



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MONALIZA FERNANDES DE OLIVEIRA BORBA

GESTÃO DO CUIDADO NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
ATENÇÃO BÁSICA: DIMENSÕES GERENCIAIS E TECNOASSISTENCIAIS

FORTALEZA - CEARÁ

2019

MONALIZA FERNANDES DE OLIVEIRA BORBA

GESTÃO DO CUIDADO NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
ATENÇÃO BÁSICA: DIMENSÕES GERENCIAIS E TECNOASSISTENCIAIS

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família do Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Estadual do Ceará,
como requisito parcial à obtenção do
título de mestre em Saúde da Família.
Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. José Maria Ximenes
Guimarães.

FORTALEZA - CEARÁ
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Borba, Monaliza Fernandes de Oliveira .

Gestão do cuidado no núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: dimensões gerenciais e tecnoassistenciais [recurso eletrônico] / Monaliza Fernandes de Oliveira Borba. - 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 91 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, 2019.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães.

1. Atenção primária à saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Assistência integral à saúde. I. Título.

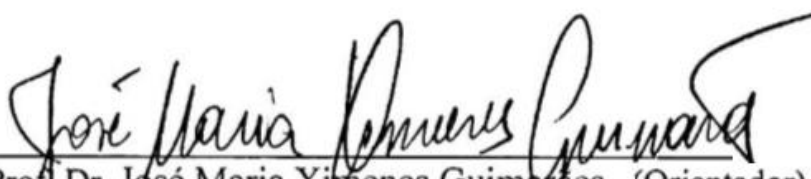
MONALIZA FERNANDES DE OLIVEIRA BORBA

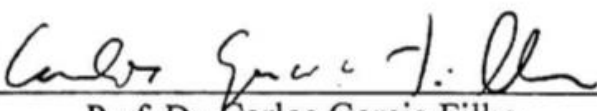
GESTÃO DO CUIDADO NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
ATENÇÃO BÁSICA: DIMENSÕES GERENCIAIS E TECNOASSISTENCIAIS

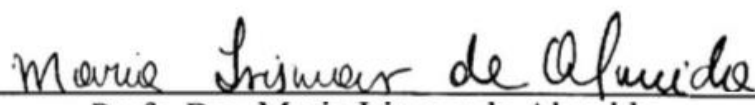
Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família do Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Estadual do Ceará,
como requisito parcial à obtenção do
título de mestre em Saúde da Família.
Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 31 de agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães - (Orientador)
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Prof. Dr. Carlos Garcia Filho
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Dedico este trabalho a Deus, razão da minha existência, sabedoria e força necessária durante todo este processo. E à minha mãe, que é meu exemplo de vida e a razão que me impulsiona a ser cada dia um ser humano e uma profissional melhor.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Luiza, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus familiares e amigos por torcerem por mim.

À minha prima Amanda, seu esposo, filhos e à Tia Josefa por me acolherem tão bem em seus lares nos dias de aulas presenciais e por torcerem sempre pelo meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu namorado, Edmar Neto, pelo seu incentivo e apoio constantes.

Aos amigos que o Mestrado me presenteou, representados aqui por Ianna, Elenice, Viviane, pelo compartilhamento de saberes que vão além da vida acadêmica e pelo apoio mútuo durante esta jornada.

À Universidade Estadual do Ceará - UECE, que me deu a oportunidade de cursar o Mestrado nesta renomada instituição. Ao seu corpo administrativo e seus colaboradores que nos acolheram sempre com muito carinho.

Ao meu orientador e amigo, Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães, pela oportunidade e confiança de me permitir participar e dar continuidade a uma das suas pesquisas; pela sua amizade, pelos seus ensinamentos acadêmicos e de vida, a minha gratidão!

A todos os mestres que se dedicaram a ensinar e compartilhar seus conhecimentos conosco.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte desta trajetória, o meu muito obrigada.

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem...”

(Guimarães Rosa)

RESUMO

O processo de Gestão do Cuidado abrange várias dimensões e inclui o uso de diversos arranjos, ferramentas e dispositivos na sua operacionalização. O objetivo deste estudo é compreender os processos de gestão do cuidado operados no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado no município de Maracanaú-Ceará. Participaram do estudo 12 profissionais vinculados a uma equipe de Nasf-AB, dos quais seis eram residentes da residência multiprofissional em saúde da família. O material empírico foi apreendido por meio de grupo focal e analisado com base na Análise de Conteúdo, modalidade temática. Foram respeitadas as diretrizes éticas que regulamentam a pesquisa com seres humanos. Os resultados apontaram que os profissionais associam a gestão do cuidado ao trabalho interprofissional e em rede, para atendimento às necessidades dos usuários, bem como ao processo de coordenação e oferta do cuidado, além do processo de construção da autonomia dos sujeitos frente às suas necessidades de saúde, porém, esses conceitos foram embasados em suas práticas e vivências do dia a dia, não considerando referenciais teórico-científicos. No processo de trabalho destas equipes houve a necessidade de (re)construção da identidade profissional, devido à formação deles ter sido voltada para o modelo hegemônico/biomédico e o cenário de atuação no Nasf requisitar outra metodologia de trabalho. No que se referem às suas práticas, estas equipes mobilizam recursos, articulam arranjos e/ou dispositivos/ferramentas para assegurar o cuidado integral, na busca pela resolubilidade da atenção. Contudo, não agem de forma intencional na operacionalização de estratégias de gestão do cuidado. Neste processo foram identificadas fragilidades como formação insuficiente para o agir no Nasf-AB, demanda excessiva, rotatividade de profissionais, incipiência no planejamento/monitoramento conjunto entre as equipes, déficit no estabelecimento de fluxos, dentre outros. Conclui-se, portanto, que é preciso implementar educação permanente para profissionais do Nasf-AB, o estabelecimento de fluxos de acesso, efetivação de dispositivos para planejamento e monitoramento das ações, dentre outras atividades que potencializem o processo de gestão do cuidado operado na atenção primária pela equipe Nasf-AB e equipes de referência.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Gestão em saúde. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT

The Care Management process encompasses several dimensions and includes the use of various arrangements, tools and devices in its operation. The aim of this study is to understand the care management processes operated at the Extended Family Health and Primary Care Center (Nasf-AB). This is a case study with a qualitative approach, conducted in the city of Maracanaú-Ceará. The study included 12 professionals linked to a Nasf-AB team, of which six were residents of the multiprofessional family health residency. The empirical material was seized through a focus group and analyzed based on Content Analysis, thematic modality. The ethical guidelines that regulate research with human beings were respected. The results showed that professionals associate care management with interprofessional and network work, to meet the needs of users, as well as the process of coordination and provision of care, as well as the process of building the autonomy of the subjects facing their needs. However, these concepts were based on their daily practices and experiences, not considering theoretical and scientific references. In the work process of these teams there was the need to (re)build of the professional identity, because their formation was focused on the hegemonic/biomedical model and the scenario of action in NASF requires another work methodology. Regarding their practices, these teams mobilize resources, articulate arrangements and/or devices/tools to ensure comprehensive care, in the search for resolvability of care. However, they do not act intentionally in the operationalization of care management strategies. In this process, weaknesses were identified as insufficient training to act in the NASF-AB, excessive demand, turnover of professionals, incipience in joint planning/monitoring between teams, deficit in establishing flows, among others. It is concluded, therefore, that it is necessary to implement permanent education for NASF-AB professionals, the establishment of access flows, implementation of devices for planning and monitoring of actions, among other activities that enhance the care management process operated in care by the Nasf-AB team and reference teams.

Keywords: Primary health care. Health management. Comprehensive health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Matriz de análise para gestão do cuidado no Nasf-AB de Maracanaú-CE.....	38
Quadro 2 – Caracterização dos profissionais participantes do estudo...	41
Quadro 3 – Categorias empíricas para análise dos dados.....	44
Quadro 4 – Concepções de Gestão do Cuidado dos profissionais do Nasf- AB.....	46
Quadro 5 – Síntese dos arranjos e/ou dispositivos e desafios operacionais para gestão do cuidado na prática dos profissionais do Nasf-AB Maracanaú-CE.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD1	Atenção Domiciliar modalidade 1
AD2	Atenção Domiciliar modalidade 2
AD3	Atenção Domiciliar modalidade 3
APS	Atenção Primária à Saúde
AVISA	Área de Vigilância em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CAPS INFANTIL	Centro de Atenção Psicossocial - Infantil
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
EqAB	Equipe da Atenção Básica
EqSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
ILP	Instituição de Longa Permanência
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	19
1.1	GERAL.....	19
1.2	ESPECÍFICOS.....	19
3	MARCO TEÓRICO.....	20
3.1	GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: DIMENSÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	20
3.2	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO NASF-AB: AMPLIANDO A RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	23
4	TRATAMENTO METODOLÓGICO.....	35
4.1	TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	35
4.2	MATRIZ DE ANÁLISE.....	36
4.3	CENÁRIO DO ESTUDO E PERÍODO.....	39
4.4	SUJEITOS DO ESTUDO.....	40
4.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	41
4.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	43
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
5.1	GESTÃO DO CUIDADO: CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO NASF-AB.....	46
5.2	ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NASF-AB: (RE)CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADES, SABERES E PRÁTICAS.....	51
5.2.1	A inserção no Nasf-AB e a (re)construção da identidade profissional.....	52
5.2.2	Saberes e práticas de cuidado no Nasf-AB.....	55
5.3	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NO NASF-AB: ARRANJOS, DISPOSITIVOS E DESAFIOS OPERACIONAIS.....	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	78

APÊNCICES.....	85
APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	86
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	87
ANEXO.....	88
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	89

1 INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS), aqui denominada Atenção Básica à Saúde, seguindo a tendência mundial estabelecida desde o final da década de 1970, é valorizada como estruturante na organização dos sistemas nacionais de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; CONILL, 2008). É porta de entrada privilegiada, cuja lógica de organização e funcionamento é fundamentada nos atributos delineados por Starfield (2002), como primeiro contato, base comunitária, abordagem familiar, vínculo, cuidado integral, responsabilização, coordenação do cuidado e longitudinalidade.

No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi instituída como modelo de atenção, sendo responsável pela reorganização da atenção básica (BRASIL, 2017). Assim, deve-se considerar a família como foco da atenção em determinado território social e organização do trabalho, dada a proposta de mudanças do modelo de atenção, baseada no trabalho em equipe multiprofissional, com vistas ao desenvolvimento de práticas mais resolutivas e integrais, assumindo como eixo condutor à vigilância à saúde (JORGE et al., 2007).

Porquanto, defende-se o argumento de que a vigilância à saúde foi concebida para orientar a reestruturação da lógica assistencial, que deve superar o modelo anterior, com intervenções voltadas para os cuidados individual e coletivo, orientando o uso de ferramentas da epidemiologia para pautar o desenvolvimento das ações de alcance coletivo (JORGE et al., 2007; TEIXEIRA, 2001).

Evidencia-se nas últimas décadas a expansão da ESF, com sinais evidentes de consolidação como modelo de atenção à saúde, expressos nos resultados positivos nos níveis de saúde da população, reconhecendo que ocorreu ampliação do acesso. Desse modo, a atenção básica à saúde constituiu-se o lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que necessitam, bem como se configura como produtora de valores de uso para milhões de brasileiros, o que justifica a sua defesa como uma conquista consolidada e aperfeiçoada (CECÍLIO et al., 2012).

Dessa maneira, na perspectiva de ampliar o escopo de ações e a resolubilidade das Equipes da Estratégia Saúde da Família (EqSF), o Ministério da Saúde (MS) implantou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

(BRASIL, 2008), posteriormente denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no contexto de reformulação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, o Nasf-AB representa uma proposta voltada à construção da integralidade do cuidado ao usuário na atenção básica, visto que, o perfil epidemiológico e as condições de vida da população no território demandou atenção à saúde por parte de categorias profissionais que não integravam a equipe mínima da ESF, refletindo limitações na produção do cuidado, justificando a inserção e a atuação de modo integrado de novos atores que propiciariam o apoio às ações desenvolvidas no cenário da APS (BRASIL, 2017).

A integralidade da atenção e do cuidado em saúde pode ser entendida não somente como uma diretriz do SUS, estabelecida legalmente. Com efeito, ela integra uma dimensão da imagem-objeto desse sistema sanitário, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas como desejáveis na produção do cuidado. Ela expressa, portanto, um conjunto de valores pelos quais se deve lutar, pois se relacionam a um ideal de sociedade com justiça social e democracia (MATTOS, 2007).

Dessa forma, a noção de integralidade, aqui adotada, relaciona-se a um conjunto de sentidos delimitados por Mattos (2007), os quais a situam no contexto das políticas, do sistema e das práticas de saúde mais justas. No primeiro, expressa a articulação de políticas públicas e programas governamentais propostos para resolver problemas de saúde ou de condições de vida da população com impacto nas condições de saúde, sobretudo na perspectiva de atuação intersetorial. No segundo, relaciona-se ao modo de organização de serviços de saúde integrados e articulados em rede, que assegurem o fluxo regular dos usuários e o acesso aos serviços em qualquer nível de atenção, superando a fragmentação do sistema de saúde. Por fim, aponta-se a integralidade no contexto das práticas de saúde comprometidas com o sujeito e suas necessidades de saúde.

Assim, a integralidade está relacionada ao conjunto de serviços executados pela equipe de saúde, na execução da política de saúde, que atendam às necessidades de saúde da população adscrita. Para tanto, requisita-se a adoção de estratégias e instrumentos de gestão do cuidado, capazes de responder às demandas dos usuários, considerando sua autonomia, favorecendo a materialização de práticas de saúde equânimes, resolutivas e de qualidade.

