3.3.2 Dimensão Profissional

A dimensão profissional se dá no encontro entre profissional e usuário e nucleia o território da micropolítica em saúde, sendo organizada por elementos que vão impactar a qualidade do cuidado, como a competência técnica do profissional, no seu núcleo profissional, ou seja, a capacidade que cada um tem por sua experiência e formação, de dar respostas para os problemas vividos pelos usuários; a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; em último, mas não menos importante, está a capacidade de construir vínculo com quem precisa dos seus cuidados (CECÍLIO, 2011).

As subdimensões para a análise da gestão do cuidado foram assim organizadas:

3.4 Subdimensões de investigação para análise da Gestão do Cuidado

3.4.1 Integralidade

A integralidade é um fator imprescindível para operar a gestão do cuidado em saúde. A análise da gestão do cuidado que nos reportamos nessa subdimensão integralidade, foi na perspectiva de analisar como estão sendo produzidos as ações e serviços de saúde. Segundo o Mattos (2004), as ações de saúde devem ser realizadas com uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito.

3.4.2 Humanização

A Política Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.

Todavia, considera a comunicação entre esses três atores como o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde. Traduz ainda a humanização como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado (BRASIL, 2013).

As categorias de análise para gestão do cuidado foram assim organizadas:

3.5 Categorias de Análise da Dimensão Profissional

3.5.1 Acolhimento, Vínculo e Corresponsabilização do Cuidado

Aqui, o acolhimento entra como um dispositivo da organização do cuidado, essencial nas práticas de promoção da saúde, implicando na responsabilização dos profissionais pelo usuário, desde a chegada até a saída, ouvindo sua queixa, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e garantir atenção integral (BRASIL, 2009b). Outro aspecto importante avaliado na qualidade do cuidado foi a forma como as equipes se organizam em uma unidade de saúde, tendo o vínculo da equipe com o usuário como sendo um fator importante, que permite uma relação de confiança e de responsabilização para com as demandas dos usuários (GRABOIS, 2009).

3.5.2 Abordagem Integral ao usuário e família

Esta categoria analisou a gestão do cuidado voltada à capacidade de ver as necessidades de saúde de forma ampliada, adequando as ofertas de ações e serviços ao contexto específico de cada usuário. Aqui, pesquisou-se como se dá a articulação NASF-EqSF e articulação com outros níveis de complexidade da assistência/ redes/ intersetorialidade.

3.5.3 Projeto Terapêutico Singular

Nesta categoria tivemos a análise do PTS, como dispositivo utilizado na construção da gestão do cuidado, pautado na integralidade da atenção, sendo um conjunto de propostas terapêuticas articuladas por uma equipe interdisciplinar, podendo ser realizado para grupos ou famílias e não só para indivíduos.

3.6 Categorias de Análise da Dimensão Organizacional

3.6.1 Educação Permanente

Esta categoria envolve a busca pela valorização do trabalho e dos trabalhadores, ligada aos processos educativos por meio da Política de Educação Permanente em Saúde, considerando que a proposição de ações para formação dos profissionais para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre gestores, as instituições de ensino, os serviços e controle social, podendo contemplar ações no campo da formação e do trabalho (Brasil, 2006).

3.6.2 Cogestão dos Processos de Trabalho

Esta categoria avaliou a gestão do cuidado no NASF sobre a óptica do reconhecimento da indissociabilidade entre atenção e gestão, visto que, as decisões de gerir o cuidado interferem diretamente na atenção à saúde. Entendendo aqui a gestão como não sendo um espaço ou campo de ação de especialistas, mas de todos, visto que, todos fazem gestão (BRASIL, 2013).

3.6.3 Apoio Matricial

Aqui focamos na análise do trabalho interdisciplinar voltado ao apoio matricial, que se dá no trabalho entre as eqSF e NASF, podendo ser ou não realizado em um PTS, tem como objetivo possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2009b).

Todavia, a matriz está composta por duas dimensões, duas subdimensões e oito categorias de análise, citadas anteriormente. Em cada dimensão foram analisadas subdimensões e categorias de análise relacionadas à gestão do cuidado em saúde de acordo com o quadro a seguir:

A Matriz de análise para gestão do cuidado objetivou agregar as subdimensões e categorias de análise nas dimensões profissional e organizacional, fazendo uma articulação entre as mesmas para tornar a matriz sensível a diferentes perspectivas que se coloquem nessa dimensão da gestão do cuidado.

3.7 Cenário do Estudo e Período

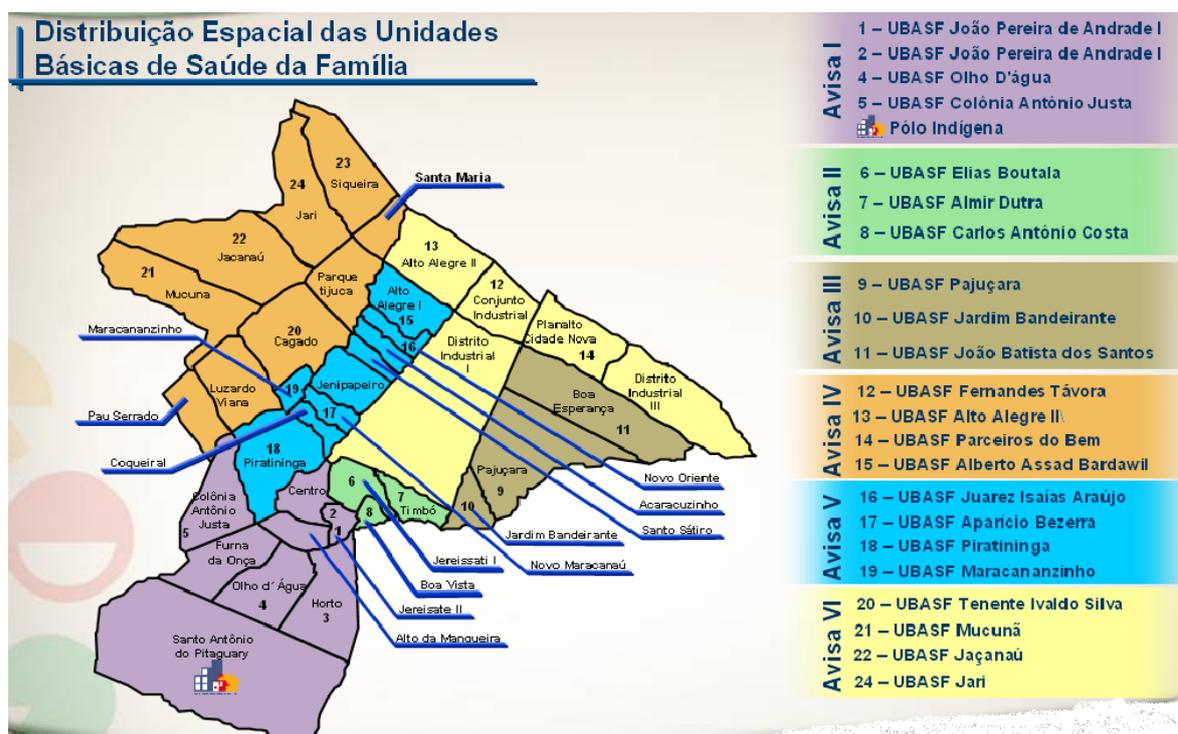
A pesquisa foi iniciada em setembro de 2015, com a coleta de dados realizada em setembro de 2016, no município de Maracanaú-Ce, pólo industrial cearense, situado a 22km da capital, é o segundo município de maior PIB do estado do Ceará, perdendo apenas para Fortaleza, contendo uma população de aproximadamente 209.057 habitantes. O município conta com um quadro de 1.940 profissionais da saúde ligados ao SUS, entre eles 134 médicos, 217 enfermeiros, 87 dentistas, 297 ACS, 215 outros profissionais, a saúde do município conta com 60 unidades de saúde ligadas ao SUS (50 públicas e 10 privadas) (IPECE, 2015).

A atenção básica foi implantada no município de Maracanaú em 1997, desde então vem experimentando avanços contemplando a área de infraestrutura e a qualificação profissional, alcançando metas e indicadores pactuados no município, o que contribui para que o município apresente os índices de saúde da população melhores que a média brasileira. A ESF de Maracanaú já foi reconhecida como uma das estratégias mais eficazes do país, servindo de modelo com suas práticas bem consolidadas por meio de equipe multiprofissional. O município ainda recebe

reconhecimento nas esferas da gestão governamental por sua estruturação e pelo histórico bem sucedido de organização do processo de trabalho.

A ESF do município conta atualmente com 30 unidades básicas de Saúde da Família, 56 EqSF, 2 equipes multiprofissionais indígena, 39 equipes de saúde bucal, e 6 equipes de NASF, apresentando um total de 44 profissionais inseridos no NASF. O município conta atualmente com seis equipes de NASF completas, contendo em seu quadro de profissionais: Fisioterapeutas, Nutricionistas, Terapeutas Ocupacionais, Farmacêuticos, Médico Veterinário, Assistente Social e Fonoaudiólogo (DAB, 2016).

Figura 2 – Distribuição Espacial das Unidades Básicas de Saúde da Família, Maracanaú-Ce, 2016.



FONTE: MARACANAÚ (2014).