Destarte, o Nasf-AB é constituído por equipe multiprofissional, sob lógica de trabalho interdisciplinar, composta por diversas categorias profissionais da área da saúde, que vão atuar de forma complementar e integrada às equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família. O seu trabalho é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, organizado com base na integração com as EqSF, o que requisita cogeção dos processos de trabalho em saúde. Em relação ao fluxo de atendimentos, o Nasf-AB recebe a demanda advinda das Equipes da Atenção Básica (EqAB) para populações específicas (consultórios de rua, equipes ribeirinhas, etc) e/ou primordialmente das EqSF, não constituindo, assim, porta de entrada das Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2014). Desse modo, o Nasf-AB está vinculado às EqSF, sendo suas modalidades definidas pelo quantitativo de equipes vinculadas, articulado ao número de profissionais que o compõem, além da carga horária de trabalho normatizada pela PNAB.

Desde 2008, considerando a indução da esfera federal, observa-se crescimento do quantitativo de Nasf-AB implantados, avançando de 395 equipes naquele ano para 3797, em 2017. Atualmente, no Estado do Ceará são 227 equipes credenciadas, destas, seis no município de Maracanaú, segundo dados do Departamento de Atenção Básica - DAB, disponíveis na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, o que pode representar melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2018).

Contudo, ainda persistem desafios à consolidação da expansão e da sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família, incluindo-se o Nasf-AB, tanto no âmbito da atenção quanto da gestão, sobretudo se considerarmos a implantação das redes de atenção à saúde. Dessa maneira, verifica-se a dificuldade de atendimento da demanda espontânea e programada, de desenvolvimento de ações de alcance coletivo, de estabelecimento de vínculo e de responsabilização, de estabelecer estratégias de coordenação do cuidado que assegurem a longitudinalidade, que acabam por determinar fragilidades nos processos de gestão do cuidado e nos fluxos regulatórios dos usuários.

Nesse contexto, defende-se o argumento de que se faz necessária a compreensão e a implementação das ferramentas de Gestão do Cuidado no Nasf-AB, com vistas a qualificar as práticas de saúde, em articulação com as EqSF. A Gestão do Cuidado corresponde à disponibilização e ao uso das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades individuais das pessoas, no seu ciclo de

vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para um modo de vida com qualidade.

A gestão do cuidado em saúde perpassa por múltiplas dimensões (individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária), que possuem suas especificidades e múltiplas conexões entre si, produzindo uma complexa rede de possibilidades, mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores (CECÍLIO, 2011).

Com efeito, os processos de gestão do cuidado perpassam pelas decisões compartilhadas entre profissionais, gestores e usuários. Desta forma, faz-se necessário perceber que se trata também de um processo de cogestão no trabalho em saúde, pois se utiliza de relações dialógicas, horizontais, com compartilhamento de conhecimentos, de poder e apoio entre os sujeitos envolvidos na produção da saúde, em substituição à dominação institucional e as estratégias de controle antes prevalentes (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Este processo de relações dialógicas e construção coletiva entre gestores, profissionais e usuários constitui diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), objetivando produzir transformações nos modos de gerir e cuidar dos serviços de saúde, através do fortalecimento e implementação dos princípios do SUS, bem como o enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras, que inibem a autonomia e a corresponsabilização de profissionais e usuários no cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

Além disso, as práticas de humanização em saúde já estavam propostas desde o projeto da Reforma Sanitária, com o objetivo de proporcionar a qualidade do cuidado, o respeito ao usuário e aos trabalhadores da saúde (FERREIRA; ARTMANN, 2018). Nesse sentido, a humanização em saúde perpassa o escopo de ações propostas na PNH, e enquanto política de saúde se constrói com a indissociabilidade entre atenção e gestão e com transversalidade dos saberes subjacentes às práticas. Sendo assim, as direções de “como fazer” desta política se concretizam como “tecnologias relacionais” a serem materializadas no cotidiano dos serviços de saúde, pois é a partir da transformação dos modos dos sujeitos entrarem em inter-relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser modificadas e resolutivas (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

As considerações ora apresentadas, aliadas à reflexão sobre minha trajetória profissional como enfermeira na Atenção Básica, primeiro como residente multiprofissional em saúde da família e comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará, segundo como profissional da ESF, onde procuro trabalhar em parceria com o Nasf-AB, balizam meu entendimento de que na prática o vínculo, os processos de trabalho e de gestão entre Nasf-AB e EqSF ainda expressam fragmentação, resultante da dificuldade de implementar apoio matricial e gestão compartilhada, conforme estabelecido nas diretrizes da PNAB.

Ademais, enquanto discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Estadual do Ceará - UECE, permanecendo inserida no contexto da ESF, mantenho a atuação junto ao Nasf-AB, ampliando cotidianamente o olhar para o processo de trabalho que permeia o cuidado em saúde na atenção básica. Diante disso, surge o interesse em fortalecer esse processo de gestão do cuidado na AB, pois a qualidade e a resolubilidade do serviço prestado à população estão diretamente relacionadas a esse cuidado é gerido interdisciplinarmente, e as quais instrumentos são utilizados para potencializá-lo e garantir a integralidade dele.

Considerando este contexto advindo das práticas de trabalho, desenvolveu-se o interesse em eleger como objeto de estudo a gestão do cuidado no Nasf-AB. Assim, emergiram alguns questionamentos: Quais as concepções dos profissionais do Nasf-AB sobre gestão do cuidado? Como se dá a gestão do cuidado no processo de trabalho do Nasf-AB? Quais os desafios à implementação da gestão do cuidado no Nasf-AB?

Vislumbra-se que este estudo seja de grande relevância, visto que seus resultados poderão contribuir para o fomento desta prática por mais equipes de Nasf-AB/eSF/eAB, além de instigar profissionais a atuarem nessa perspectiva, ao facilitar a compreensão da gestão do cuidado como potencializadora da qualidade, integralidade e resolubilidade do cuidado prestado ao usuário, os principais dispositivos e tecnologias utilizados para sua efetivação, tal como poderá promover a identificação de ajustes necessários para seu fortalecimento enquanto processo de trabalho e, ainda, propiciar mais referenciais teóricos sobre o tema, ampliando o escopo dos estudos e servindo de base para novas pesquisas.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Compreender os processos de gestão do cuidado operados no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Analisar as concepções de gestão de cuidado dos profissionais do Nasf-AB;
- b) descrever os processos de gestão do cuidado operados no Nasf-AB;
- c) identificar os arranjos e dispositivos de gestão do cuidado implementados no Nasf-AB;
- d) identificar as principais dificuldades encontradas na execução dos processos gestão do cuidado no Nasf-AB.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: DIMENSÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

O cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias em saúde (duras, leve-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada usuário (GRABOIS, 2011).

Ao analisar as tecnologias em saúde, Merhy (2002) as classifica em: 1) tecnologias leves – referem-se às relações na produção do cuidado; 2) tecnologias leves-duras – saberes técnicos estruturados que operam no processo de trabalho em saúde; e, 3) tecnologias duras – abrangem o uso de instrumentos/equipamentos, normas e estruturas organizacionais.

Para tratar da gestão do cuidado é imprescindível, antes de tudo, que o cuidado seja percebido como expressão de direitos, de corresponsabilização pelo outro, de uso e oferta de diferentes combinações de tecnologias efetivas e adequadas a cada situação e como expressão de um trabalho de equipe, solidário e articulado (GRABOIS, 2011).

Pensar no cuidado efetivo, leva à necessidade de gerenciá-lo para garantir que o mesmo aconteça de forma a impactar positivamente a resposta às necessidades em saúde dos usuários. Portanto, define-se gestão do cuidado como sendo:

O provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz (CECÍLIO, 2011, p. 589).

A gestão do cuidado perpassa por múltiplas dimensões, todas elas inerentes entre si e cada uma com suas especificidades. Cecílio (2011) estabeleceu cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, descritas a seguir:

A **dimensão Individual** está no núcleo do processo e compreende o “cuidar de si”, no sentido de que cada indivíduo pode produzir um modo singular de “andar a vida”, com autonomia nos processos de autocuidado e de viver a vida de

forma mais plena; produzindo novas normatividades, novos modos de viver, baseando-se que enquanto estivermos vivos estaremos em produção, fazendo escolhas, produzindo nosso modo de viver, mesmo reconhecendo que há inúmeras forças, vetores e condições concretas de vida, que a depender da inserção de cada pessoa nos circuitos de produção e de consumo de determinada sociedade e em determinado momento histórico, se traduziria na conquista, em maior ou menor medida, de graus ampliados de autonomia, de processos de cuidar de si e de viver a vida de forma mais plena.

A **dimensão familiar** tem como seus atores privilegiados: pessoas da família, amigos e vizinhos que assumem importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas, sendo imprescindível considerar as relações existentes entre cuidadores e cuidados, que podem ser conflituosas em consequência da complexidade dos laços familiares, da sobrecarga de trabalho para os cuidadores, das exigências permanentes para a realização do cuidado, dentre outros fatores.

A **dimensão profissional** onde se dá o singular encontro trabalhador-usuário. É a dimensão em que ocorre a postura ética do trabalhador, como ele vê o paciente que necessita de seus cuidados; a competência técnico-científica com que opera seu fazer com maior ou menor domínio e a destreza na criação de um bom vínculo profissional-paciente.

A **dimensão organizacional** realiza-se nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho. Nesta dimensão, o foco é na organização do processo de trabalho, na definição de fluxos, regras de atendimento e na adoção de dispositivos que facilitam esse processo, como: agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação, dentre outros. Nessa proporção, a gestão do cuidado ocorre apenas quando por ação cooperativa de vários atores.

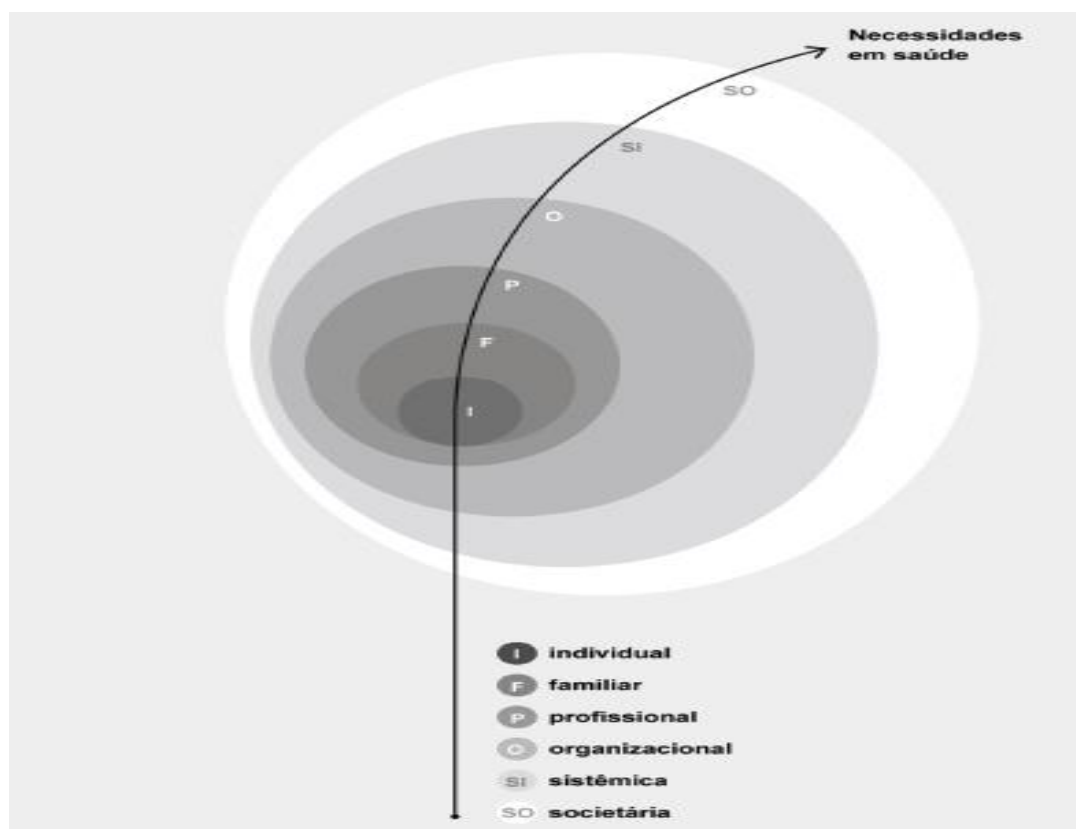
A **dimensão sistêmica** engloba a dimensão profissional e organizacional e representa a disposição da rede de cuidados que existe num determinado território, para propiciar a integralidade do cuidado. Esta dimensão abrange as conexões entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da construção do cuidado integral. Nesse sentido, propõe-se que gestores e pesquisadores da área trabalhem com conceitos mais flexíveis de redes de cuidado construídas a partir da ação de usuários, trabalhadores e gestores, considerando a complexidade e a multiplicidade de atores e movimentos envolvidos

nesta dimensão, deixando de lado a imagem de uma “pirâmide” constituída por serviços de complexidade crescente, interligados entre si através de processos formais de referência/contrarreferência, e compreendendo que o movimento real dos usuários no “sistema de saúde”, em particular, o modo como constroem itinerários terapêuticos escapam à racionalidade pretendida pelos gestores.

A **dimensão societária** aprecia como cada sociedade produz cidadania, direito à vida e ao acesso a toda forma de consumo que contribua para uma vida melhor; como em cada sociedade produzem-se as políticas públicas em geral, como se dá o papel do Estado na formulação e implementação de suas estratégias. É a dimensão do encontro da sociedade civil, em sua heterogeneidade, com o Estado, e a disputa de diferentes projetos societários que resultarão em melhores ou piores condições de vida para amplos extratos da população, sendo assim considerada a dimensão mais ampla da gestão do cuidado.

Na **figura 1**, as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde; e na **figura 2**, os elementos constituintes das várias dimensões da gestão do cuidado.

Figura 1 – As múltiplas dimensões do cuidado em saúde



Fonte: CECILIO, 2011.

Figura 2 – 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. Vinculos.
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: CECILIO, 2011.

3.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO NASF-AB: AMPLIANDO A RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

A APS pode ser compreendida como o conjunto de ações de saúde desenvolvidas em comunidade, no âmbito individual e coletivo, com vistas a coordenar a integralidade do cuidado mediante uma atenção integral que impacte na saúde e na determinação social do processo saúde-doença, trabalhando em equipe de forma multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a APS possibilita o atendimento a demandas gerais da população, abordando os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo porta de entrada e servindo de base para o trabalho de todos os outros níveis do sistema, além de atuar na prevenção, promoção, cura, reabilitação, maximização da saúde e do bem-estar da comunidade, o que corroboram com os seus atributos de primeiro contato, cuidado integral, responsabilização, coordenação do cuidado, longitudinalidade, abordagem familiar, dentre outros (STARFIELD, 2002).

Para tanto, sabe-se que diante da complexidade e variedade de demandas dos territórios, em muitas situações faz-se necessário o uso do apoio matricial e especializado de categorias profissionais diversas, que atuando de forma integrada e interdisciplinar fortaleçam o cuidado e reduzam a fragmentação das práticas, possibilitando a criação de vínculos profissionais/profissionais, profissionais/usuários, humanizando as práticas e potencializando a integralidade do cuidado ao usuário.

Diante dessas demandas, cujas resoluções transcendem o escopo de ações das ESF, o Ministério da Saúde instituiu o NASF, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, com o intuito de fortalecer a AB na gestão do cuidado e na ampliação da sua capacidade de resposta à maior parte dos problemas da população (BRASIL, 2008). O NASF, após a edição da nova PNAB passou a ser denominado Nasf-AB (BRASIL, 2017).

Conforme a PNAB, o Nasf-AB é compreendido como uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por diversas categorias profissionais da saúde, que irão atuar como apoio matricial, dando suporte clínico, sanitário e pedagógico às equipes que atuam na Atenção Básica (equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica), trabalhando interdisciplinarmente de forma horizontal na gestão do cuidado, compartilhando saberes e práticas, e com o objetivo comum de garantir a longitudinalidade e integralidade do cuidado à população (BRASIL, 2017).

As equipes do Nasf-AB, de acordo com regulamentação vigente, são classificadas em três modalidades, tomando-se como parâmetro para sua definição a carga horária dos profissionais que a compõem e o quantitativo de EqSF a que se vincula. Assim, tem-se: Nasf-AB tipo 1 – pode ser vinculado de 5 a 9 EqSF e/ou EqAB para populações específicas (equipe de consultório de rua -eCR, equipe ribeirinha e fluvial); Nasf-AB tipo 2, vincula-se a 3 ou 4 EqSF e/ou EqAB para populações específicas; e, Nasf-AB tipo 3, vincula-se de 1 a 2 EqSF. No referente à carga horária profissional, na modalidade 1 a somatória da carga horária dos profissionais deve ser no mínimo de 200h/s (horas semanais), cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h/s e, no máximo, 80h/s. Na modalidade 2, somatória de, no mínimo, 120h/s, cada ocupação, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h/s. Na modalidade 3, somatória de, no mínimo, 80h/s e cada ocupação, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal (BRASIL, 2014).

No que concerne à composição do Nasf-AB, estabelece-se que deve ser definida com base nas necessidades do território e de autonomia do gestor local, podendo compor essas equipes qualquer ocupação do Código Brasileiro de Ocupações - CBO da área da saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2014).

O Nasf-AB opera como apoio, portanto, não se constitui como porta de entrada do sistema de saúde. Assim, não possui unidades físicas independentes ou especiais, sendo suas atividades desenvolvidas com base nas demandas advindas do trabalho conjunto com as EqSF e EqAB, podendo ocorrer em diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias, sempre num processo integrado e regulado pela AB (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

A organização do trabalho das equipes do Nasf-AB deve ser orientada pelas diretrizes da Atenção Básica com o objetivo comum de produzir cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e de acordo com as necessidades, dificuldades ou limites das equipes de Atenção Básica diante das demandas de saúde do território, fortalecendo a integralidade, humanização, gestão do cuidado aos usuários, cogestão dos processos de trabalho e, conseqüentemente, a resolubilidade da atenção primária (BRASIL, 2014).

A longitudinalidade como uma das diretrizes da AB que orientam o trabalho do Nasf-AB, refere-se à continuidade do cuidado, que envolve a construção de vínculo e a responsabilização de profissionais e usuários de forma continuada ao longo do tempo, com acompanhamento das intervenções em saúde e seus efeitos, assim como dos elementos constituintes da vida das pessoas que interferem em seu processo saúde-doença (BRASIL, 2017). Nesse sentido, para que a longitudinalidade do cuidado seja efetivada, é preciso perpassar o trabalho em equipe e a construção de vínculos, fazendo-se necessário, também, estar próximo à população, conhecendo e reconhecendo suas potencialidades, limites, riscos e

vulnerabilidades, que serão fatores complementares no planejamento e intervenção das ações em saúde.

Ainda em referência ao processo de trabalho do Nasf-AB é importante pontuar que a sua função de apoio não exclui a operacionalização do apoio institucional e do apoio à gestão, pois há diversas faces do exercício do apoio em ato. Dessa forma, o Nasf-AB atua em várias dimensões que se articulam em diversos momentos em coerência com as necessidades do território e da equipe, entre elas estão: a dimensão clínico-assistencial que trata da ação clínica direta aos usuários de forma individual ou coletiva e a dimensão técnico-pedagógica que se dedica ao apoio educativo com e para as equipes (MOURA; LUZIO, 2014).

Independentemente da dimensão, se técnico-pedagógica ou clínico-assistencial, as ações desenvolvidas pelo Nasf-AB em articulação com as EqSF devem ser orientadas pela integralidade do cuidado, a qual pode ser compreendida em três dimensões, que de acordo com Mattos (2007) são: a) apoio às práticas em saúde nos territórios, com garantia de cuidado longitudinal baseado nas necessidades de saúde da população, objetivando superar a fragmentação dos processos de cuidar; b) gestão das práticas de saúde integrando ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde e cura, humanização dos serviços e educação permanente; e c) garantia de acesso às redes de atenção conforme as necessidades dos sujeitos, por meio da organização do sistema de saúde.

Para garantir a integralidade, faz-se necessário que ocorram mudanças na produção do cuidado em todos os níveis assistenciais, principalmente na rede básica, pois uma maior resolutividade da assistência prestada em nível das Unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas e exames de maior complexidade, propiciando a otimização dos recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários (FRANCO; JUNIOR, 2004). Na AB, onde ocorre a coordenação do cuidado, é necessário realizar mudanças neste processo, pois a prática ainda reflete o modelo biologicista no qual muitos pacientes buscam constantemente exames de maior complexidade, mesmo sem apresentar real necessidade, por não valorizarem condutas preventivas e/ou de promoção da saúde.

Nessa busca constante de fortalecer a integralidade da atenção à saúde e à resolutividade na rede básica, faz-se necessário compreender que estes princípios estão ligados ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário e ao

significado que se dá a relação profissional/usuário, pois, o sujeito que chega ao serviço traz consigo um problema de saúde, mas também uma certa subjetividade, uma história de vida, que são determinantes do seu processo saúde-doença (FRANCO; JUNIOR, 2004).

No âmbito da sua articulação com as EqSF destaca-se que o Nasf-AB organiza suas ações por meio de arranjos e dispositivos gerenciais e assistenciais que permitem a gestão do cuidado no território, tais como: apoio matricial, cogestão, Projeto Terapêutico Singular (PTS) (CAMPOS, 2007; CAMPOS, 2007). A operacionalidade destes requer atuação transversal e, ao mesmo tempo, compartilhada com as equipes de referência no território.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, oferecendo tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Como as EqSF e/ou EqAB não possuem profissionais suficientes no sentido da variedade de profissões para dar resposta à maior parte das demandas do território, e considerando que estas demandas estão cada dia mais amplas, as equipes de apoio matricial vêm para dar esse suporte e fortalecer/ampliar a capacidade resolutiva das EqSF e/ou EqAB.

Pesquisas realizadas por Campos (2007a) descrevem que a equipe de referência é aquela que, a partir de um trabalho interdisciplinar, realiza as intervenções e conduz o processo terapêutico, tendo como exemplo a Estratégia Saúde da Família; e a equipe de apoio é aquela que, com um conhecimento especializado, fornece os fundamentos para tais intervenções.

Apoio matricial e equipe de referência na gestão do trabalho em saúde, objetivam ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e possibilitar a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Dessa forma, o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode compartilhar saberes e contribuir na construção de intervenções que aumentem a capacidade da equipe de referência em resolver os problemas de saúde da sua população (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Essas equipes trabalham de forma integrada e transdisciplinar, com um olhar ampliado para o indivíduo não o fragmentando em partes onde cada especialidade cuida da sua, mas, sim, todos os profissionais atuam juntos, compartilhando saberes em prol da integralidade e da humanização do cuidado em saúde.

Para que o apoio matricial se efetive é necessário o estabelecimento desse contato entre referência e apoiadores, que pode dar-se mediante a combinação de encontros periódicos e regulares entre equipe de referência e apoiador matricial, para discussão de casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência, bem como para elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos, ou ainda, além desses encontros, em casos imprevistos e urgentes, o profissional de referência pode acionar o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente solicitando algum tipo de intervenção ao apoiador (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Assim, é possível compreender que essa dinâmica possibilita ordenar a relação entre os níveis hierárquicos do sistema, tal como facilitar a comunicação e integração de equipes de saúde da família e especialistas, ou mesmo entre distintas especialidades e profissões de saúde que trabalhem em um mesmo serviço, hospital ou centro de referência, na busca constante de promover um cuidado integral, longitudinal e em rede.

No que concerne a esta metodologia de atuação do Nasf-AB, ela contrapõe-se ao modelo de atenção convencional biologicista, curativista, individual e fragmentado, pois propõe um trabalho que avança em direção à corresponsabilização e cogestão do cuidado, mediante a realização de atendimentos compartilhados com a EqSF, considerando as singularidades dos sujeitos e a sua coparticipação neste processo (MACEDO et al., 2016).

A cogestão do cuidado neste sentido, é apontada como uma forma de gestão participativa, a qual busca garantir que a participação social não se restrinja às instâncias formalizadas, mas que faça parte da rotina dos serviços, possibilitando a construção de mudanças nos modos de gerir as práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. Ela inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde, incluindo a participação de trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde em um pacto de corresponsabilidade (MORI; OLIVEIRA, 2009). Este processo torna os sujeitos ainda mais corresponsáveis por sua saúde ao perpassar a capacidade para o autocuidado, acrescentando, assim, contribuições nas tomadas de decisões coletivas que contribuem no seu processo de cuidado.

Outra ferramenta/dispositivo que facilita a dinâmica de trabalho entre equipes de referência e apoio matricial, contribuindo com o processo de gestão do cuidado em saúde é o Projeto Terapêutico Singular, que é definido por Campo e Guerrero (2008) como um instrumento de organização e sistematização do cuidado em saúde, que tem como objetivo traçar estratégias de intervenções para o usuário, levando em consideração um conjunto de fatores, como os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito, aprofundando a discussão clínica multiprofissional sobre o problema ao envolver todas as partes no processo, proporcionando um planejamento minucioso do cuidado, junto ao usuário, família e profissionais.

O PTS pode ser desenvolvido para indivíduos, grupos ou famílias, focando sempre na singularidade, nas “diferenças” como elementos centrais de articulação, concebendo que não há algo que possa ser usado por todos, no mesmo momento, da mesma forma e que terá o mesmo resultado, mas, que ao refletir sobre cada caso, será possível uma atuação de acordo com as especificidades do sujeito, grupo ou família (LINASSI et al., 2011). Essas características tornam o PTS um instrumento de grande valia para o cuidado em saúde, visto que, indivíduos com a mesma patologia, mas que estão inseridos em contextos distintos, apresentam determinantes e condicionantes em saúde singulares, que precisam ser trabalhados de forma individual.

A pactuação do cuidado no PTS é compartilhada mediante a identificação conjunta das necessidades de saúde, discussão do diagnóstico, definição de metas e escolha dos responsáveis pelas ações, buscando o aumento da eficácia dos tratamentos, pelo fortalecimento dos vínculos, ampliação da comunicação e corresponsabilização dos sujeitos (OLIVEIRA, 2010). Na realização do PTS é imprescindível a participação de profissionais da equipe de referência, os quais participarão e serão “referência” durante todo o processo de cuidado e, sempre que necessário, de profissionais das equipes de apoio, bem como de profissionais de outros dispositivos da RAS, para uma melhor condução dos casos e maior resolubilidade das demandas identificadas.

Através do PTS consegue-se potencializar a intervenção dos trabalhadores de saúde, na medida em que se busca ampliar o trabalho já existente, aprimorando estratégias para produzir saúde e fortalecer a relação entre a tríade: trabalhadores, usuários e gestão, pois se considera que todas as opiniões

são importantes para ajudar a entender o sujeito doente e sua relação com a doença e para definição de propostas de ações mais resolutivas (LINASSI et al., 2011).