A ESF no município tem uma cobertura de 94% à população, sendo as equipes distribuídas por AVISA (Área de Vigilância em Saúde), o município é organizado com a divisão por seis AVISAS, que consistem em territórios

geograficamente delimitados pela Secretaria Municipal de Saúde para facilitar e descentralizar a gestão, todavia cada equipe de NASF está distribuída em uma AVISA, ou seja, uma equipe de NASF por AVISA (MARACANAÚ,2014).

Este estudo foi representado pela equipe de NASF que atendeu aos seguintes critérios: equipe completa com maior quantidade de profissionais, cobertura de maior número de EqSF e que dispõe de profissionais com mais tempo de trabalho no NASF do município. Assim, a equipe integrante desse estudo foi a que atua na AVISA 2.

3.8 Sujeitos do estudo

Considerando que todos os profissionais que atuam no NASF estão implicados com o processo de gestão do cuidado, a amostra qualitativa do estudo foi composta por informantes-chave, ou seja, os profissionais da equipe do NASF da AVISA 2 foram incluídos na pesquisa, sendo excluídos da pesquisa os profissionais que não aceitaram participar da pesquisa ou não estiveram presentes no momento da coleta de dados através do grupo focal.

Participaram da pesquisa 12 profissionais do NASF, alguns profissionais estão inseridos na equipe desde a implantação do NASF no município em 2009, outros fizeram ou fazem parte da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, processo de qualificação profissional que iniciou em 2011 para equipes multiprofissionais no município. Para melhor entendimento das falas, os profissionais foram caracterizados por siglas P (profissional) e enumerados de 1 a 12. Participaram da pesquisa os seguintes profissionais: Farmacêutica; Psicóloga; Veterinário; Fisioterapeuta; Nutricionista; Assistente Social; Assistente Social; Nutricionista; Assistente Social; P10 -Assistente Social; Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

3.9 Técnicas e Instrumentos de Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de grupo focal, com perguntas que caracterizam questões sobre a gestão do cuidado em saúde. Utilizou-se também o diário de campo como instrumento da coleta de dados.

Um importante fator que influenciou na escolha desta técnica para a coleta de dados foi o fato de ser uma das técnicas de grupo mais comuns e mais utilizadas para a atividade de pesquisa qualitativa, seja na forma combinada com entrevistas, seja como estratégia exclusiva. Esta técnica também foi considerada importante por se constituir um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos.

Para direcionar o grupo focal, foi construído um roteiro de entrevista com perguntas relacionadas a gestão do cuidado.

O principal valor dessa técnica está na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (KRUEGER, 1998). Portanto, o grupo focal foi utilizado para focalizar a pesquisa, formular questões mais precisas, bem como complementar conhecimentos e percepções do grupo sobre o assunto da pesquisa (MINAYO, 2010).

O diário de campo foi muito útil nesta pesquisa, pois é um instrumento no qual são anotadas percepções, observações e análises do pesquisador durante o processo de investigação, auxiliando na interpretação das falas e das percepções dos sujeitos da pesquisa, uma vez que a comunicação não verbal, muitas vezes, expressa significados mais importantes que o discurso. Nele foram registradas também, as possíveis dificuldades encontradas, as contribuições sugeridas, entre outras percepções, comportando-se como um diário de pesquisa (MINAYO, 2010).

3.10 Processamento e Análise do material empírico

A organização e análise do material coletado apreendido foi realizada de forma reflexiva, com base na análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010), considerando as categorias analíticas propostas na matriz de análise. Assim, foram consideradas as dimensões, subdimensões e categorias de análises como parâmetros.

Para Minayo (2010), a análise de conteúdo é *compreendida muito mais como um conjunto de técnicas*, que segue os seguintes passos operacionais:

Primeira Etapa: Pode-se caracterizar como o primeiro momento com o material, promovendo leitura e pré-análise dos resultados obtidos. Consiste na transcrição das falas dos sujeitos, tal qual se apresenta.

Segunda Etapa: Dá-se pela exploração do material empírico, organização dos resultados em busca do referencial teórico e sistematização das possíveis unidades de significação e estruturação das categorias de análise.

Terceira Etapa: Apresenta-se pelo tratamento dos resultados em busca das inferências e interpretação dos resultados. Permite um dinâmico processo de reflexão sobre o material possibilitando uma maior compreensão do objeto de estudo.

A análise de conteúdo foi escolhida para analisar os dados desta pesquisa por ser um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (RICHARDSON, 2014). Segundo Triviños (1987), ela se presta ao estudo das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências e para o desvendar das ideologias que podem existir e não se apresentar com a devida clareza.

3.11 Aspectos Éticos

A coleta de dados foi realizada após o projeto ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para aprovação. Diante do parecer favorável do CEP, a pesquisa de campo foi iniciada sendo respeitados, primordialmente, os princípios éticos que regem as pesquisas científicas com seres humanos regulamentados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o pesquisado, garantindo aos sujeitos da pesquisa o esclarecimento de riscos e benefícios da participação na pesquisa e o sigilo de suas identidades, o que assegura a privacidade dos participantes e a liberdade para decidir se desejavam participar da pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram organizados da seguinte forma:

| | | |
|-------------------------|---|---|
| Dimensão Profissional | Gestão do cuidado no NASF: a dimensão profissional com ênfase na integralidade e humanização do cuidado | Tecnologias das Relações na Gestão/Produção do Cuidado no NASF: Acolhimento, Vínculo, Corresponsabilização do Cuidado |
| | | Tecnologias para organização do cuidado integral: abordagem integral ao usuário e construção de projetos terapêuticos |
| Dimensão Organizacional | Gestão do cuidado no NASF: a dimensão organizacional com ênfase na integralidade e humanização do cuidado | A educação permanente dos profissionais do NASF: estratégias operadas no cotidiano |
| | | Estratégias de integração entre ESF e NASF: sobre a cogestão e o apoio matricial |

4.1 Gestão do cuidado no NASF: a dimensão profissional com ênfase na integralidade e humanização do cuidado

Os resultados e discussão da pesquisa, apresentam-se aqui com uma análise referente à dimensão profissional da gestão do cuidado, com ênfase na integralidade e humanização, abrangendo os seguintes eixos de discussão: Tecnologias das Relações na Gestão/Produção do Cuidado no NASF e Tecnologias para Organização do Cuidado Integral, conforme expresso na seqüência.

4.1.1. Tecnologias das Relações na Gestão/Produção do Cuidado no NASF: Acolhimento, Vínculo e Corresponsabilização do Cuidado

No plano discursivo, os sujeitos do estudo apontam um conjunto de tecnologias, que são operadas nos processos de gestão/produção do cuidado. Desse modo, ganha relevo a discussão sobre acolhimento, vínculo, escuta qualificada e corresponsabilização, consideradas como tecnologias das relações.

Nos resultados da pesquisa, o acolhimento é abordado como uma tecnologia leve, que proporciona um relacionamento entre envolvidos no cuidado. Os usuários, algumas vezes, são acolhidos diretamente pelo nasf, apesar de o mesmo não ser porta de entrada, porém, na maioria das vezes, os usuários chegam através de demanda espontânea e não encaminhados pelas EqSF como deveria ser. Então os profissionais do NASF acolhem esses usuários que chegam com suas demandas, realizando o acolhimento de forma individual e fazendo os devidos encaminhamentos.

Os resultados também apontam para uma discussão a respeito do acolhimento como sendo de responsabilidade de todos os profissionais presentes na unidade de saúde, ainda que a gestão da unidade disponibilize um profissional com foco no acolhimento, ou seja, essa responsabilização de todos os profissionais desde a chegada até a saída do usuário da unidade, responsabilizando-se pelas demandas trazidas, já sendo possível realizar um encaminhamento para atividades correlatas as suas necessidades, como por exemplo, atividades grupais.

Gomes e Pinheiro (2005), ressaltam que o acolhimento organizado de forma usuário-centrado demanda uma reorganização do processo de trabalho, deslocando

seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional, ou seja, equipe de acolhimento, a qual se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se com seu problema de saúde.

“O usuário vem da demanda espontânea né, aí a gente faz a divulgação, né, dos grupos” (P4).

“se for visto, não tem tanta necessidade, não precisa de um atendimento individual, então vamos participar dos nossos grupos, então eu apresento os grupos q a gente tem na unidade” (P2).

“Em relação a essa regulação do acesso do usuário no NASF, e sobre toda essa questão de ser ou não porta de entrada, eu não entendo dessa forma, eu acho que eu sou atenção básica, eu posso ser porta de entrada sim, muitos dos pacientes que chegam na fisio eles não foram: ah, simplesmente tem fisio no posto, ele vai lá com uma queixa e eu acolho e eu recebo e eu dou uma contra-referência para a EqSF. Então a entrada deles naquela circunstancia acabou entrando pela fisio, então eu acho que a gente não pode taxar: ah, não posso ser porta de entrada. A gente tá ali, a gente é atenção básica, e o paciente sabe que pode contar com a gente, com a equipe também, então é mais isso “(P11).

“então a gente, assim, tem esse fofo enorme, e outra a gente tenta assim acolher esse usuário que as vezes lê um exame e vem com o diagnostico que já é morte” (P8).

“assim as conversas de corredor, o acolhimento, a gente criou um grupo com conversas, um mural onde a gente coloca as informações, se eu passasse 20 anos no nasf p dizer tudo isso a todo mundo não dava tempo, e esse trabalho me permite fazer isso, essa comunicação” (P8)

Nos relatos, encontra-se também o acolhimento realizado em grupos, quando o paciente vem da demanda espontânea e é encaminhado e acolhido em um grupo de acordo com suas necessidades.