Trabalhos realizados por Cunha (2005) relataram que para a elaboração do PTS é necessário o seguimento das seguintes fases: “diagnóstico”, com ótica diferenciada sobre os aspectos biopsicossociais do indivíduo e no contexto que ele está inserido; “definição de metas”, definição do plano de cuidados em uma linha de tempo de gestão da clínica, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o sujeito doente; “divisão de responsabilidades e tarefas” entre os componentes da equipe de referência e apoio, assim como do indivíduo e da família e a “reavaliação”, extremamente necessária, pois perpassa todas as fases, permitindo readequação sempre que necessário.

Tanto para realização do PTS quanto para outras formas de planejamento do cuidado em saúde, as ferramentas/instrumentos como genograma e ecomapa facilitam o processo.

O genograma organiza os dados referentes à família e seus processos relacionais, permitindo a visualização rápida e abrangente da organização familiar e suas principais características, constituindo um mapa relacional com registro de dados relevantes ao caso, que contribuem para a análise da estrutura da família, sua composição, problemas de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade. Retrata ainda a história familiar (com os constituintes de pelo menos três gerações do paciente identificado), sua estrutura, funcionamento, relações e conflitos entre os membros, representando esse histórico por meio de símbolos (PEREIRA et al., 2009).

O ecomapa costuma ser utilizado em associação ao genograma tanto para fins diagnósticos, quanto em planejamento de ações em saúde, por ser um instrumento de avaliação familiar bastante útil no mapeamento de redes, apoios sociais, constituição e dinâmicas relacionais da família com a comunidade. Esse instrumento também representa os dados graficamente, demonstrando facilmente as interações da família com pessoas, instituições ou grupos sociais em determinado momento e conectando as circunstâncias ao meio ambiente (PEREIRA et al., 2009).

Além dos dispositivos/ferramentas citados acima, o processo de trabalho do Nasf-AB contribui para o fortalecimento e uso das tecnologias leves (tecnologias das relações) e leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) na produção do cuidado em saúde, por meio do uso de metodologias transversais. Nascimento e Oliveira (2010) apontaram que os modos de atuar e suas metodologias ditas transversais não são específicas de nenhum núcleo profissional, e que podem ampliar a resolubilidade da atenção Básica à Saúde, por meio da realização de grupos, construção do PTS, atendimento individual compartilhado, dentre outros.

O trabalho com “grupos” compreende um conjunto de práticas grupais que constituem uma alternativa para as práticas assistenciais e um importante recurso no cuidado aos usuários da Atenção Básica. Há diversas modalidades de grupos, tais como: grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos voltados para pacientes com determinadas patologias (hipertensão, diabetes etc.) ou para determinadas fases da vida (idosos, gestantes etc.), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato), grupos de medicação, grupos terapêuticos, dentre outros, que constituem uma possibilidade criativa de intervir no processo saúde-doença dos indivíduos (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). Essa estratégia de atendimento coletivo abrange um maior número de pacientes, contribuindo, muitas vezes, com a resolubilidade de algumas demandas que o atendimento individual iria requerer mais tempo para resolver.

A prática grupal, além de contribuir para dar conta da demanda, propicia também a socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes, construção de projetos coletivos e, através da sua principal estratégia, que é a educação em saúde, promove o empoderamento, desenvolvimento da autonomia, participação e corresponsabilização dos pacientes no seu processo de cuidado (BRASIL, 2014). A metodologia de trabalho utilizada está diretamente relacionada com o sucesso do grupo, pois quando são utilizadas metodologias que abordam os temas de forma a garantir a participação e a troca de saberes, sem a hierarquização e/ou a supremacia do saber profissional, é favorecida uma maior compreensão dos temas e, principalmente, a apreensão dos sujeitos como coparticipantes e corresponsáveis pelo seu processo saúde-adoecimento-cura.

Em se tratando do atendimento, assistência e visita domiciliar, que também fazem parte das metodologias transversais do cuidado em saúde, é importante conhecer suas particularidades e quais os profissionais têm essas atividades incluídas nas suas atribuições.

A realização da visita domiciliar (VD), bem como o atendimento em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes no território, é atribuição comum a todos os profissionais que atuam nas equipes de atenção básica, conforme preconiza a PNAB 2017, que traz a necessidade de que essa ação ocorra nos territórios de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas (BRASIL, 2017). Nesse sentido, o Nasf-AB também realiza VD, sendo estas para atendimento terapêutico individual, tal como para ações de promoção, prevenção e/ou reabilitação da saúde.

A atenção/assistência domiciliar à saúde propõe inserir os profissionais de saúde na comunidade e, principalmente, no domicílio, onde é possível o profissional visualizar o contexto de interações, relações, modos de vida, considerando o contexto domiciliar das famílias como determinantes do cuidado em saúde. Embora a atenção domiciliar e a assistência domiciliar à saúde sejam atividades com aspectos em comum, elas apresentam particularidades que as diferenciam na prática (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A atenção domiciliar à saúde envolve as ações educativas de promoção à saúde, prevenção de agravos, manutenção da saúde, orientações, demonstrações de técnicas a serem desempenhados pelo paciente ou pelo seu cuidador, assim como execução de procedimentos pela equipe multiprofissional no domicílio, que fortaleçam a recuperação do usuário já acometido por algum agravo (LACERDA et al., 2006).

A assistência domiciliar à saúde é uma categoria da atenção domiciliar que pode ser também denominada atendimento ou cuidado domiciliar. Ela constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio, que podem ser efetivadas pela visita ou internação domiciliar, envolvendo, assim, atividades que vão desde educação e prevenção à recuperação e à manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares no contexto de suas residências (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A Atenção Domiciliar é organizada em três modalidades segundo preconiza a Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3). Na AD1 os responsáveis pela assistência são as equipes de atenção básica apoiada pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação, que englobam atendimento a pacientes com problemas de saúde controlados/compensados, que necessitam de cuidados de menor complexidade e que apresentam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS. Na AD2 e AD3 os cuidados serão realizados por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) que atenderão pacientes com necessidade de cuidados mais complexos (BRASIL, 2013).

Na AD1, os profissionais das EqSF e/ou EqAB em conjunto com o Nasf-AB, identificam os casos que necessitam de VD e planejam o atendimento, articulando os profissionais necessários para atenção/cuidado às demandas dos pacientes, no intuito sempre de promover a integralidade do cuidado ao usuário.

O cuidado domiciliar, em particular a visita domiciliar (VD), podem expressar novas formas de cuidado, transpondo as práticas institucionalizadas das unidades tradicionais de atenção básica, estabelecendo vínculos e aproximações com os usuários e suas famílias, bem como interagindo com os espaços-domicílios. A VD deve ser realizada sistematicamente pela ESF, tornando-se um momento especial de troca de saberes e de estabelecimento de relações de confiança, considerando riscos e vulnerabilidades, fazendo com que haja, na prática, uma atuação mais proativa das equipes, no cuidado e na efetivação de um maior protagonismo por parte dos usuários e suas famílias (GRABOIS, 2011). A VD possibilita, ainda, uma análise mais minuciosa da situação de saúde por propiciar o reconhecimento de fatores no cenário de vida e nas relações familiares que interferem diretamente na saúde dos sujeitos.

Outra metodologia/ferramenta transversal e de uso frequente na rotina dos profissionais do Nasf-AB é a consulta/atendimento compartilhado, a qual constitui uma intervenção que promove o contato pessoal entre equipe de apoio e usuário, oportunizando momentos de discussão sobre o caso antes e após o atendimento. Durante a consulta, normalmente estão presentes pelo menos um integrante da equipe de Saúde da Família e um do núcleo de apoio, além do

paciente e/ou seus familiares. Quanto à ferramenta conhecida como atendimento individual específico, embora esta não seja o foco de trabalho do Nasf-AB, pode ser utilizada quando identificada a necessidade do território/família/indivíduo e a partir de pactuações com as EqSF e/ou EqAB (BRASIL, 2014).

Contextualiza-se, então, que o processo de trabalho do Nasf-AB é amplo e abrange como público-alvo tanto os usuários quanto os profissionais, objetivando ampliar a capacidade de cuidado das equipes de referência, tal como promover maior resolubilidade das demandas em saúde da população, articulando, para isso, um conjunto de ferramentas, instrumentos, metodologias e ações que favoreçam este processo.

4 TRATAMENTO METODOLÓGICO

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Este estudo integra o projeto de 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. Neste recorte elegeu-se como objeto de análise as concepções e as práticas gerenciais e tecnoassistenciais operadas na Gestão do Cuidado no Nasf-AB.

Para tanto, delineou-se um estudo de caso único, com abordagem qualitativa. Entende-se o estudo de caso como um desenho de investigação empírica, que permite abordar 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).

Esse desenho de estudo permite ao pesquisador 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).

Destaca-se, ainda, a oportunidade de observar diretamente o fenômeno estudado, o que põe em evidência o contexto em que uma ação ocorre, o rumo de um processo em curso e a possibilidade dessa técnica permitir um exame detalhado de processos organizacionais e relacionais, conhecendo os fatores que interferem em determinados processos e apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes, possibilitando comparações (MINAYO, 2010).

Desse modo, considera-se que a abordagem qualitativa permite incorporar a dimensão dos sentidos e dos significados, também, a intencionalidade dos participantes como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construtos humanos significativos (MINAYO, 2010). Por isso, entende-se que os diferentes atores envolvidos com os processos de gestão do cuidado no Nasf-AB, podem se constituir em seus processos de trabalho como sujeitos de transformação,

mediante a operacionalização de tecnologias e metodologias que contribuam para efetivar as diretrizes do Nasf-AB e ampliar a resolubilidade da Estratégia Saúde da Família.

Com efeito, ao se realizar estudos acerca de fenômenos sociais, a abordagem qualitativa é apontada por Serapioni (2000) como a mais adequada, pois tem a capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito. Desse modo, possibilita a descoberta de novos nexos e explicações de significados, apta a apreender os aspectos subjetivos, raramente aparentes na realidade.

4.2 MATRIZ DE ANÁLISE

Para operacionalização deste estudo foi construída uma matriz de análise (quadro 1), com base no referencial teórico e nos dados empíricos advindos do campo. Para esta matriz foram eleitas as dimensões profissional e organizacional da gestão do cuidado, e selecionadas as seguintes subdimensões: competência técnica, ética do cuidado, longitudinalidade, cogestão, apoio matricial, oferta, fluxo de atendimento, trabalho em equipe e planejamento/avaliação do serviço.

Na **dimensão profissional** que se refere ao encontro profissional-usuário, abordou-se:

Subdimensão Competência Técnica, que se relaciona com a capacidade que o profissional tem dentro do seu núcleo específico de formação e, por meio de experiências anteriores, de dar resolução aos problemas vividos pelo usuário (CECÍLIO, 2011).

Subdimensão Ética do Cuidado, que se refere à postura ética do profissional, à capacidade e à maneira com que o profissional mobiliza tudo que sabe, os recursos disponíveis e tudo que se pode fazer dentro das condições reais de trabalho, para atender de forma satisfatória às necessidades dos usuários (CECÍLIO 2011).

Subdimensão Longitudinalidade do Cuidado, que condiz com uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, promovendo o vínculo dos usuários/comunidade com os profissionais que os atendem, criando uma relação refletida em fortes laços interpessoais e de cooperação mútua entre eles (STARFIELD (2002).

Na **dimensão organizacional** que está relacionada ao serviço, foram eleitos aspectos das diretrizes do trabalho do Nasf-AB que implicam no modo de atuação no serviço e no território, elegendo-se, assim, as seguintes subdimensões:

Subdimensão Trabalho em equipe, que de acordo com Araújo e Rocha (2007) surgiu a partir da necessidade do homem de somar forças e saberes para atingir objetivos de maneira mais fácil e de forma a atender às demandas do mundo moderno, considerando que o trabalho em equipe está diretamente relacionado ao processo de trabalho e às suas transformações ao longo do tempo.

Subdimensão Apoio matricial na qual, além de ser um modo/dispositivo para organização do trabalho interprofissional, pode ser compreendido também como arranjo organizacional, a partir do qual se trabalha eminentemente com a função apoio (OLIVEIRA; CAMPOS 2015).

Subdimensão Cogestão, a qual embasa o processo de reforma das organizações de saúde, ao estabelecer relações dialógicas, espaço de deliberações, compartilhamento de conhecimentos e de poder, num processo que envolve gestores, trabalhadores e usuários (CAMPOS et al., 2014).

Subdimensão Oferta, a qual está dentre os motivos para criação do Nasf-AB, por possibilitar a ampliação do escopo de oferta “cardápio de ações/serviços” da atenção básica, para aumentar a capacidade de cuidado das equipes apoiadas ao agregar sua intervenção direta em ações individuais ou coletivas, que incluem tanto as de dimensão clínica e sanitária, quanto a pedagógica, como: discussões de casos, atendimentos individuais e compartilhados com as equipes, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, educação permanente, intervenções no território e em outros espaços da comunidade, visitas domiciliares, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outras (BRASIL, 2014).

Subdimensão fluxo de atendimento, a qual foi eleita por relacionar-se com o acesso, considerando que, em tese, o Nasf-AB não deve receber demanda espontânea, sendo a sua demanda advinda do trabalho em equipe com as EqSF e/ou EqAB, por meio da identificação das necessidades da população adstrita (BRASIL, 2014).

Subdimensão Planejamento/Avaliação do serviço a qual foi eleita no intuito de verificar como se dá o processo de planejamento dessas equipes e como elas realizam monitoramento dos casos por eles acompanhados.

Dentro dessas dimensões, considerando o referencial teórico e o seu campo empírico, foram eleitos os indicadores de análise que serão explorados no decorrer do estudo.

Quadro 1 – Matriz de análise para gestão do cuidado no Nasf-AB de Maracanaú-CE

DIMENSÃO DA GESTÃO DO CUIDADO	SUBDIMENSÕES/ COMPONENTES	INDICADORES/ CRITÉRIOS
Profissional	Competência técnica	✓ Resolubilidade ✓ Formação ✓ Conhecimentos sobre gestão do cuidado/trabalho no NASF ✓ Identidade profissional no NASF
	Ética do cuidado	✓ Postura frente às necessidades de saúde/recursos utilizados
	Longitudinalidade	✓ Vínculo ✓
Organizacional	Cogestão	✓ Integração com a ESF ✓ Planejamento das ações
	Apoio matricial	✓ Referência e contra referência de casos ✓ Agenda de discussão de casos com a ESF
	Oferta	✓ atendimentos individuais/atendimentos coletivos ✓ Projeto Terapêutico Singular (PTS)
	Fluxo de atendimento	✓ Acesso/regulação
	Trabalho em equipe	✓ Reuniões de equipe ✓ Ações compartilhadas
	Planejamento/avaliação do serviço	✓ Reuniões de planejamento e construção de agendas ✓ Avaliação/monitoramento da resolubilidade do serviço ✓ Divisão das tarefas

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 CENÁRIO DO ESTUDO E PERÍODO

A pesquisa foi realizada no município de Maracanaú-Ceará, polo industrial cearense, situado a 22 km da capital, é o segundo município de maior Produto Interno Bruto - PIB do Estado do Ceará, perdendo apenas para Fortaleza, contendo uma população de, aproximadamente, 224.804 habitantes (MARACANAÚ, 2017).

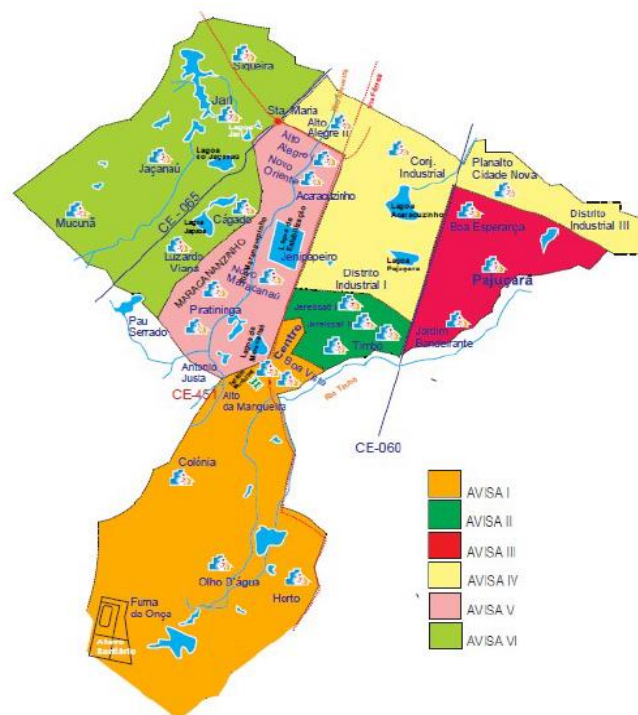
O Sistema Local de Saúde é organizado com base em divisão político-sanitária, por meio da qual foram constituídos seis Áreas de Vigilância Sanitária - AVISA (figura 3), que tem a responsabilidade pela execução das ações de saúde em território de abrangência. A atenção básica foi implantada no município 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.

Na rede de atenção básica à saúde, existem 29 Unidades de Saúde da Família, onde atuam 56 EqSF, 2 equipes multiprofissionais de saúde indígena, 39 equipes de saúde bucal e 7 equipes de Nasf-AB. As sete equipes de Nasf-AB são compostas por profissionais de formações variadas, dentre eles: Fisioterapeutas, Nutricionistas, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Farmacêuticos, Médico Veterinário, Assistente Social e Fonoaudiólogo (MARACANAÚ, 2017).

Atualmente, as AVISA contam com 66 médicos, 75 enfermeiros, 48 dentistas e 292 ACS, dentre outros profissionais (MARACANAÚ, 2017).

A cobertura da ESF no município é de 87% à população, sendo as equipes distribuídas por AVISA, que consistem em territórios geograficamente delimitados pela Secretaria Municipal de Saúde para facilitar e descentralizar a gestão. Destarte, no momento da pesquisa o município contava com uma equipe de Nasf-AB por AVISA (MARACANAÚ, 2017).

Figura 3 – Mapa de Maracanaú, por área de Vigilância à Saúde – AVISA



Fonte: Maracanaú, 2017.

No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, o município possui 03 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, sendo um CAPS geral, um CAPS álcool e outras drogas e um CAPS infanto-juvenil.

No processo de definição do caso para estudo, a eleição recaiu sobre a equipe de Nasf-AB que atendeu aos seguintes critérios: equipe completa com maior quantidade de profissionais, cobertura de maior número de EqSF e que dispunha de profissionais com mais tempo de trabalho no Nasf-AB do município. Ademais, contou com profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde. Assim, a equipe integrante desse estudo foi o Nasf-AB atuante na AVISA 2.

4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Considerando que todos os profissionais que atuam no Nasf-AB estão implicados com o processo de gestão do cuidado, a amostra qualitativa do estudo foi composta por informantes-chave, ou seja, os profissionais que integravam a equipe do Nasf-AB. Desse modo, todos os profissionais foram incluídos na amostra

qualitativa, sendo excluídos aqueles não estiveram presentes no momento da coleta de dados.

Com efeito, a pesquisa contou com 12 participantes, caracterizados no quadro 2. Dentre eles, 06 são profissionais efetivos da equipe, com atuação desde 2009, e os demais são residentes na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, atuantes no território sob responsabilidade do Nasf-AB inserido no estudo.

Quadro 2 – Caracterização dos profissionais participantes do estudo

PARTICIPANTE	FAIXA ETÁRIA	SEXO	PROFISSÃO	ESPECIALIZAÇÃO
P1	Entre 30 - 40 anos	F	Farmacêutica	Sim
P2	Entre 20 - 30 anos	F	Psicóloga	Não
P3	Entre 30 - 40 anos	M	Médico Veterinário	Sim
P4	Entre 40 - 50 anos	M	Fisioterapeuta	Sim
P5	Entre 20 - 30 anos	F	Nutricionista	Não
P6	Entre 20 - 30 anos	F	Assistente Social	Não
P7	Entre 40 - 50 anos	F	Assistente Social	Sim
P8	Entre 50 - 60 anos	F	Nutricionista	Sim
P9	Entre 30 - 40 anos	F	Assistente Social	Sim
P10	Entre 30 - 40 anos	F	Fisioterapeuta	Sim
P11	Entre 30 - 40 anos	F	Fisioterapeuta	Sim
P12	Entre 30 - 40 anos	F	Terapeuta Ocupacional	Sim

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A apreensão do material empírico foi viabilizada por meio de grupo focal, operado com base em roteiro norteador com perguntas abertas sobre o fenômeno sob análise – a gestão do cuidado em saúde. De modo complementar, foi utilizado o diário de campo, que permitiu o registro das informações relacionadas à dinâmica e ao comportamento dos profissionais, bem como as impressões dos pesquisadores.

Destaca-se que, um importante fator que influenciou na escolha do grupo focal, 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.

Para direcionar o grupo focal, foi construído um roteiro com perguntas relacionadas à gestão do cuidado. O principal valor dessa técnica está na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. Portanto, o grupo focal foi utilizado para destacar a pesquisa, formular questões mais precisas, assim como complementar conhecimentos e percepções do grupo sobre o assunto da pesquisa (MINAYO, 2010).

Do ponto de vista operacional, o grupo focal foi previamente agendado, com mediação da coordenação do Nasf-AB, que liberou os profissionais das atividades laborais no território e disponibilizou o auditório da Secretaria Municipal de Saúde para sua realização. O grupo foi conduzido por dois pesquisadores, sendo que um moderou a discussão dos participantes, enquanto o outro ficou encarregado de observar e registrar os aspectos relacionados ao comportamento dos participantes e à dinâmica do grupo. Dada a complexidade do fenômeno e a quantidade de participantes, o grupo teve a duração de 1h50min. Para assegurar a qualidade do registro e a fidedignidade das informações, todas as falas foram audiogravadas em gravador digital de voz. Posteriormente, procedeu-se a transcrição literal do conteúdo.

O diário de campo foi muito útil nesta pesquisa, pois, de acordo com Minayo (2010) 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, podem ser registradas também as possíveis dificuldades encontradas, as contribuições sugeridas, entre outras percepções, comportando-se como um diário de pesquisa.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

A organização e análise do material apreendido foram realizadas de forma reflexiva, com base na análise de conteúdo temática, que seguem os seguintes passos operacionais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (MINAYO, 2010).

Primeira Etapa: nesta etapa, que corresponde à ordenação dos dados, foi realizada leitura flutuante do material transcrito procedente do grupo focal. Sendo assim, procurou-se retomar a escuta do material audiogravado, uma vez que a pesquisadora não participou do processo de coleta de dados. Nesse sentido, esse processo foi importante para ampliar a capacidade de compreensão do texto e do contexto, com vistas a assegurar o aprofundamento da análise. Posteriormente, foram organizadas as diferentes informações do grupo focal, na perspectiva de mapear as distintas dimensões de análise propostas neste estudo.

Segunda Etapa: corresponde ao processo de classificação do material empírico. Para tanto, tomou-se como base os objetivos do estudo e a matriz de análise adotada (Quadro 1). Assim, desenvolveram-se as seguintes fases:

1ª fase: Foi realizada a classificação dos dados empíricos. Esse processo permitiu a identificação dos núcleos de sentido das falas, articulando as dimensões, subdimensões e indicadores eleitos na matriz de análise. Assim, elegeu-se a frase como unidade de registro, as quais foram destacadas e classificadas.

2ª fase: O entrecruzamento dos distintos núcleos de sentido, tal como sua articulação com as dimensões eleitas na matriz de análise, permitiu a estruturação das categorias analíticas, conforme demonstrado no quadro 3.

Quadro 3 – Categorias analíticas

Categorias	Dimensão de Análise	Subdimensão	Evidências empíricas (falas)											
			P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12
Concepções de Gestão do cuidado	Profissional	---												
Atuação dos profissionais do Nasf-AB: (re)construção de identidades, saberes e práticas	Profissional	Competência técnica												
		Ética do cuidado												
		Longitudinalidade												
Organização das práticas dos profissionais do Nasf-AB/Dimensão organizacional	Organizacional	Trabalho em equipe												
		Apoio matricial												
		Cogestão												
		Oferta												
		Fluxo de atendimento												
		Planejamento/ Avaliação do serviço												

Fonte: Elaborado pela autora.

Terceira Etapa: Foi realizado o tratamento dos resultados em busca das inferências e interpretações, num dinâmico processo de reflexão sobre o material, buscando 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 desvendá-lo das ideologias que podem existir e não se apresentar com a devida clareza.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo as diretrizes éticas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), o protocolo de investigação foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, que emitiu decisão favorável, expressa no Parecer nº 1.876.254.

Destaca-se que foi assegurado aos participantes esclarecimentos quanto aos riscos e possíveis benefícios do estudo, privacidade na coleta de dados, garantia de confidencialidade das informações e anonimato de suas identidades, além de liberdade para se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sobretudo na precisão de risco e/ou danos à sua integridade.

Por fim, todos os participantes manifestaram sua aquiescência em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), o qual foi apresentado em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o pesquisado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 GESTÃO DO CUIDADO: CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO NASF-AB

Nesta seção, a análise recai sobre as concepções de gestão do cuidado subjacentes ao agir dos profissionais do NASF-AB circunscrita na dimensão profissional, que dada sua relevância, neste estudo optou-se por abordá-la numa categoria própria.

Com base nas falas, evidencia-se que a maioria dos profissionais do Nasf-AB Maracanaú, associam a gestão do cuidado a um modo de organização da produção do cuidado, numa perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar, ao integrar saberes e práticas de diversas categorias profissionais, ampliando o olhar para as necessidades dos sujeitos, não limitando as ações ao controle/cura da doença em si, mas considerando o indivíduo em suas múltiplas dimensões, cujo processo saúde-doença-cuidado é influenciado por sua história de vida e por seu contexto socioeconômico e cultural.

Nesse sentido, foi possível identificar as concepções de gestão do cuidado subjacentes à prática dos profissionais do NASF-AB, conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 – Concepções de Gestão do cuidado dos profissionais do Nasf-AB

(continua)

Concepção de gestão do cuidado	Evidência empírica
Trabalho em equipe para atendimento às necessidades de saúde dos usuários;	A gestão do cuidado pra mim tem essa abrangência [...] eu tenho que ter a capacidade de conseguir convergir se não for dentro da minha área de atuação[...] trazer para aquele usuário o atendimento ou observação de outro profissional[...] tem que ter comunicação muito boa[...] pra poder direcionar aquela necessidade[...] (P4)
Integralidade e trabalho em rede	[...]Me lembra muito aquele cuidado mais abrangente em que engloba a equipe multi, que engloba todos os setores da saúde[...] olhar o usuário como um todo [...] (P5)

Quadro 4 – Concepções de Gestão do cuidado dos profissionais do Nasf-AB

(conclusão)

Concepção de gestão do cuidado	Evidência empírica
Coordenação do cuidado	Quando me fala em gestão do cuidado me remete muito mais a esse gerenciador desse cuidado [...] Nasf como gerenciador desse cuidado [...] coordenação desse cuidado[...] a gente tem total autonomia e conhecimento para conduzir o caso do usuário [...] (P10)
Organização de oferta de cuidado (ações e serviços) pela equipe.	“[...] São as formas como você vai levar aquele cuidado ao usuário e à comunidade [...] (P3)
Corresponsabilização e construção de autonomia do sujeito.	[...] levar o usuário a ser corresponsável por ele mesmo [...] (P7)

Fonte: Elaborado pela autora.