A fala de P4 em relação ao acolhimento de usuários em grupos que tornaram-se terapêuticos no cuidado aos usuários, vai ao encontro do que pondera Rocha (2014), o autor considera o vínculo como fator crucial para o início da relação

terapêutica, ou seja, quando essa relação é terapêutica é fruto de um vínculo criado anteriormente, e quando há terapia no cuidado é provável que ocorra o alcance do objetivo esperado, dependendo do envolvimento dos profissionais e usuários. Rezende (2015) afirma que não existe troca sem a participação do outro. Se acontece uma falha ou descompromisso em um dos lados, a frustração e possível descontinuidade da assistência podem acontecer (REZENDE, 2015).

“o grupo que a gente criou para atividade física e que hoje ele se transformou em um grupo terapêutico, porque os usuários, eles estão precisando desse cuidado” (P4).

“a entrada do usuário vem da demanda espontânea né, aí a gente faz a divulgação né dos grupos, aí eu acolho e faço no grupo desde a orientação até a prevenção. O que a gente tá fazendo é tirar ele da reabilitação em si e ir para o cuidado terapêutico, aí a gente começou a transformar o grupo em terapêutico, né, do cuidado” (P4).

Ademais, os profissionais embora demonstrem realizar acolhimento e primar pela construção de vínculos, parece que a racionalidade organizacional do NASF, desencadeia uma prática dicotômica, na medida em que alguns trabalhadores reiteram a ideia de que o NASF não é porta de entrada do sistema. Isso, por sua vez, pode representar uma entrave ao acesso do usuário e ao acolhimento a sua demanda.

No cotidiano dos serviços, há uma tensão que se expressa nos momentos de acolhimento, a qual tem a ver com o modo de acesso ao NASF, pois este não é concebido como porta de entrada no sistema de saúde.

Segundo Pinheiro e Oliveira (2011), no acolhimento é importante utilizar tecnologias leves para responder aos problemas dos usuários e não usar a porta de entrada das unidades para limitar o atendimento. Os autores afirmam ainda que os profissionais devem utilizar-se da escuta e colocar-se à disposição do outro.

“mas ser porta de entrada eu tento não fazer, até porque o NASF não deveria ser” (P2).

“Bom, assim, o NASF não é ou não deveria ser a porta de entrada da unidade de saúde” (P2).

Algumas falas encontradas causam disparidades no que seja função dos profissionais do NASF, por este não se constituir porta de entrada (BRASIL, 2014), entretanto, o acolhimento se faz necessário na responsabilização com as demandas do usuário, com o seu sofrimento manifesto, muitas vezes, logo ao entrar na unidade. Dessa forma, fica contraditório fazer parte de uma estratégia de cuidado que tem o vínculo e a corresponsabilização como foco no atendimento, no entanto, os usuários esperam horas para falarem de uma demanda que poderia ser resolvida com um simples acolher de poucos minutos, se cada profissional considerasse sua função de gerador de cuidado em todos os setores da unidade.

Os resultados mostram também que o vínculo, bem como a escuta qualificada, são necessários e ímpar no processo de cuidar. No NASF, todavia, a construção de vínculos parece ser melhor estabelecida nas atividades grupais desenvolvidas com os usuários.

“Eu acredito que esse vínculo é mais construído nos grupos, por exemplo na nutrição. Os pacientes de atendimento individual eles só retornam três meses depois, então, assim, as vezes quando ele vai para o grupo também a gente tem esse vínculo mais fortalecido, de contato toda semana. Acho que o vínculo mais forte é com a população que está envolvida nos grupos” (P5).

Evidencia-se que a construção de vínculos é determinada pela periodicidade dos encontros trabalhador-usuário. Assim, com os usuários que têm acompanhamento semanal, o vínculo é desenvolvido, bem como através da socialização dos participantes. O contrário do que ocorre com os atendimentos individuais na unidade de saúde, devido ao curto espaço de tempo e a lacuna que fica entre um atendimento e um retorno, o vínculo com o usuário pode ficar fragilizado.

Quanto a importância de articulações de tecnologias duras, leve-duras e leves, Mehry et al (2007b) nos conduz a esse olhar, principalmente na necessidade de usar tecnologias leves como a escuta, buscando a produção de subjetividade nas práticas de produção do cuidado em saúde.

Convém assinalar que o acolhimento e a construção de vínculos, somente é possível nas práticas de cuidado, quando estas são mediadas pela escuta no encontro profissional-usuário.

“No cuidado é importante a questão da escuta qualificada, né, com o paciente” (P8).

Evidencia-se que os trabalhadores desenvolvem modos de produção do cuidado, os quais coadunam com o pensamento defendido por Grabois (2009), ao afirmar que a geração de vínculo profissional-usuário deve resultar em fortalecimento da relação de confiança e de responsabilização com as demandas do usuário.

Para alguns profissionais, o vínculo é construído com base em processos de cuidado, desenvolvido nas práticas de educação em saúde para o autocuidado, as quais implicam ações que extrapolam os espaços físicos da unidade de saúde. Nesse movimento do cuidar, os usuários são estimulados ao autocuidado, por meio do estímulo a compreensão de situações da vida cotidiana que impactam no seu processo saúde-doença. O vínculo e a escuta qualificada, desenvolvem-se, portanto, com base na solidariedade e corresponsabilização.

Quando o profissional apresenta habilidades como saber ouvir, escutar e atender com qualidade, o usuário sente-se importante para o profissional, o que aumenta a confiança e aproxima as relações (VIEGAS, PENNA, 2012).

“E outra coisa que é comum na nutrição: é ir com o usuário até um supermercado, aí ele diz: Dra. eu não tô acreditando! Aí eu digo: o que você não acredita? Aí ele diz: que a sra. tá aqui comigo dentro do supermercado. Então, eu vou com ele até lá pra ensinar ele a ler o que é um rótulo daquilo que ele está comparando e não tá sabendo o que tá comprando” (P8).

“aí o que eu comecei a fazer foi a questão da orientação, de ensinar aquela pessoa a se cuidar, a melhorar daquela patologia crônica, a gente cria um vínculo muito grande com aquele paciente e às vezes até extra consultório, aqueles pacientes vêm tirar uma dúvida com a gente, então a gente tem esse vínculo muito forte. Eles perguntam muito, cadê tal profissional, então tem esse vínculo e é muito bom com os usuários da gente, eles sentem a falta da gente” (P4).

Por outro lado, a construção de vínculo é prejudicada por vários fatores, todavia, um fator importante, que deve ser citado aqui, é a configuração e lógica de vinculação dos profissionais do NASF, os quais vinculam-se a várias EqSF, necessitando estar em algumas unidades de saúde semanalmente, o que dificulta não só a criação de vínculo com os usuários de cada território, mas também com os profissionais das EqSF (BRASIL, 2014).

“eu era habituado a trabalhar atendendo aquele paciente todo dia e aqui eu tive esse fragmento né” (P4).

Outra fragilidade encontrada no NASF é a rotatividade dos profissionais devido a precarização dos vínculos empregatícios, o que também dificulta a construção de vínculos, bem como a continuidade de ações no território.

Quanto maior o convívio, foco das ações na integralidade e nas famílias e a permanência do profissional em contato com a mesma população, maiores as chances de atuação conjunta, o que é prejudicado pela rotatividade dos funcionários (GOMES; PINHEIRO, 2005; PENNA, 2012).

Medeiros et al. (2010) consideram que a rotatividade dos profissionais existente na ESF é mais um fator que prejudica a adesão deles aos princípios orientados pelas políticas.

Encontramos também a corresponsabilização inserida nesse cuidar, como fator importante, compreendida pelos profissionais como a forma de tentar levar o usuário a entender a importância do auto-cuidado, da corresponsabilização no desenvolvimento da autonomia e no cuidar de si.

Nos achados da pesquisa, percebemos que a fala de P7 nos mostra a importância de estimular a corresponsabilização do usuário com o seu tratamento, o mesmo pondera Jorge et al (2015), o autor nos fala a cerca da corresponsabilização do cuidado, referindo-se à parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar para a melhoria da qualidade de vida, o autor afirma que o esforço da equipe

de saúde em estimular a corresponsabilização do usuário potencializa a gestão do cuidado em saúde.

“mas eu acho que o principal é a gente permitir, levar o usuário a ser co-responsável por ele mesmo, eu acho que enquanto ele não tiver essa consciência, essa noção de que: eu sou responsável por mim, pelo corpo, pela minha saúde e enquanto eu quiser que os profissionais sejam meus cuidadores, também eu acho que o cuidado não existe” (P7).

Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) ressaltam a importância de não somente abrir o serviço para a escuta das demandas e necessidades da população, mas, sobretudo, responsabilizar-se por elas, de forma a levar o usuário a também ser responsável pela própria saúde.

Entretanto, as relações entre profissionais e usuários tornam-se frágeis devido a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho. Trabalhar com a subjetividade envolvida no setor saúde e em equipe ainda é um desafio (BERNARDES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013).

Contudo, essas tecnologias representam dimensões necessárias para se operar a gestão do cuidado, visando a integralidade do cuidado. A humanização é capaz de reorientar o modelo de atenção com a formação de vínculo (ROCHA *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2010). O acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização são apontados como essenciais na reorganização dos serviços de saúde, visando a materialização dos princípios do SUS, em particular a integralidade, universalização e equidade (Teixeira, 2003; Franco *et al.*, 1999; Merhy, 1997; Pinheiro, 2002; Cecílio, 2001).