A gestão do cuidado foi apontada por alguns profissionais como sendo a capacidade deles de apreenderem as necessidades em saúde dos usuários e de se organizarem enquanto equipe para atender/resolver essas necessidades, reconhecendo que em algum momento o saber do núcleo profissional poderá se tornar limitado diante das demandas apresentadas, fazendo-se necessária a atuação profissional além do seu núcleo próprio de saber, ao considerar também um campo de atuação interdisciplinar, no qual o profissional tenha a aptidão para o trabalho interprofissional, articulando-se com outras categorias profissionais, para que na perspectiva da gestão do cuidado se possa alcançar o objetivo de atender às necessidades de saúde dos usuários.

Há uma convergência de ideias entre alguns participantes no que condiz ao trabalho em equipe como ponto crucial para se fazer gestão do cuidado, remetendo à necessidade de que equipes consigam atuar interdisciplinarmente, superando os limites individuais de cada profissão, considerando que os saberes se complementam e que faz-se necessário a articulação de diferentes núcleos profissionais numa perspectiva de atender às necessidades de saúde identificadas.

Quanto às necessidades de saúde, Cecílio (2009) as aborda em quatro grandes conjuntos, são eles: necessidade de ter “boas condições de vida”, ressaltando que os modos de vida se traduzem em diferentes necessidades de saúde; necessidade de ter acesso e poder usufruir acordo com as necessidades

singulares de cada sujeito, de toda tecnologia de saúde (leve, dura e leve-dura) capaz de melhorar e prolongar a vida; necessidade da criação de vínculos (a)efetivos entre usuário/equipe/profissional, com o estabelecimento de uma relação de confiança longitudinal no tempo; o quarto e último conjunto diz respeito à necessidade de cada sujeito ter graus crescentes de autonomia no seu modo de viver, implicando na possibilidade de reconstrução dos sentidos de sua vida e na luta pela satisfação de suas necessidades da forma mais ampla possível.

No sentido de atuar interdisciplinarmente diante das necessidades de saúde do usuário, é importante compreender a diferença e a relação entre núcleo e campo, visto que, em muitas situações o núcleo de saber não será suficiente para atender às demandas em saúde, e deverá articular-se com o campo para atingir o objetivo esperado. Campos (2000) retrata que o núcleo é um espaço de junção de saberes e práticas, compondo um certo núcleo profissional e disciplinar; e o campo, um espaço amplo de limites imprecisos, no qual cada disciplina e profissão busca apoio em outras para desenvolver suas tarefas teóricas e práticas. Para ele, núcleo e campo são mutantes e se interinfluenciam, não sendo possível determinar limites precisos entre eles.

Para além desse atendimento multi e interprofissional, a gestão do cuidado foi associada à integralidade do cuidado, englobando a intersectorialidade e o trabalho em rede. Essa ideia é reforçada quando o profissional cita “olhar o usuário como um todo”, levando a inferir que a gestão do cuidado envolve um conjunto de dispositivos e tecnologias em saúde, gerenciados por uma gama de profissionais que ao atuarem em conjunto possibilitam a realização de uma atenção integral ao usuário, ofertando um cuidado singular e articulado com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantia de um cuidado integral e resolutivo.

No âmbito da saúde coletiva, a integralidade compreende uma gama de conceitos e práticas, que não resume-se a um princípio do SUS, noção ou conceito coletivo, mas que abrange o ato de olhar para o sujeito-usuário, considerando as diversas dimensões do viver humano, suas singularidades, o espaço no qual está inserido, bem como os aspectos objetivos e subjetivos da vida desse sujeito (VIEGAS; PENNA, 2015).

A integralidade, para além de uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, perpassa por vários sentidos, que segundo Mattos (2009) incluem: integralidade como um traço da boa Medicina, que condiz ao encontro

profissional/usuário e a superação da visão reducionista e fragmentária desse profissional para com o sujeito e suas necessidades de saúde; integralidade como modo de organizar as práticas, ou seja, emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, atuando em uma busca também contínua, de apreender e dar respostas às necessidades de saúde de uma determinada população; e Integralidade e políticas especiais que expressam a incumbência do governo de responder a certos problemas de saúde pública através de políticas que não fragmentem os sujeitos e/ou suas patologias, e que incorpore nessa resposta tanto as possibilidades de prevenção, quanto as de assistência.

Esses sentidos coadunam com a definição de integralidade trazida por Mendes (2011), que refere a ela como sendo o conjunto de serviços ofertados pela equipe de saúde, incluindo ações de promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças e agravos, cura, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e cuidados que ampliam a autonomia dos sujeitos, sendo estas planejadas de acordo com as necessidades biopsicossociais da população adscrita, encadeando o uso de diversas tecnologias de cuidado e de gestão para estes fins, bem como para garantia da oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde.

Além disso, a gestão do cuidado também foi trazida por alguns profissionais como o ato de gerenciar/coordenar o cuidado. A fala representativa deste achado remete a duas dimensões da gestão do cuidado, são elas: dimensão organizacional, quando cita “Nasf como gerenciador desse cuidado”, “coordenação desse cuidado”; e a dimensão profissional, quando aponta “autonomia e conhecimento para conduzir o caso do usuário”. Porém, esta fala apresenta um confronto entre a percepção do profissional sobre seu papel enquanto equipe no processo de gestão do cuidado e o que rege na portaria do Nasf-AB e na PNAB, pois, embora o Nasf faça parte do processo de gestão do cuidado junto à EqSF e à EqAB, ele não é porta de entrada do sistema de saúde, tal como não coordena o cuidado, nem a rede de atenção à saúde, portanto não tem autonomia para conduzir e coordenar o cuidado, este é um atributo/diretriz da APS, que no contexto brasileiro, em tese, deve ser implementado pela EqSF que é a ordenadora da rede.

Corroborando o exposto acima, Mendes (2011) destaca que a Atenção Primária deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, responsável por coordenar o cuidado e ordenar as ações e

serviços disponibilizados na rede, tendo a ESF como sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS.

A coordenação do cuidado é essencial para que a função de primeiro contato da APS não se torne uma função puramente administrativa, para isso, ela propõe a elaboração, acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, além de articular, também, outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais para uma atenção integral. E a ordenação da rede, dispõe sobre reconhecer e organizar as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, para que o planejamento das ações e a programação dos serviços de saúde sejam realizados a partir das necessidades identificadas (STARFIELD, 2002).

Pautando esse processo de programação dos serviços de saúde, alguns profissionais trazem a gestão do cuidado associada à capacidade da equipe em relação à oferta de ações e serviços de saúde, assim como a maneira como a equipe se organiza neste processo, considerando os responsáveis pela execução, as divisões de tarefas, o modo como vão operacionalizar o cuidado, observando, da mesma forma, a capacidade e a organização do serviço em termos de estrutura e funcionamento e os tipos de ações desenvolvidas (individuais e/ou coletivas), vislumbrando, para isso, que o Nasf-AB se organize de acordo com a necessidade do usuário/comunidade.

As concepções de gestão do cuidado abordadas, anteriormente, associam-se a duas dimensões da gestão do cuidado apontadas por Cecílio (2011), são elas: dimensão profissional, que se dá no encontro profissional/usuário e é regida por três elementos principais que determinam a capacidade em maior ou menor grau de se produzir um bom cuidado (competência técnica profissional, postura ética do profissional e da capacidade de construir vínculos com os usuários), e a dimensão organizacional, que é marcada pela divisão técnica e social do trabalho, trabalho em equipe, atividades de coordenação, comunicação e gerência e pela necessidade da ação cooperativa de vários atores, sendo este um fator determinante para a gestão do cuidado nesta dimensão.

A gestão do cuidado foi vinculada, ainda, ao processo de construção de autonomia do usuário, quando foi trazida a ideia de que a equipe, utilizando dispositivos e tecnologias em saúde, que respeitem o protagonismo do usuário, direcione esse indivíduo a ser corresponsável pelo seu processo de cuidado, sendo necessário, por esse motivo, o desenvolvimento de autonomia para a realização/colaboração das práticas de cuidado.

A autonomia, em seu sentido mais amplo, refere-se à capacidade do sujeito de imprimir orientação às suas ações, por si mesmo e com independência, sendo comum a utilização desse termo referindo-se ao indivíduo, às instituições e à comunidade (SANT'ANA, 2009)

Essa concepção de gestão do cuidado relacionada ao processo de construção de autonomia e corresponsabilização do indivíduo, corrobora com a dimensão individual da gestão do cuidado trazida por Cecílio (2011), a qual, aponta como características o ato de “cuidar de si” e a capacidade que cada sujeito tem de produzir um modo singular de viver, envolvendo escolhas que influenciam diretamente seu processo saúde-doença-cuidado.

Pode-se concluir, portanto, que os profissionais participantes deste estudo têm compreensão adequada sobre o que é a gestão do cuidado, e que as concepções por eles apresentadas, perpassam por algumas das múltiplas dimensões da gestão do cuidado, são elas: dimensão individual, profissional e organizacional, cada uma com suas especificidades, porém, em constante inter-relação, contribuindo para o alcance do objetivo maior que é responder, de forma positiva, às necessidades de saúde identificadas, dando resolutividade às demandas existentes, tal como confluindo para a promoção do bem-estar, autonomia, e qualidade de vida dos sujeitos/comunidade.

5.2 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NASF-AB: (RE)CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADES, SABERES E PRÁTICAS

Os resultados inerentes a esta categoria, estão circunscritos na dimensão profissional da gestão do cuidado, que segundo Cecílio (2011) abrange o encontro profissional-usuário e nucleia o território da micropolítica em saúde, ou seja, das relações entre os vários atores organizacionais, em um campo marcado por disputas, acordos, coalizões, afetos e atravessado por relações de poder na

produção do cuidado. Essa dimensão é constituída por três elementos principais que determinam a capacidade de produzir um bom cuidado, são eles: a competência técnica do profissional; a postura ética do profissional; e a capacidade de construir vínculo com o usuário.

Compreendendo-se que a atuação dos profissionais envolve um conjunto de saberes e práticas que estão circunscritos na dimensão profissional da gestão do cuidado, nesta categoria foram demarcadas as subdimensões: competência técnica, ética do cuidado e longitudinalidade do cuidado, que serão exploradas a seguir.

5.2.1 A inserção no NASF-AB e a (re)construção da identidade profissional

A implantação do Nasf-AB é algo recente e grande parte dos profissionais que atuam neste serviço não foi formada para atuar com a metodologia de trabalho proposta. Apesar de o País estar vivendo um processo de mudança na formação em saúde, esta ainda é fortemente marcada pelo modelo hegemônico, biomédico, no qual a maioria dos profissionais da saúde foi formada para atuar no tratamento, cura e reabilitação, sendo assim, mais voltados para as atenções secundária e terciária.

Esse transpor de profissionais para o Nasf-AB, como por exemplo, os fisioterapeutas que atuavam predominantemente em hospitais e/ou clínicas, desterritorializou esses trabalhadores ao ponto de, no início da atuação no Nasf-AB, eles não sentirem total segurança quanto ao que fazer no cenário de trabalho, pois se depararam com uma discrepância entre o que eles sabiam e estavam qualificados para fazer, e o cuidado que esse campo estava requisitando que eles desenvolvessem, além do mais, isto mobilizou a questão identitária desses profissionais, ao redirecionar a gestão do trabalho e o modelo de atenção, tencionando o agir profissional para a construção de uma identidade com esse campo novo.

Conforme o exposto acima, é possível associar as questões relativas ao déficit formativo voltado para o trabalho no Nasf-AB e a (re)construção da identidade profissional à competência técnica. Fleury e Fleury (2001) trazem a noção de competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, fundamentados na inteligência e na personalidade das pessoas para produzirem um alto desempenho, ou seja, é percebida como o estoque de recursos que o indivíduo detém para resolver situações-problema.

No que concerne à formação e à identidade profissional dos componentes do Nasf-AB, as falas a seguir apresentam aspectos que permeiam/influenciam a prática deles.

Sou egressa da residência, antes da residência eu nunca tinha trabalhado no NASF [...] eu não sabia o que era o NASF [...] (P8).

[...] Foi bem sem saber o que era NASF quando a gente chegou aqui há 7 anos atrás, a gente não sabia o que era NASf ainda [...] A inserção da gente foi assim sabe, toma que o filho é teu [...] (P12)

Os achados apontam aspectos relacionados à escassez no processo de graduação no que se refere à formação profissional voltada para o trabalho no Nasf-AB, pois se evidenciou, que a maioria dos participantes não sabia o que era o Nasf-AB antes de iniciarem suas atividades, ou antes, de adentrarem a residência multiprofissional em saúde da família e da comunidade.

Estudos realizados por Moura e Luzio (2014) nos leva a inferir que umas das explicações para o déficit na formação dos profissionais no que concerne ao Nasf-AB é o fato deste programa ser recente e ainda estar em construção, exigindo dos profissionais, usuários e pesquisadores uma constante reflexão sobre seu desenvolvimento e constante acesso e estudo aos documentos do Ministério da Saúde, por exemplo: a Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, o Caderno de Diretrizes do NASF e a Oficina de Qualificação do NASF.

Pode-se inferir, portanto, que uma formação adequada para os profissionais, abrangendo conhecimentos sobre a atenção primária à saúde, sobre o Nasf-AB, seu referencial teórico metodológico, atribuições dos profissionais, dentre outros, favorece o processo de gestão do cuidado, pois, esses conhecimentos prévios possibilitam aos profissionais uma atuação mais efetiva ao fomentar o trabalho multiprofissional, a utilização dos diversos dispositivos e tecnologias em saúde disponíveis, o planejamento e atuação conjunta com a EqSF, dentre outros aspectos fundamentais para o processo de trabalho no Nasf-AB.