4.1.2 Tecnologias para organização do cuidado integral: abordagem integral ao usuário e construção de projetos terapêuticos

Em relação à abordagem integral ao usuário e família, os resultados obtidos revelam que os profissionais buscam produzir cuidado considerando o usuário em suas múltiplas dimensões e necessidades de saúde, ou seja, na perspectiva da integralidade. Assim, tomam como objeto de cuidado o usuário em seu contexto sócio-econômico, nas condições ambientais em que ele vive e no meio cultural, não apenas com o foco na doença, mas em um trabalho preventivo, respeitando a singularidade de cada usuário. As falas dos participantes remete a uma reflexão sobre a importância de um atendimento integral que englobe questões ambientais, culturais e sócio-econômicas, as quais, muitas vezes, não são levadas em consideração na condução de um plano de tratamento de um usuário, podendo acarretar déficits nas respostas ao plano terapêutico.

Os resultados da pesquisa traz reflexões importantes a cerca da complexidade do atendimento integral, estando de acordo com o que nos diz Mehry (1997), o qual aborda sobre a importância das ações serem desenvolvidas de forma a não reduzirem o sujeito a sua doença ou sofrimento, reconhecendo a importância de valorizar o conhecimento e o modo do sujeito *andar a vida*.

Podemos perceber, na fala de P7, outra concordância com Mehry (1997), quando o autor nos convida a olhar o trabalho interdisciplinar como uma forma de resgate ao compromisso com o usuário, reconhecendo a complexidade do seu adoecer.

“Esse olhar não só para doença, mas para o paciente como um todo, esse olhar, o trabalho que ele está inserido, ver ele como um todo, não apenas focado na doença” (P7).

“engloba a real necessidade daquele indivíduo, saber a questão do ambiente em que ele vive, o que é que realmente ele precisa, então uma coisa bem geral né, não olhar só a doença em si, olhar o usuário como um todo, o ambiente que ele vive, as condições financeiras e culturais, uma coisa bem abrangente” (P5).

“Para mim o cuidado, né, no NASF, ele vem com um olhar diferenciado pelo usuário, sem ser em cima da doença em si, prestar atenção no usuário de uma forma completa. (P7) .

De acordo com busca pela integralidade almejada nas práticas dos profissionais de saúde, Mattos (2001) considera três sentidos para essa integralidade: 1) A integralidade como traço da boa medicina, atribuindo aqui o fato de dar uma resposta ao sofrimento do paciente, não o reduzindo a sua queixa, utilizando tecnologias leves como o acolhimento no encontro, a conversa, o vínculo e a responsabilização com as necessidades do sujeito. 2) A integralidade como modo de organizar as práticas, ou seja, cabe aqui a superação da fragmentação das atividades trazidas pela verticalização dos programas, tentando uma articulação entre demanda programada e espontânea, como também o desenvolvimento de atividades grupais na comunidade. 3) A integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde, aqui a integralidade atua de forma democrática, com o fazer integrado, com corresponsabilização no cuidado e confiança (Pinheiro & Mattos, 2002; Merhy, 1997).

Mattos (2004), ressalta em sua pesquisa sobre a integralidade, a importância de uma apreensão ampliada das necessidades de saúde, atividades assistenciais e preventivas, contextualizando as ofertas realizadas e identificando o momento propício a essas ofertas. Nos resultados, a fala de P2 remete justamente a essa contextualização de ações preventivas e assistenciais, de acordo com cada momento e necessidade visualizada na abordagem ao usuário. A fala de P4, resume exatamente isso ao falar sobre a integralidade da atenção:

“Eu acho que é bastante abrangente, porque eu tenho que ter o olhar da necessidade do usuário e ver como eu profissional posso agregar para trazer benefício aquele usuário” (P4).

Essa apreensão ampliada das necessidades de saúde dos usuários, de forma a trabalhar com ações usuário-centradas, é favorecida com a equipe multidisciplinar, a qual pode utilizar ferramentas como atendimento compartilhado, PTS, apoio matricial, entre outros dispositivos que ampliam as possibilidades de intervenção com novos olhares e saberes voltados para uma ação muito mais preventiva e

promotora de saúde do que de reabilitação, tendo sempre na clínica ampliada o conceito norteador das ações (BRASIL, 2014).

“então eu amplio o olhar mais geral daquele paciente, então eu posso trabalhar para evitar, prevenir e promoção mesmo, no NASF a gente pode tá prevenindo, e se eu previno eu posso tá tratando e diminuindo o trabalho em si, não só como um pronto atendimento na saúde” (P2).

“quando se é inserido novas categorias, é possível trabalhar esse paciente com um olhar mais generalizado. Então eu amplio o olhar mais geral daquele paciente” (P2).

“que aí vai até de encontro com a clínica ampliada realmente, diversos olhares, diversos saberes que estão se articulando, porque aí se se separam já não tá havendo essa gestão do cuidado, se ficar cada um em seu quadrado” (P6).

“criando essa oportunidade que o NASF nos dá de tantos profissionais, de a gente encaminhar, esse paciente tá comigo, mas eu tô vendo que ele tá precisando é de um psicólogo, não é só do meu atendimento, então eu tenho essa possibilidade de ir com esse usuário até onde ele está e fazer esse devido encaminhamento, sem muita burocracia, sem tanto sofrimento” (P8).

Este resultado engloba a importância da abordagem baseada nas necessidades de saúde, trazendo a reflexão a cerca de duas vertentes: o “fazer com” e o “fazer para”, ou seja, atividades ou planos de tratamentos, os quais os profissionais planejam, considerando que seja bom para tal usuário ou comunidade, mas ao aplicar percebem que não condiz com a real necessidade dos indivíduos aos quais se destinou tal cuidado, não obtendo, portanto, resultados esperados. Diferentemente de uma atividade planejada com o destinador do cuidado, a qual se vai de encontro as suas reais necessidades, podendo assim ser vislumbrado um resultado frutuoso, bem como, uma melhor adesão ao que se é compactuado e não proposto.

Rezende (2015) pondera a respeito de normas que são instituídas nas unidades de saúde com o intuito de organizar o serviço, no entanto, os profissionais,

muitas vezes, restringem as ações e os horários em que os indivíduos poderiam ir até à unidade e participar de forma efetiva. Percebe-se que, dessa forma, a agenda é produzida pelos profissionais e os usuários adequam-se ou não a ela, o que dificulta a assiduidade dos usuários na unidade.

Nos achados desta pesquisa encontramos poucas falas a respeito da importância da diminuição da fragmentação das atividades nas unidades de saúde, como considera Gomes e Pinheiro (2005), falas voltadas a críticas de atendimentos clínicos individuais, todavia, faz-se necessário frisar aqui a necessidade de articulação entre demanda espontânea e programada.

Diante de tal articulação, se faz possível direcionar um usuário de atendimento espontâneo, de acordo com sua necessidade, para atividades coletivas na comunidade, ou seja, os profissionais, de forma horizontal, ter a liberdade de criar novas formas de cuidar de acordo com riscos e necessidades de saúde dos indivíduos. Contudo, o que percebemos no cotidiano das unidades são atividades verticalizadas, traduzidas em programas, que, muitas vezes, não conseguem trabalhar as necessidades de saúde da comunidade, não conseguindo dar respostas adequadas a construção de um cuidado direcionado.

A fragilidade dessa articulação entre demandas e a forma de atendimento a demanda espontânea, traduzida em atendimentos individuais em consultório em detrimento de atividades educativas, percebe-se nos resultados desta pesquisa, o que fica claro nas falas abaixo:

“acabam ficando um pouco amarrado a questão do trabalho por causa das filas de espera, porque eles realizam atendimentos clínicos. Por exemplo, a gente tem fila de espera pra nutrição, psicologia e pra fisioterapia. Evitar essa fila, evitar esse atendimento clínico ambulatorial, não sei nem como é que eu posso dizer, eu acho que seria mais proveitoso do que ficar nesse amarradinho assim né”. (P6)

“A demanda é muito, muito, muito grande, só que a gente tem que direcionar, o que é que é necessário ser visto individualmente e o que a gente tem que direcionar para os grupos” (P2).

Se vc tem uma demanda para um atendimento individual, se for visto, não tem tanta necessidade, não precisa de um atendimento individual, então vamos participar dos nossos grupos, então eu apresento os grupos que a gente tem na unidade” (P2).

Nessa discussão, destacamos nas falas de P2 a necessidade de se trabalhar uma das dimensões da integralidade, citadas no trabalho de Viegas e Penhas (2015), que é a intersectorialidade, no qual, o autor afirma que a integralidade e o cuidado são tarefas intersectoriais e só podem ser pensadas quando os níveis de atenção conseguem articular-se entre si e com outros setores adequadamente. Todavia, podemos perceber a carência desse tipo de trabalho na estratégia de saúde da família nas falas abaixo:

“Também tem em outras instituições né, aqui em Maracanaú tem muitas indústrias e também a gente faz articulação com esses espaços, e também tem outras políticas né que a gente faz, como a assistência social no CRAS, como as políticas voltadas p juventude, então a gente tá tentando desenvolver também essas ações” (P6).

“Trabalham-se em caixinhas, não trabalham juntos, saúde é saúde, assistência é assistência, não se alinham o pensamento de trabalharem juntos. Encaminhamos às redes, mas não temos retorno, não existe essa referência/ contra-referência” (P2).