As seguintes falas corroboram com o exposto acima, ao tratar da importância da formação adequada voltada para o Nasf-AB no que se refere à realização de boas práticas de cuidado, por isso, foi citada a experiência vivenciada no processo formativo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará.

A inserção no NASF foi a partir da residência, nós tivemos uma formação disparadora na ESP, que nos norteou, tanto essa questão de disparo das agendas, como os quatro apoios que são do NASF, apoio matricial, assistencial, institucional e outro que eu esqueci agora [...] (P6).

Percebe-se, assim, que os profissionais do Nasf-AB que são residentes ou egressos da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade, apresentam maior segurança para desempenharem suas funções no Nasf-AB, devido ao processo de formação recebido, no qual, há instrução teórico/prática adequada, permitindo aos residentes atuarem com maior propriedade na atenção primária à saúde, perpassando por todo o processo de trabalho da ESF e Nasf-AB. Esses profissionais trazem em suas falas pontos importantes para um planejamento estratégico de ações, que buscam potencializar a saúde da comunidade adstrita e fomentar a resolubilidade das demandas advindas do território.

Em relação à (re)construção de identidade profissional no Nasf-AB, as falas apontam para a necessidade de se (re)inventar, se adaptar para um novo modo de produzir saúde, como demonstrado a seguir:

Eu cheguei logo no início da implantação do NASF, eu venho de experiência na saúde, mas em hospital, então para mim o NASF foi uma experiência totalmente nova [...] (P7).

[...] Ainda é muito difícil o profissional se consolidar como profissional da atenção básica, as práticas mais técnicas de reabilitação, ainda tem muito essa visão por parte dos outros profissionais, do fisioterapeuta reabilitador [...] (P10).

Sou egressa da residência, eu nunca tinha trabalhado no NASF, mas eu acho que o NASF foi feito pra mim... É a nutrição que eu acredito, a nutrição que o NASF faz [...] eu nunca percebi a nutrição como as demandas de corpo perfeito, não, eu sempre vinculava com saúde mesmo [...] (P8).

As falas apontam para a necessidade que muitos trabalhadores se depararam de ter que se reinventarem enquanto profissionais e de (re)construírem suas identidades para atuação no Nasf-AB, visto que, muitos vieram de um modelo de formação curativista e individual, voltada para o tratamento de doenças e reabilitação, como por exemplo, o profissional fisioterapeuta formado inicialmente para uma lógica de trabalho clínico e de reabilitação, o psicólogo formado para clínica e psicanálise, dentre outros, que de repente se veem em meio à necessidade de atuação comunitária, pautada na metodologia e diretrizes de trabalho do Nasf, que são embasadas numa lógica de atenção integral focada nas ações de cunho

coletivo e voltadas, principalmente, para a promoção da saúde, embora englobem também ações assistenciais.

Há, ainda, um relato que representa o encontro com a sua verdadeira identidade profissional no Nasf-AB, como quando é citado “Eu acho que o Nasf foi feito pra mim”, demonstrando que a construção da identidade é processual, perpassando pela graduação, especialização, até a efetivação enquanto trabalhador do Nasf, e que ela, embora não soubesse o que era Nasf antes de adentrar a residência multiprofissional, já tinha uma identidade voltada para ações coletivas, de promoção da saúde, e que a partir do processo formativo recebido na residência foi fortalecida ainda mais a identidade profissional que já vinha sendo construída.

Oliveira (2011) traz, em seus estudos, que a identidade profissional é resultante de um processo de formação que pode ser confirmado ou modificado ao longo do exercício profissional, por sofrer influência do contexto social, econômico e atual do trabalho e das características/comportamentos profissionais específicos que podem modificar-se ao longo das experiências posteriores. Silva e Pinto (2018) corroboram com Oliveira ao apontar que no processo de construção/reconstrução da identidade faz-se necessário considerar o contexto em que os profissionais estão inseridos, sua formação, trajetória, bem como a finalidade e a direcionalidade de suas práticas.

5.2.2 Saberes e práticas de cuidado no NASF-AB

Ainda no que concerne à competência técnica, porém agora relacionando-a aos saberes e práticas de cuidado, identificou-se o indicador resolubilidade, conforme apresentam as falas a seguir:

Quando os casos chegam que eles podem ser resolvidos por nós mesmos e pelas EqSF da unidade a gente consegue ter boas resoluções, mas quando passa para outros setores aí já vem aquele a questão das relações pessoais, eu por exemplo já passei vários casos para o centro de controle de zoonose e eu não obtive resposta e até hoje não está resolvido [...] (P3).

[...] Eu vejo a questão da resolução nos grupos eu acho excelente [...] (P4).

[...] Se a gente filmasse essa pessoa quando ela chegou no grupo e filmasse hoje, é totalmente diferente a postura da pessoa, como ela se relaciona com a alimentação e o que é qualidade de vida para ela [...] (P8).

As falas apontam que a equipe do Nasf-AB, enquanto produtora de cuidado, consegue promover maior resolubilidade quando o espectro de ações engloba apenas a EqSF e o Nasf-AB, pois, refere dificuldades na articulação com outros pontos da rede.

Alguns participantes referem, ainda, o poder de resolubilidade das ações do Nasf-AB, enfatizando as ações de cunho coletivo (grupos de educação em saúde) como estratégias que potencializam a construção da autonomia dos sujeitos, para produzirem hábitos de vida mais saudáveis, consequentemente potencializando o espectro de resolubilidade das ações executadas, o que se complementa em diversos relatos, que trazem a visão dos grupos de educação em saúde como uma possibilidade de responder satisfatoriamente às necessidades identificadas cujo atendimento no âmbito individual não daria respostas tão satisfatórias devido à grande demanda.

Turrini et al. (2008), consideraram a resolutividade como sendo uma resposta positiva que o serviço/equipe oferta ao usuário que busca atendimento às suas necessidades de saúde, envolvendo não apenas o tratamento de doenças, mas, também, a promoção, prevenção, reabilitação da saúde, assim como, o alívio ou a minimização do sofrimento através de ações realizadas no próprio serviço ou ainda em articulação com outros níveis de atenção.

Em relação à ética profissional, identificou-se o indicador de postura frente às necessidades de saúde/recursos mobilizados, conforme abordado nas seguintes falas:

[...] A nutrição, dentro dessa área do cuidado, ela tenta desmistificar que comer saudável não é caro [...]. Aí vai com o usuário ao supermercado pra ensinar verificar corretamente os produtos que está comprando [...] E aí a nutrição cria um grupo de educação para a alimentação saudável, porque sabe que a mudança de estilo de vida não é tão simples (P8).

[...] A fisioterapia também faz um *link* junto com o paciente com hanseníase, que a gente faz os testes de prevenção de incapacidades e acompanha junto à equipe [...] (P11).

Os achados abordam a ética profissional do cuidado, ao revelar que dentre o rol de ações do Nasf-AB são articulados meios para promover a autonomia e o empoderamento dos usuários, inclusive com atividades práticas desenvolvidas no território, para que as pessoas tenham maior compreensão das temáticas abordadas, demonstrando isso ao citar a ação de “ ir com o usuário até um

supermercado pra ensinar ele”, bem como, “criar um grupo” de educação em saúde para orientações sobre estilo de vida saudável, considerando as condições socioeconômicas dos sujeitos e o contexto real no qual estão inseridos, aspectos estes que revelam a postura do profissional ao buscar estratégias e mobilizar recursos do território para atender às demandas da população.

Alguns participantes fortalecem a ideia de ética do cuidado ao apontarem mais uma estratégia dos profissionais na busca de potencializar o cuidado prestado ao usuário, que é o atendimento compartilhado, quando por exemplo, a equipe Nasf-AB participa junto com a EqSF no acompanhamento de pacientes com hanseníase e na realização dos testes de prevenção de incapacidades realizados na rotina de tratamento desses pacientes.

Concernente à subdimensão longitudinalidade do cuidado, pode-se dizer que ela é marcada pela capacidade de construção de vínculos entre profissionais e usuários. Nas falas apresentadas a seguir, é possível observar aspectos dessa longitudinalidade na prática dos profissionais do Nasf-AB:

[...] O que segura o grupo é vínculo, se você conseguir fazer um vínculo com aquele grupo ele fica fidedigno, fixo [...] (P12).

[...] Eu vejo muito esse vínculo, tipo quando a gente vai dar a alta né, eles vêm com todas as queixas do mundo porque eles não querem, eles têm essa dependência psicológica do terapeuta [...] (P2).

[...] Tem pessoa que chega para conversar, para tirar dúvida de saúde porque sabe que o fisioterapeuta está lá, então chega para tirar dúvidas do seu cotidiano e dúvidas de saúde. Eu acho que o vínculo da gente é muito forte [...] (P4).

Percebe-se que os profissionais compreendem a importância da construção de vínculo entre profissionais e usuários para o fortalecimento e a manutenção dos grupos de educação em saúde, demonstrando que há uma associação entre vínculo e atividades em grupo, no sentido que o grupo fortalece o vínculo entre profissionais-usuários, bem como o vínculo promove a assiduidade e a participação efetiva dos usuários, consolidando assim o grupo.

Alguns participantes relatam sobre o vínculo profissional-usuário desenvolvido durante o atendimento individual, destacando, inclusive, que algumas vezes encontram dificuldades em dar alta ao paciente, visto que, o vínculo torna-se tão forte que alguns usuários negam-se a receber alta, mesmo não apresentando mais a necessidade de saúde que justifique aquele atendimento.

As ideias se complementam quando os profissionais reiteram quão válida é a construção de vínculo entre o cuidador e o receptor do cuidado, posto que, seu desenvolvimento tanto nos atendimentos de cunho individual quanto coletivo, possibilitam ao usuário sentirem-se acolhidos para o diálogo aberto, esclarecimento de dúvidas com estabelecimento de relação de confiança e ajuda mútua.

Diante do exposto nesta categoria de estudo, foi possível identificar que os profissionais participantes ofertam, em suas práticas, ações que estão preconizadas nas diretrizes do Nasf-AB, ao referirem desenvolvimento de ações individuais, coletivas, ações na Unidade Básica de Saúde - UBS e extramuro, visitas domiciliares e atendimentos compartilhados, objetivando sempre serem resolutivos em relação às necessidades de saúde da população.

Os resultados desta categoria também apontam a existência de desafios operacionais para a prática dos profissionais do Nasf-AB, sendo concernente à dimensão profissional da gestão do cuidado, o desafio identificado foi a formação deficitária voltada para o trabalho no Nasf-AB, resultando em maior tempo para atuação em conformidade com o preconizado na portaria, devido à necessidade de adaptação à metodologia de trabalho do Nasf-AB que, até então, era desconhecida pela maioria dos profissionais.

5.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NO NASF-AB: ARRANJOS, DISPOSITIVOS E DESAFIOS OPERACIONAIS

Nesta seção a análise está centrada na dimensão organizacional da gestão do cuidado e nas diretrizes do Nasf-AB. Cecílio (2011) aponta que a dimensão organizacional se realiza nos serviços de saúde e é caracterizada pela organização do processo de trabalho, definição de fluxos e regras de atendimento, evidenciando elementos, como: trabalho em equipe, coordenação, comunicação, gerenciamento, apoiando-se no uso e compartilhamento de dispositivos pelos profissionais (agendas, reuniões de equipes, protocolos etc.) que facilitam a organização do trabalho.

O quadro 5 apresenta sucintamente as subdimensões, indicadores, arranjos e/ou dispositivos para gestão do cuidado identificados na prática dos profissionais do Nasf-AB, tal como os seus desafios operacionais.

Quadro 5 – Síntese dos arranjos e/ou dispositivos e desafios operacionais para gestão do cuidado na prática dos profissionais do Nasf-AB Maracanaú-CE

SUBDIMENSÃO	ARRANJOS E/OU DISPOSITIVOS (INDICADORES)	DESAFIOS OPERACIONAIS (INDICADORES)
Trabalho em equipe	• Reuniões de equipe • Reuniões da RAS e rede de apoio • Atendimento compartilhado	• Rotatividade de profissionais
Apoio matricial	• Discussão e estudo de caso • Apoio matricial, clínico-assistencial e técnico-pedagógico	• Reuniões de matriciamento exclusivas para saúde mental
Cogestão	• Roda de gestão	• Gestores não sensibilizados • Não liberação dos profissionais para participarem das rodas de gestão
Oferta	• Agendas • Grupos de educação em saúde/grupos terapêuticos • Visita domiciliar • PTS • Atendimento compartilhado	• Definição aleatória dos profissionais que participarão do PTS • Construção individual das agendas • Demanda excessiva
Fluxo de atendimento	• Acolhimento • Referência e contrarreferência • Fila de espera	• Fragilidade da ordenação pela EqSF • Demandas advindas de outros pontos da rede ou diretamente dos usuários • Demanda excessiva • Gerenciamento da fila de espera • Déficit na contrarreferência
Planejamento/Avaliação do serviço	• Reuniões de equipe • Agendas • Fichas de avaliação • Prontuário	• Planejamento conjunto incipiente • Comunicação frágil para compartilhamento de necessidades

Fonte: Elaborado pela autora.