“reuniões com os estudos de caso com o CRAS , o CREAS, o Conselho Tutelar, para ver a intersectorialidade, é importante essas reuniões para que o NASF trabalhe em conjunto com as outras políticas” (P9).

Diante do que percebemos nos resultados com as falas acima, faz-se salutar primar para que haja articulação entre os pontos de assistência das redes de saúde, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde. (MATTOS, 2004).

Para se obter esse cuidado integral é necessário trabalhar a intersectorialidade, ou seja, incluir outras instâncias políticas como trabalho, educação, lazer e tudo aquilo que pode colaborar no cuidado desse sujeito, é o

entrelaçar das redes de atenção a saúde, de forma que todas tenham um mesmo objetivo, qual seja sempre a qualidade de vida do usuário. Santos e Penha (2013), ressalta que a necessidade de trabalho intersetorial se dá pela busca do usuário, que vai além das demandas expressas e da medicalização, sendo questões mais subjetivas e ligadas a questões sociais.

Os resultados da pesquisa apontam para outra tecnologia importante na organização do cuidado integral, que é a construção de PTS, sendo este formulado de forma singular, usuário-centrado, trazendo o movimento reflexivo causado pela condução e formulação de um PTS nas práticas dos profissionais. No município de Maracanaú, acontecem reuniões mensais entre NASF e EqSF para discutir e pensar os casos dos PTS. Há também o PTS realizado com os casos de saúde mental, envolvendo reuniões mensais com EqSF e profissionais de outros setores, como os CAPS e o CRAS.

Entretanto, percebemos uma deficiência no desenrolar ou no desabrochar da realização prática do PTS. Nas falas pode-se perceber um plano terapêutico focado em reuniões entre profissionais, ou seja, os profissionais discutem e pensam o caso sem a presença do indivíduo, não ficando explicitadas falas que mostrem ações práticas com o envolvimento dos profissionais em todas as fases do PTS. Podemos perceber essa realidade nas falas de P6 e P9:

“então uma vez por mês é solicitada a presença de toda EqSF e NASF para a reunião. Então, nessa reunião mensal, a gente procura discutir e fazer os PTS, já que está presente toda aquela equipe” (P6).

“a questão dos profissionais do NASF estarem fazendo esse rodízio também nas reuniões das EqSF e uma vez por mês também para se trabalhar PTS” (P9).

“uma vez por mês existe uma reunião de matriciamento em saúde mental, onde os profissionais do NASF participam e também uma vez por mês tem uma reunião geral sobre o PTS, sobre o que foi falado nas reuniões de EqSF sobre o PTS, tem tipo uma consolidação na última quinta-feira do mês” (P6).

Como na fala de P7 abaixo, os profissionais compreendem a importância do trabalho interdisciplinar usuário-centrado, voltado para cada caso, ou seja, a importância do olhar singular sobre as necessidades de cada indivíduo, mas ainda

percebe-se, algumas vezes, uma prática de fazer para e não de fazer com o usuário ao qual se destina o cuidado.

“eu acho que a equipe NASF ela dá um suporte muito bom porque temos vários profissionais, várias visões e dentro de um estudo de caso, de um PTS, pode direcionar esse cuidado e essa visão, esse olhar para o usuário de forma bem específica para cada paciente, para cada caso” (P7).

Segundo Oliveira (2007), o Projeto Terapêutico Singular, quando formulado e trabalhado de acordo com as reais necessidades de saúde do indivíduo e com a participação do mesmo e da família, torna-se um dispositivo de gestão capaz de provocar processos de reflexão/ação nos trabalhadores de saúde abrindo possibilidades destes repensarem seus processos de trabalho e suas práticas.

Segundo esse autor, o PTS traz novas perspectivas e possibilidades de co-produção de sujeitos e seus contextos. A fala de P10 mostra o que o autor afirma acima, ou seja, esse movimento reflexivo proporcionado nas práticas dos profissionais durante a formulação e condução de um PTS.

“Algumas coisas nós conseguimos caminhar com o PTS, estamos construindo isso, caminhando, no momento das reuniões de EqSF e tem todo o envolvimento da EqSF, do ACS, então a EqSF percebeu a importância da condução dos casos no PTS e não somente mais um trabalho, ela viu como aquilo é rico e como aquilo vai ajudar naquele caso” (P10).

Outro fator importante no Projeto Terapêutico Singular e com abordagem integral, é a autonomia do sujeito, na pesquisa podemos visualizar em falas, como a de P7 e P8, essa importância da autonomia, todavia esta deve ser estimulada pelos profissionais, adequando cada cuidado de forma a levar o usuário a cuidar de si mesmo, não somente esperar ser cuidado pelo profissional.

“É porque o cuidado ele é um negócio assim fantástico, eu acredito nesse cuidado né, que a pessoa tem que ser

responsável por si mesmo, mas eu acho que ele tem que ser instigado” (P8).

“Então essa questão que não é só ausência de doença, mas que você dar a oportunidade pra ele caminhar, mostra pra ele que ele é possível caminhar, mas ele vai sempre precisar daquela equipe pra saber que é possível, sozinho ninguém caminha né, sozinho não se caminha, tem que caminhar junto com todo mundo, nós não podemos é se tornar aquela moleta” (P8).

“eu acho que o principal é a gente permitir levar o usuário a ser co-responsável por ele mesmo, eu acho que enquanto ele não tiver essa consciência, essa noção de que eu sou responsável por mim, pelo corpo, pela minha saúde e enquanto eu não quiser que os outros profissionais sejam meus cuidadores, também eu acho que o cuidado não existe” (P7).

Consoante, Jorge et al (2015), ressalta-se a importância da construção de autonomia por parte dos usuários. Os autores afirmam que a maior ou menor adesão ao plano terapêutico, está voltada para a forma como esse cuidado é gerenciado, ou seja, os autores apostam na corresponsabilização do cuidado e no empoderamento do sujeito como forma de garantia da sua qualidade de vida. Desta forma, a autonomia dos usuários no seu tratamento aumenta quando a equipe proporciona um ambiente de diálogo e ações compartilhadas, entendendo melhor a forma como o indivíduo interage com o mundo, todavia, é necessário que os profissionais entendam, como nos diz Cecílio (2009), *o modo de andar a vida* de cada usuário, como também os dispositivos que disponibiliza para o cuidado de si.

Contudo, em qualquer PTS com abordagem integral, é preciso que o usuário veja-se e sinta-se parte daquele plano de tratamento, seu “modo de andar a vida” precisa estar incluso nesse PTS e, somente dessa forma, profissional e usuário tornam-se parceiros no gerenciamento do cuidado, obtendo respostas eficazes nesse projeto terapêutico.

4.2. Gestão do cuidado no NASF: a dimensão organizacional com ênfase na integralidade e humanização do cuidado

4.2.1. A educação permanente dos profissionais do NASF: estratégias operadas no cotidiano

De acordo com os resultados da pesquisa, a educação permanente para os profissionais do NASF é considerada importante e necessária, visto que a estratégia, apesar de iniciada há alguns anos, ainda pode ser considerada como um novo na ESF e, portanto, geradora de incertezas diante de complexidades surgidas no tocante as ações desenvolvidas, o uso de dispositivos e arranjos operacionais.

Em Maracanaú, são realizados alguns cursos e capacitações para os profissionais do NASF, ofertados pela Secretaria de Saúde do Município, como estratégia de educação permanente para esses profissionais, a qual norteia o serviço no NASF, no tocante a novas práticas direcionadas ao contexto do município. Devido as fragilidades de atuações na atenção primária durante a formação, os profissionais relataram chegar no trabalho do NASF, muitas vezes, sem vivências realizadas nesse contexto de trabalho, o que dificulta o entendimento das ações a serem realizadas, do seu papel enquanto trabalhador do NASF e do uso adequado de ferramentas, portanto, os processos de educação permanente foram considerados como necessários pelos profissionais do município.

“A gente teve alguns cursos e que foram norteando o que era o NASF e a gente foi se adaptando a realidade de Maracanaú” (P12)

“tem a questão do matriciamento em saúde mental, o pessoal do NASF e nós residentes também, nós estamos fazendo um curso de matriciamento especialmente para o NASF onde tem disparado diversas ações, diversas formas de trabalhar os processos de trabalho, reuniões com os estudos de caso com o CRAS, o CREAS, o conselho tutelar, pra ver a intersectorialidade, é importante essas reuniões para que o NASF trabalhe em conjunto com as outras políticas” (P9).

“a gente passou por uma oficina de capacitação pelo estado para mostrar a questão mais de como era o NASF e foi padronizado mais a questão de atendimento né, de dois atendimentos individuais, um de atividade coletiva, um de visita domiciliar e um de reunião” (P11).

É de competência do Ministério da Saúde a criação de diretrizes e a disponibilização de instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem a educação permanente (BRASIL, 2009c). No entanto, o Ministério da Saúde não pode carregar esse papel individualmente, propõe-se que a equipe, demande, proponha e desenvolva ações de educação permanente (BRASIL, 2011, p.49).

Segundo Lisboa (2011), o formato das capacitações oferecidas para os profissionais, muitas vezes, não são baseadas em situações-problemas enfrentadas por esses profissionais no cotidiano de suas práticas. Contudo, faz-se importante a participação dos profissionais do NASF no uso de autonomia junto às EqSF na produção de estratégias de Educação Permanente que possibilitem inovações singulares ao cotidiano de trabalho (STORTI, 2012).

4.2.2. Estratégias de integração entre ESF e NASF: sobre a cogestão e o apoio matricial

No município de Maracanaú, a cogestão e organização dos processos de trabalho do NASF se dá através do planejamento em reuniões mensais da equipe NASF com as EqSF para rever demandas e PTS, com rodízio ou revezamento dos profissionais na participação dessas reuniões. Os profissionais também organizam as ações fazendo revezamento de profissionais nos grupos de educação em saúde, dentre outras estratégias de organização como o agendamento para atendimento individual, através de organização e exposição de agendas de todos os profissionais da unidade de saúde, bem como produção de cronogramas de atividades com o envolvimento das Eqsf e NASF.

“Na nossa equipe de nasf, a gente tem um rodízio enquanto as questões coletivas né, é um rodízio de convivência, todos os grupos são rodiziados com todos os profissionais, inclusive com as equipes da unidade de saúde” (P2).

“Enquanto as agendas de atendimentos individuais, são atendimentos agendados” (P2).

“juntos com a EqSF, conversamos se tem alguma visita domiciliar, se tem estudo de caso, se tem algum atendimento

individual específico pra se colocar naquele mês na agenda, uma conversa prévia com os ACS, com enfermeiro, com o médico, e com isso colocar na nossa agenda como o cronograma do mês. Então, tudo isso vai pra nossa agenda e com isso fechamos no final do mês para entregar para cada EqSF, e no SAMI também fica a agenda dos profissionais, que já foi também uma mudança dos processos de trabalho, na coordenação fica a agenda dos profissionais e a gente sabe também onde fica a agenda de cada um deles” (P9).

“a questão dos profissionais do NASF estarem fazendo esse rodízio também nas reuniões das EqSF e uma vez por mês também para se trabalhar PTS” (P9).

“uma vez por mês existe uma reunião de matriciamento em saúde mental, onde os profissionais do NASF participam e também uma vez por mês tem uma reunião geral sobre o PTS, sobre o que foi falado nas reuniões de EqSF sobre o PTS, tem tipo uma consolidação na última quinta-feira do mês” (P6).

Campos e Amaral (2007), ressaltam a importância da participação ativa das equipes multiprofissionais na cogestão dos processos de trabalho, com maior implicação das equipes no desenho das propostas que concretizarão o cuidado, considerando que todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde são responsáveis pela qualidade do cuidado. Todavia, pôde-se perceber com esta pesquisa, que alguns profissionais ainda consideram a gestão do cuidado como papel apenas dos gestores, entretanto, há de se reconhecer a indissociabilidade entre atenção e gestão, visto que, as decisões desse gerir o cuidado interferem diretamente na atenção à saúde.

Percebe-se na organização do trabalho do NASF, uma fragilidade quanto a cogestão, é necessário ainda o real entendimento de que gestão não é um espaço ou campo de ação de especialistas, todos fazem gestão.

Contudo, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como envolver-se no processo de tomada de decisão nas organizações e ações de saúde, a fim de que possam gerir o cuidado em saúde. A Política Nacional de Humanização, nos convida a esse novo olhar, apostando na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na gestão dos processos de trabalho, afirmando ser fundamental para que os trabalhadores

reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. (BRASIL, 2013a).

Para tanto, é necessário e imprescindível o estímulo a esses profissionais com processos de educação permanente voltados também à cogestão de processos de trabalho.

Quanto a relação NASF e EqSF, os resultados da pesquisa apontam para uma relação de amizade no âmbito profissional, porém fragilizada no quesito trabalho interdisciplinar, apesar de avanços alcançados nesse processo relacional nos últimos anos, percebe-se ainda o trabalho voltado para um modelo compartimentalizado, no qual cada profissional realiza seu atendimento separadamente, reduzindo o corpo do paciente em partes e especializadas na hora do cuidar.

Algumas falas revelam resistência das EqSF no trabalho articulado com o NASF, o qual se diz tentar envolver a EqSF nas atividades, no entanto, relatam a ausência dos mesmos na realização de algumas ações.

“Uma percepção que eu tenho, as relações são relativamente boas e próximas né, agora uma situação que já foi até falado né de nasf dos grupos, por exemplo, os grupos a gente tem até em momentos discutido sobre isso, que são de responsabilidade das EqSF, só que NASF é apoio, só que muitas vezes a demanda vai direcionada para o NASF e acaba que a gente abarca essa responsabilidade e fica tentando puxar a EqSF como se ela que fosse apoio nosso. Então é isso que eu percebo né, nessa relação do NASF com a EqSF, tipo: é grupo é para o NASF, é uma dificuldade que existe nessa relação” (P6).

“E a gente ainda tem um pouco de dificuldade porque a gente faz o cronograma, mostra a eles, estão sabendo e tudo e não aparecem no dia, é como se não fosse de responsabilidade deles. Eu vejo muito o pessoal para depois chegar no profissional. Eles se vêem mais como atendimento de individual de consultório e não como atividade coletiva, infelizmente” (P11).

“Outra dificuldade também identificada é a questão da rotatividade né, você vai conquistando, você consegue se aproximar daquela EqSF, ter uma ação, aí você perde devido a rotatividade. Aqui na unidade mais próxima ela é menor, mas na outra a rotatividade é muito maior, principalmente médico” (P6).

Percebe-se, portanto, uma deficiência no trabalho interdisciplinar e uma prevalência de atendimentos individuais nos consultórios. A rotatividade dos profissionais por precariedade do vínculo profissional e pela lógica do NASF de cobertura de várias equipes, requisitando a presença destes em algumas unidades de saúde na mesma semana, também foi colocada como causa de fragilidade dessa relação NASF/EqSF.

Os resultados da pesquisa também trazem considerações a respeito do apoio matricial realizado pelo NASF no município de Maracanaú, o qual se dá em conjunto com as EqSF, nas reuniões de puericultura, nas reuniões mensais ou no cotidiano da unidade, por necessidade dos profissionais em consultas compartilhadas. Existe também o matriciamento em saúde mental que é realizado junto a outros setores como CRAS, CAPS AD, Infantil e Geral. Todavia, percebe-se nas falas dos profissionais do NASF sobre a deficiência no trabalho interprofissional, como o trabalho voltado para atendimentos individuais em consultórios, trabalho em caixinhas e pouco envolvimento das EqSF em atividades multiprofissionais, que o apoio matricial, conseqüentemente, é deficitário, já que o matriciamento requer justamente uma boa relação NASF e EqSF para que haja a troca de saberes e experiências. Somando-se a isso, os resultados apontam também para o matriciamento realizado de forma pontual, sem uma sistematização do desenvolvimento do mesmo, o que dificulta o acompanhamento e a evolução dos casos.

“principalmente o matriciamento que é o que a gente tem mais forte” (P2).

“uma vez por mês existe uma reunião de matriciamento em saúde mental onde os profissionais do NASF participam e também uma vez por mês tem uma reunião geral sobre o PTS, sobre o que foi falado nas reuniões de EqSF sobre o PTS” (P6).

“tem o matriciamento, atendimento conjunto, principalmente na agressão ao animal, quando eu tô no posto e chega algumas enfermeiras, elas convidam para participar desse atendimento” (P3).

“a gente consegue uma consulta compartilhada, puericultura, junto com os médicos” (P11).

“A fisioterapeuta chegava junto da enfermeira e ia discutir um caso que englobava as duas profissionais, mas não tinha essa sistematização, tinha até no portuário né, mas com algumas fragilidades, e aí foi pensando nesse formulário para se fazer de uma forma única, integrada” (P6).

“algumas enfermeiras elas convidam para participar desse atendimento e as reuniões de equipe tá, reuniões comunitárias

Campos e Domiti (2007), consideram que o apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, com articulação entre equipe de referência e apoiadores que pode se dar em três planos: a) atendimentos e intervenções conjuntas; b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso; c) o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência.

Nos achados desta pesquisa, os profissionais relataram a importância de vivenciarem esse matriciamento para a abordagem integral ao usuário, de acordo com Campos e Domiti (2007), todavia os profissionais do NASF reconhecem a necessidade da realização do matriciamento, a fim de que as EqSF sejam capazes de resolver os problemas mais comuns, no entanto, um aspecto que chamou atenção foi a pontualidade dessa atividade, o que evidencia a diminuição da potência que tem a aplicação de um matriciamento.

Na pesquisa realizada por Gutiérrez (2014) a respeito do apoio matricial realizado pela equipe do NASF na Escola de Manguinhos, os profissionais compreendem a interconsulta como finalidade principal do NASF, como retaguarda a profissionais especialistas para supressão de deficiências ou ainda encaminhamento facilitado, o que evidenciou a não apropriação da finalidade do NASF, qual seja, de

acordo com os documentos do MS, o apoio matricial visto como prioridade e diretriz norteadora para organização do processo de trabalho entre NASF e EqSF. Fato este que também pode ser refletido nos resultados da presente pesquisa, em relação a pontualidade no matriciamento, descaracterizando-o como modo de criar corresponsabilização para outras dimensões da atenção à saúde, impondo-o como uma interconsulta, que valoriza a prescrição de especialista sobre determinada doença ou caso, sem a corresponsabilização do especialista para com o usuário.

Vale ressaltar ainda, os achados da pesquisa de Sousa, Oliveira e Costa (2015), os quais vão ao encontro de alguns resultados também encontrados na presente pesquisa. Os autores consideram o modelo organizacional extremamente fragmentado e verticalizado entre os profissionais da ESF, portanto, ressaltam que a função principal do apoio matricial é propor um rearranjo no modelo organizacional, visto que, o atendimento ambulatorial do NASF é realizado, muitas vezes, dissociado da própria equipe de referência, o que torna os profissionais do NASF apenas uma “referência especializada”, estando de um lado os “especialistas e, de outro, os “apoiadores”, deixando clara a necessidade de corresponsabilização, por parte dos profissionais do NASF, pelas necessidades e demandas dos usuários e do próprio território onde estão inseridos.

Contudo, cabe frisar mais uma vez a necessidade de processos de educação permanente voltados para organização de processos de trabalhos com situações vivenciadas e ferramentas a serem utilizadas para melhor resolutividade das ações de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa analisou-se como se configura a gestão do cuidado no NASF em sua relação com as EqSF no município de Maracanaú-Ce. Com o estudo, percebe-se que os profissionais do NASF utilizam um conjunto de tecnologias para se trabalhar a gestão do cuidado visando a integralidade, como tecnologias relacionais, entre elas o acolhimento, vínculo, corresponsabilização do cuidado, abordagem integral ao usuário, formulação de PTS, apoio matricial e cogestão dos processos de trabalho.

O acolhimento aos usuários que chegam como porta de entrada, é realizado por alguns profissionais, porém, parte dos profissionais não acolhem demandas espontâneas pelo fato de que o NASF não se configura como porta de entrada do sistema, o que acaba por tornar-se entrave no acesso ao usuário, não demonstrando corresponsabilização pelas demandas do usuário e da própria ESF.

O vínculo e a escuta qualificada também foram considerados tecnologias imprescindíveis no cuidado ao usuário, todavia, a construção de vínculo é mais efetiva com os usuários de atividades grupais, pela periodicidade semanal, o que não costuma ocorrer em atendimentos individuais, pois há um grande espaço de tempo entre o atendimento e o retorno do usuário, fragilizando as relações e, conseqüentemente, o vínculo.

Outros fatores foram considerados como dificultadores da construção de vínculo e adesão das propostas políticas, entre eles, a lógica de vinculação dos profissionais do NASF, por estarem em várias unidades de saúde semanalmente, e a rotatividade dos profissionais devido a precarização dos vínculos empregatícios, o que também foi dito interferir na relação NASF/EqSF.

A corresponsabilização do cuidado é outra tecnologia utilizada pelos profissionais do município, contudo, faz-se importante frisar a importância de uma responsabilização pelas demandas do usuários, ou seja, um envolver-se com elas, não apenas uma abertura a escuta e tentativa de formular um plano de tratamento para o usuário.

Entre as tecnologias do cuidado como achados desta pesquisa, encontram-se também a abordagem integral ao usuário e a formulação do PTS. Na abordagem integral ao usuário, os profissionais do NASF de Maracanaú, consideram o trabalho voltado às necessidades dos indivíduos como motor do desenvolvimento das ações, levando em consideração as questões ambientais, sócio-econômicas e culturais nessa abordagem, primando por ações preventivas, respeitando a singularidade de cada usuário.

Outro fator considerado importante pelos profissionais na abordagem integral é a intersectorialidade, no entanto, é um processo ainda frágil no município, no qual não se dá nos processos de cuidado a relação de referência e contra-referência entre os setores, tornando-se assim dificultoso o acompanhamento dos casos e o sucesso nas condutas que necessitam de articulação entre setores.

A construção do PTS é realizada no município pelos profissionais do NASF em conjunto com as EqSF em encontros mensais, bem como em reuniões mensais para matriciamento de saúde mental com o CAPS e CRAS, entretanto, percebe-se como fragilidade para o PTS a forma como se dá essa construção, pois é realizada pelos profissionais sem a presença do usuário, não sendo, portanto, pactuada com o destinador do cuidado, o que dificulta a adesão e seguimento deste ao tratamento proposto.

A reflexão que se remete aqui é a respeito da importância de se construir ações usuário-centradas, pactuadas com o envolvimento do próprio usuário e familiares, com a corresponsabilização do usuário e autonomia deste pelo seu tratamento, fazendo com ele e não para ele, pactuando e não propondo, visto que, as ações pactuadas com o envolvimento do usuário são melhores trabalhadas e aceitas pelo próprio sujeito ao qual se destina o cuidado, colhendo, assim, resultados esperados.

Em relação as tecnologias utilizadas pelo NASF na organização do cuidado tem-se como produto desta pesquisa a educação permanente, a cogestão dos processos de trabalho e o apoio matricial.

De acordo com a pesquisa, a educação permanente foi considerada importante e norteadora de ações e uso de dispositivos e arranjos operacionais do cuidado para os profissionais do NASF, sobretudo na inserção destes no território,

quando advindos de processos de formação ainda voltados para a cura e reabilitação, o que torna a escolha da tecnologia apropriada mais difícil, necessitando, portanto, de constantes processos de educação permanente voltados para o cotidiano de trabalho destes profissionais. Outro fator importante que podemos refletir aqui é a respeito do formato da educação permanente, torna-se eficaz e de sentido para os profissionais quando realizados baseados em situações-problemas vivenciadas por esses profissionais no cotidiano de suas práticas. Recomenda-se, portanto, o envolvimento dos profissionais nesses processos, propondo, demandando e desenvolvendo educação permanente junto a gestão.

A organização dos processos de trabalho no NASF do município se dá através de planejamentos, reuniões mensais entre NASF e EqSF, agendamento de ações, compartilhamento de agendas entre os profissionais, revezamento dos profissionais nas atividades realizadas e construção de cronogramas. Todavia, percebe-se ainda uma necessidade de maior participação do NASF nos processos de cogestão, estando mais implicados na corresponsabilização e construção de ações e gerenciamento do cuidado na unidade de saúde. Recomenda-se iniciativas mais cogestoras por parte do NASF na construção conjunta com as EqSF nas dinâmicas dos processos de trabalho, fomentando a participação das EqSF em visitas domiciliares, educação permanente e atividades em grupos na comunidade.

Quanto ao trabalho interprofissional, há uma debilidade em ações com equipe multiprofissional, com maior prevalência de atendimentos individuais no consultório. Alguns profissionais do NASF do município ainda vêem o trabalho no NASF como trabalho reabilitador e de consultório, permitindo fechar-se em atendimentos individuais com imensas filas de espera, descaracterizando o que realmente seria objetivo do NASF em realizar a maioria das atividades de forma preventiva e promotora de saúde no âmbito multiprofissional, sendo minoria os atendimentos individuais de casos em que a resolutividade nesse tipo de atendimento seja rápida, com poucos atendimentos individuais. Devido a essa relação, o apoio matricial no município, muitas vezes, é pontual e sem a presença do usuário, não havendo uma sistematização do desenvolvimento do mesmo, prejudicando o acompanhamento e a evolução dos casos, dificultando, assim, o alcance do objetivo do matriciamento e o rearranjo do modelo organizacional de saúde no município.

Contudo, esta investigação permite concluir que o NASF em Maracanaú é um importante potencial para multiplicação de novas tecnologias no campo da saúde. Com base nos resultados e discussões apresentados sobre a gestão do cuidado no NASF, concluímos que organizar o cuidado a partir do uso de tecnologias relacionais e organizacionais é complexo, uma vez que requer inúmeras práticas cogestoras de forma multiprofissional e a reflexão permanente do processo de trabalho instituído. Deve-se, sobretudo, considerar os diferentes olhares e perspectivas dos sujeitos implicados, a gestão, o NASF, as EqSF e os usuários do serviço, na tentativa de somar saberes, trocá-los e usá-los para alavancar a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade e a equidade no atendimento as pessoas para o alcance de ações resolutivas em saúde.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, F. T. M.; NICHATA, L. Y. I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/ AIDS das mulheres atendidas pelo programa saúde da família no município de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 140-52, 2008.

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de atenção médica**. Rio de Janeiro, v.29, n. 2, p. 136-146, mai/ago, 2005.

AQUINO R.; Barreto M. L. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 905-914, abr, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/22.pdf>> Acesso em: 22 ago 2015.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa saúde da família, Ventosa, Belo Horizonte. **Revista Ciência. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2189- 97, 2008.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: Trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABRASCO, 2009.

BERNARDES, A. G.; PELLICCIOLI, E. C.; MARQUES, C. F. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (8): 2339-2346, 2013.

BOMFIM, R.L.D. Formulação de políticas e planejamento. In: GONDIM, R.et al (Org.). **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília; 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Diretrizes operacionais. Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a (Série Pactos pela Saúde. v.1).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Clínica ampliada e compartilhada - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 2009c. 318 p.– (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, seção 1, 2011. p. 49.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e cria os NASF tipo 3. Brasília; 2012b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização, FOLHETOS.** 1º edição, Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. AMAQ – NASF. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Brasil, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago, 2007.

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

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Revista Interface**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-28, 2009.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

_____. L. C. O A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface- Comunicação Saúde Educaçao**, v.13, supl.1, p.545-55, 2009.

_____. L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 15, n. 37, p. 589-99, abr./jun. 2011.

CHORNY, A.H. Planificación en salud: vejas ideas en nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosario, n.73, 1998.

CHORNY, A.H. **Planejamento e organização da atenção à saúde**. Curso de Especialização de Gestão em Saúde, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2010.

Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Unidade Geográfica estado do Ceará. Competência 2016. Disponível em: <dab.saude.gov.br/dab/histórico_cobertura_sf_relatório.php> acesso em: 18 de outubro de 2016.

FERRUGEM, D. et al. A arte de acolher através da visita da alegria. **Revista APS**. Porto Alegre: v. 12, n. 4, p. 510-516, out/dez 2009.

FRANCO, T. B.; MAGALHAES JR., H. M. Integralidade na assistência à saúde: A organização das linhas do cuidado. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, HUCITEC, São Paulo, 2a. ed., 2004.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n.15, p.345-53, 1999.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégias de saúde da família. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 15, n. 4, p. 645-653, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>>. Acesso em: 8 Setembro 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo, Atlas, 1994, p.43-52.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Revista Saúde em Debate** 2002; 26:37-61.

GOMES, L. M. D. **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Integralidade na Atenção Básica em Saúde Mental em um Município da Região Serrana do Rio de Janeiro**. Dissertação, Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde na Região Leste do Rio de Janeiro, fiocruz, 2013.

GOMES, M. C. A. P.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação de Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>
Acesso em: Junho de 2016.

GRABOIS, V. Gestão do Cuidado. In: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JR, W. V. (org.) **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. 404 p., il.

GUTIÉRREZ, A. C. Núcleo de apoio à saúde da família do Território Escola Manguinhos : análise sob a perspectiva do apoio matricial. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2014.

Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). **Perfil Básico Municipal de Maracanaú**, 2015. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br>2015>maracanau>. Acesso em: outubro de 2016.

JORGE, M. S. B. et al. **Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial: Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde**. Fortaleza, EdUECE, 2015.

KRUEGER, R. A. Focus Groups: a Practical Guide for Applied Research. New-bury Park: Sage, 1988. In: MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

LISBOA, M. V. F. **Ações e Práticas de Saúde desenvolvidas pelos profissionais do NASF no município de Pedra**, Recife, 2011.

MATUS, C. **O líder sem Estado-Maior**. São Paulo: Fundap, 2000.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Cepesc - IMS/UERJ – Abrasco, Rio de Janeiro, 2009. p.43-68.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade) **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva**, 15(supl.1): 1521-31, 2010.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. **Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais**. Campinas, 2002. 13 p. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/coordenacaohospitalar.pdf>>. Acesso em: 11 mai 2015.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.117-60.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, 1997. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007b. p.113-150.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 43(2): 358-6, 2009.

MOREIRA, D. A. **Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde: visão de profissionais, usuários e gestores [manuscrito]**. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.

MOTTA, P.R. Formulação de políticas e definição de objetivos: imposições do contexto administrativo. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2012.

NASCIMENTO, D. D. G. et al. Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**, módulo 6, Campo Grande, MS: Fiocruz Pantanal, 2014.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu v. 12, n. 27, p. 749-62, 2008.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde. **Revista APS - Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 4, p. 362-73, 2008.

OLIVEIRA, R. G. et al. Organização da Atenção. In: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JR, W. V. (org.) **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

OLIVEIRA, G. N. O. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Dissertação Mestrado Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, SP, 2007.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, 2002. p.15.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12(1): 179-203, 2002.

REZENDE, G. P. **Vínculo na Estratégia Saúde da Família na perspectiva de usuários e profissionais de saúde**. Dissertação Mestrado Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2015.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 edição revista e ampliada. São Paulo: Atlas, 2014.

ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 124-135, jan-mar 2015.

ROCHA, P. M.; UCHOA, A. C.; ROCHA, N. S. P. D.; SOUZA, E. C. F.; ROCHA, M. L.; PINHEIRO, T. X. A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, 24(supl 1):69-78, 2008.

SANTOS, C. G. Et al. Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, **Brasil.Revista Interface - Comunicação Saúde Educação**, 19 S(1): 985-93, 2015.

SANTOS, A. M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, L. M. V; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.10 n., p.80-91, jan./mar., 1994.

SIMÕES, A. L. A. et al. Humanização na Saúde: enfoque na atenção básica. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis: v. 16, n.3, p. 439 – 444, jul/set 2007.

SOUZA, D.; OLIVEIRA, I. F.; COSTA, A. L. F. **Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Monografia- Universidade

Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Natal, RN, 2015.

SOUZA, F. D. R. **Processo de Construção dos Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF) na Atenção Básica do Estado do Ceará.** Dissertação, Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, 2013.

SOUZA, G. A. **Gestão, Planejamento e Humanização na Atenção Primária à Saúde.** Monografia, Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

SOUZA, K. M. J.; SÁ, L. D.; PALHAS, P. F.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S.; FIGUEIREDO, D. A. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, dez. 2010.

SOUZA, R. S. Et al. Construção de instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.133-56.

STORTI, M. M. T. **As Diretrizes da Educação Permanente em Saúde nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** Monografia XIV Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2012.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção de saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Revista Saúde em Debate**, 27: 257-77, 2003.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa Social em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, 2015; 19 (55):1089-100.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos** / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista Rene**, 13(2): 375-85, 2012.

APENDICES

APÊNDICE A – TERMO DE ANUÊNCIA DA PESQUISA

À Secretaria Municipal de Maracanaú
Av. II, 150 – Jereissate I, Maracanaú – Ce.

Será desenvolvida uma pesquisa que se intitula “A Gestão do Cuidado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: análise das dimensões profissional e organizacional”. Neste estudo, objetiva-se “Compreender como se configura a gestão do cuidado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em sua articulação com as Equipes de Saúde da Família no município de Maracanaú”.

Então, venho por meio deste solicitar a Vossa Senhoria, autorização para realizar essa pesquisa junto aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família neste município. O estudo terá uma abordagem qualitativa, realizando a coleta de dados através de entrevista semi-estruturada.

Como pesquisadora, responsabilizo-me em devolver os dados encontrados a esta instituição, logo que a pesquisa esteja concluída. A coleta de dados ocorrerá no período de março a maio de 2016.

Reforço, igualmente, que as informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa destinada a elaboração da dissertação de Mestrado, a qual faz parte das exigências do Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Estadual do Ceará - UECE, do qual sou mestranda.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Gerlane Holanda de Freitas. Endereço: R. Alameda das Extremosas, nº 180, Cidade 2000, Fortaleza, Ce. Telefones: (85) 996865526.

Assumo perante a Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú a responsabilidade pelo presente termo.

Maracanaú, 25 de fevereiro de 2016.

Gerlane Holanda de Freitas
Pesquisadora

De acordo:

Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Comente sobre as ações desenvolvidas pelo NASF no território.
2. Quais os instrumentos utilizados para o acompanhamento das ações desenvolvidas no território?
3. Como se dá a articulação da equipe do NASF com a Equipe de Saúde da Família para a realização das ações de saúde no território?
4. Como se dá o Apoio Matricial e a construção do PTS?
5. Como os profissionais se organizam na resolutividade de problemas/demandas complexas trazidas pelos usuários?
6. Como o NASF se articula com os demais serviços da rede de atenção para atender os casos mais complexos?
7. De que forma é realizado o planejamento e a avaliação das ações desenvolvidas pelo NASF? É utilizado algum instrumento para a avaliação?
8. Como se dá a relação profissional-usuário, o acolhimento e o vínculo na produção e responsabilização do cuidado de forma integral?
9. Como você vê a Educação Permanente? Existe algum processo de Educação Permanente para os profissionais do NASF no município?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa “A Gestão do Cuidado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: análise das dimensões profissional e organizacional” desenvolvida pela mestranda Gerlane Holanda de Freitas, sob orientação do Prof. Dr. José Maria Guimarães Ximenes. O objetivo geral do estudo consiste em Compreender como se configura a gestão do cuidado nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em sua articulação com as Equipes de Saúde da Família. Caso você aceite participar da pesquisa, deverá conceder uma entrevista a pesquisadora, a qual deverá ser gravada por meio de gravador digital, que será utilizada apenas para os fins desta pesquisa. A sua participação não é obrigatória, não lhe acarretará custos financeiros, nem você receberá remuneração. Poderá, a qualquer momento, desistir da participação sem prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que estuda ou trabalha. Informamos que a presente pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados ao constrangimento/desconforto em responder aos questionamentos, os quais serão minimizados pela garantia de privacidade na realização da entrevista, anonimato, sigilo das informações e garantia de poder se retirar da pesquisa sem prejuízos. Os benefícios da pesquisa, mediante a sua participação, são indiretos e dizem respeito a fomentar a discussão crítica sobre a gestão do cuidado no NASF. Os resultados da pesquisa serão utilizados para confeccionar a dissertação da mestranda, requisito parcial, para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde. Serão divulgados na forma científica em congressos e periódicos científicos. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. Caso tenha compreendido e ACEITE participar voluntariamente da pesquisa, você deverá assinar este Termo de Consentimento, em duas vias, devendo receber uma cópia do mesmo e a outra fica com o pesquisador. Em caso de dúvidas ou desistência, poderá entrar em contato com a pesquisadora Gerlane Holanda de Freitas, pelo telefone (85) 996865526, ou com o Orientador Prof. José Maria Ximenes Guimarães, pelo telefone (85) 31019600. Em caso de dúvidas sobre questões éticas do estudo, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP da UECE, na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, e-mail cep@uece.br.

Maracanaú, _____, _____, 2016.

Participante

Pesquisador