Subdimensão: Trabalho em equipe

No que concerne ao trabalho em equipe, foi identificado no processo de trabalho do Nasf-AB, que esses profissionais sinalizam ações que funcionam como dispositivos para a gestão do cuidado no que concerne à organização das práticas, sendo estas, reuniões de equipe Nasf-AB e EqSF, reuniões com rede de apoio e atendimento compartilhado, conforme apresentam as falas a seguir:

[...] o município tem tentado também que o NASF participe das reuniões de EqSF, que eu percebo como algo muito positivo, porque aproxima os profissionais do NASF com os da EqSF tanto para levar, como para receber demandas, é algo rico. (P6)

[...] está acontecendo agora as reuniões da rede, tanto o CRAS como CREAS, conselho tutelar, nos dá saúde, identificamos os casos especiais que precisam desse olhar ampliado[...] de toda a rede e, com isso, é feito as discussões em conjunto[...] para se ter uma resolutividade dessas demandas [...] (P9)

[...] se vi a necessidade de um paciente meu ser atendido por ela, ela faz o atendimento compartilhado comigo e com a médica de referência da EqSF daquele paciente[...] (P1)

Nos relatos, a reunião de equipe é citada como um dispositivo que possibilita a gestão do cuidado ao propiciar a integração dos profissionais e seus saberes, assim como o compartilhamento de demandas, consequente construção conjunta de intervenções, planejamento de ações e, ainda, a construção de vínculos entre os profissionais, aspecto que facilita o trabalho coletivo, fazendo com que este não seja apenas um aglomerado de profissões que cuidam cada uma de um fragmento do sujeito, mas sim, que todos atuem de forma integrada para transformação da realidade.

As ideias se confluem na abordagem do trabalho em equipe e alguns profissionais acrescentam a atuação para além das EqSF e Nasf-AB, ao apontarem a parceria com outros equipamentos do território por meio da realização de reuniões e ações com equipes da rede de apoio e da RAS, visto que, algumas demandas necessitam de olhares e intervenções para além do setor saúde, considerando que vastos são os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, consequentemente tornando-se necessária a articulação com diversos equipamentos de apoio para contribuir com a resolução das demandas.

O trabalho em equipe também foi citado na forma de atendimento compartilhado, no qual mais de um profissional atende o paciente em um mesmo momento, de forma ampliada, considerando os múltiplos olhares para suas necessidades e para as intervenções necessárias.

As mudanças nas necessidades de saúde ampliaram a necessidade do trabalho em equipe interprofissional. Casanova; Batista; Ruiz-Moreno (2015), referem que a implementação de estratégias que fomentam o trabalho em equipe, contribuem para a superação das práticas fragmentadas, melhorando os resultados em saúde.

Ferreira, Varga e Silva (2009) salientam que o trabalho em equipe requer que as ações em saúde sejam construídas de forma coletiva, buscando enfrentar os percalços que surgem constantemente e que precisam ser refletidos e superados pelos profissionais de forma conjunta. Nesse sentido, o trabalho em equipe interprofissional permite a troca de informações, a complementação de saberes e a cooperação mútua na construção de planos terapêuticos mais eficazes, fortalecendo a produção do cuidado.

No que concerne aos desafios para o trabalho em equipe, foi destacada a rotatividade dos profissionais como fator que dificulta a formação de vínculo, tanto entre as EqSF e Nasf quanto entre equipes e comunidades, conforme demonstra a fala a seguir:

[...] Uma dificuldade identificada é a questão da rotatividade[...] você consegue se aproximar daquela EqSF, ter uma ação, aí você perde devido à rotatividade[...] (P6).

Nesse caso, a rotatividade dos profissionais é trazida com fator que interfere nos processos de trabalho, à medida que, para fortalecimento do trabalho em equipe um dos pontos necessários é a construção de vínculo, sendo que para isto, faz-se necessário, tempo, relações de confiança e ajuda mútua, processo este que é enfraquecido pela rotatividade.

Subdimensão: Apoio matricial

Considerando a prática de trabalho do Nasf-AB, que tem como referencial metodológico o apoio matricial, pode-se evidenciar nas falas que os profissionais embora encontrem desafios na sua operacionalização, eles desenvolvem prioritariamente ações de apoio às EqSF, tanto na forma clínico-assistencial quanto técnico-pedagógica, conforme apresentado a seguir:

[...] A gente trabalha nesse apoio mesmo né [...] quando a gente está numa sala com diversos profissionais de saberes diferentes, você vai trocando e vai facilitando para futuras intervenções, futuros atendimentos [...] (P6).

[...] Toda segunda quinta-feira do mês tem a reunião [...] todo o Nasf participa [...] Vem um representante de cada CAPS, CAPS AD, CAPS infantil, CAPS geral e os representantes das EqSF de cada unidade [...] Então, a partir dessas reuniões de matriciamento em saúde mental se conseguiu uma maior resolutividade dos casos voltados para os CAPS [...] (P2).

[...] O nosso matriciamento ainda está só em saúde mental. (P1).

Foram apontadas ações de apoio matricial especificamente relacionado ao apoio técnico-pedagógico, quando profissionais referiram o compartilhamento e a troca de saberes entre equipes de referência e equipe de apoio, no intuito de potencializar as futuras intervenções em saúde, bem como facilitar o processo de cuidado, contribuindo assim para maior resolubilidade das demandas dos usuários por parte da atenção primária.

O apoio matricial também foi citado na forma de reuniões que contam com a participação do Nasf, Caps (todas as modalidades) e EqSF e tem uma periodicidade de realização mensal, sendo que este matriciamento foi citado ainda como sendo responsável por uma maior resolubilidade dos casos da saúde mental.

Alguns participantes complementam a visão do apoio matricial para além das reuniões de matriciamento e acrescentam que no dia a dia das equipes, ocorrem discussões de caso sempre que necessário e que o apoio matricial também ocorre durante as visitas domiciliares, quando estas ocorrem entre EqSF e apoiadores matriciais, diante das necessidades de cada território.

Foi identificada, neste contexto, a existência de uma fragilidade no apoio matricial realizado pela equipe Nasf-AB, quando é apontado que a reunião de matriciamento com agenda definida acontece apenas na saúde mental, o que indica

a necessidade de identificação das causas e intervenção sobre elas, para que o matriciamento se efetive na atenção primária sem fragmentação das áreas de atuação.

Pesquisas apontam que o apoio matricial em saúde busca proporcionar retaguarda especializada a equipes e profissionais que atuam na atenção e cuidado em saúde, oferecendo tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, visando ampliar as possibilidades de realizar clínica ampliada e integração de saberes entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Subdimensão: cogestão

Na prática dos profissionais do Nasf-AB foi identificado a tentativa de efetivação das rodas de gestão envolvendo gestores, profissionais e usuários, para cogestão dos processos de trabalho em saúde na APS, devido à identificação de fragilidades que poderiam ser superadas mais facilmente a partir deste processo, porém, a iniciativa não obteve êxito, como demonstra a fala a seguir:

[...] Tentamos desenvolver a questão da roda de gestão porque a gente vê alguns processos fragilizados, a questão dos processos de trabalhos desarticulados e não foi possível por questão diversas do município [...] fragilidades nossas também, questão de financiamento da ESP e dificuldade também de parar a unidade para que pudéssemos trabalhar com os profissionais [...] fica difícil parar a unidade pra desenvolver isso e seria difícil desenvolver uma roda de gestão com apenas parte do grupo da unidade [...] (P6).

É possível perceber que, neste cenário, a realização da roda de gestão não obteve êxito, apesar de ter sido apontada como um dispositivo que promove processos de trabalho mais articulados e, conseqüentemente, contribui para melhorias na gestão do cuidado. Os participantes evidenciam, inclusive, que vários foram os motivos para a não efetivação desse dispositivo, incluindo questões que envolvem a gestão tanto municipal quanto local, principalmente pelo fato de não ser disponibilizado um momento no qual todos os profissionais possam participar da

roda de gestão, sendo este fato de grande peso, pois, um processo que envolve deliberações necessita da participação efetiva da maioria.

Esse fato sinaliza que a gestão ainda não está sensibilizada para a importância da cogestão nos processos de trabalho, pois a participação dos profissionais na roda de gestão ainda é vista como “perda” para os serviços, ao requerer pausa das ações nas unidades durante a realização das rodas, não sendo considerados, assim, os ganhos que resultariam das discussões e deliberações efetivadas nestes momentos.

Campos et al. (2014) apontaram que com o método da roda, também conhecido como método Paideia, busca ampliar a capacidade das pessoas para, a partir de informações, saber interpretá-las, desenvolver a compreensão de si mesmo, dos outros e do contexto no qual estão inseridos e, a partir disso, ampliar a autonomia e a capacidade de lidar com conflitos, tomar decisões, estabelecer compromissos, bem como, analisar a dinâmica do desejo e interesse próprio e dos outros em uma dinâmica histórica e social, num esforço para sistematizar modos de intervir de forma deliberada nessa dinâmica, reconhecendo que o controle sobre esse processo envolve inúmeros fatores e produz efeitos sobre pessoas e instituições.

Subdimensão: Oferta

A APS é a porta principal de entrada no sistema de saúde, sendo responsável pela atenção à saúde dos indivíduos, ofertando ações de saúde de cunho individual e coletivo, e garantindo o acesso a outros níveis do sistema sempre que necessário (LAVRAS, 2011).

A criação do Nasf-AB configura o empenho de operar políticas de saúde voltadas à ampliação da oferta e do fortalecimento da resolubilidade da APS, por meio da incorporação de profissionais com formações variadas em saúde, conduzidos pela prática interdisciplinar e com foco na integralidade do cuidado (MACEDO et al., 2016).

Neste estudo foi possível identificar a oferta de vários tipos de ações nas práticas de cuidado do Nasf-AB, dentre elas destaca-se o atendimento compartilhado, atendimentos individuais específicos, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, realização do PTS, dentre outros, todos ofertados a partir da

elaboração das agendas dos profissionais e que, também, funcionam como dispositivos ou tecnologias para gestão do cuidado.

O atendimento compartilhado foi uma das ações identificadas no escopo de oferta do Nasf-AB, atuando como dispositivo do processo de gestão do cuidado, conforme apresentado na fala a seguir:

[...] nesses atendimentos compartilhados, que tanto nos aproximamos do saber desse profissional como ele se aproxima do nosso, e vai facilitando para outros processos futuros, essa troca de conhecimento [...] (P6).

Os atendimentos e intervenções conjuntas entre matriciadores e profissionais da equipe de referência são parte do plano de ações do apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Oliveira e Campos (2015) apontam o atendimento/cuidado compartilhado como parte inerente do apoio matricial, pois este, em sua metodologia, recomenda a personalização das relações Inter profissionais, o cuidado conjunto ou simultâneo, o compartilhamento de informações sobre os casos, tal como, das responsabilidades, exercendo a cogestão durante a prática interprofissional.

Esse tipo de atendimento é uma intervenção comum na rotina de trabalho dos profissionais do Nasf-AB, oportunizando um contato pessoal entre equipe de apoio e usuário, no qual estarão presentes pelo menos um integrante da EqSF e um do núcleo de apoio, além do paciente e/ou seus familiares, favorecendo momentos de discussão sobre o caso antes e após o atendimento (BRASIL, 2014).

Em se tratando do atendimento individual específico, alguns participantes relatam a realização deste tipo de atendimento, embora este não seja o foco do Nasf-AB e acrescentam, ainda, que a demanda para o atendimento individual é excessiva, sendo esta uma dificuldade percebida em relação a esta oferta, conforme apresentado a seguir:

[...] tem outra forma que eu participo no NASF que é atendimento individual[...] a demanda chega na físió, existe a fila de espera que a gente tenta diminuir, mas não consegue cessar. (P4).

Campos e Domitti (2007), retratam que embora o apoio matricial não tenha como foco o atendimento individual, existem situações que requerem atenção individualizada e específica de um determinado núcleo de apoio, podendo esta ser

realizada a partir da programação e planejamento com a equipe de referência, a qual não se desvincula da responsabilidade com o caso, ao contrário, mantém um acompanhamento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador.

Outra ação evidenciada neste estudo foi a visita domiciliar a qual é realizada, na maioria das vezes, de forma compartilhada por mais de um profissional, dependendo das demandas do sujeito, onde são realizadas ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, como demonstram a seguir:

[...] A gente procura trabalhar mais na questão das visitas domiciliares, trazendo a questão da orientação do paciente e do cuidador [...] (P4).

[...] Visitas domiciliares em conjunto com a saúde, CRAS e outras políticas para se ter uma resolutividade dessas demandas que aparecem na saúde [...] (P9).

Estudos demonstram que a assistência domiciliar à saúde relaciona-se diretamente ao atendimento profissional no domicílio, realizada por meio da visita e/ou da internação domiciliar, abrangendo, assim, atividades que vão desde educação e prevenção à recuperação e à manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares no seu lócus de vida. Entretanto, essa modalidade de assistência ultrapassa o sentido de levar a equipe até a residência do paciente que tem dificuldade de locomoção, pois permite, além disso, compreender o contexto socioeconômico-cultural que envolve os hábitos de vida da família, o significado das dificuldades apresentadas pelas patologias base e sua influência na dinâmica familiar, bem como a relação deste contexto com o cuidado prestado e, principalmente, com o ato de comprometer-se com esse cuidado (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Percebeu-se que uma prática muito realizada no processo de trabalho do Nasf-AB é a de grupos de educação em saúde/grupos terapêuticos, nos quais podem ser abordadas temáticas em saúde, de forma singular em relação às características do grupo, igualmente, podem ser ferramenta de continuidade do cuidado, quando após a alta dos atendimentos individuais passam para abordagem coletiva, até evoluir para alta do serviço, como apresentam as falas a seguir.

[...] Montei um grupo de atividade física e esse grupo, hoje, ele foi se desenvolvendo de tal forma, que se tornou um grupo terapêutico né [...] (P4).

Como eu tenho 1 ano e meio no serviço eu ainda não tenho condições de dar alta, porque eles retornam de três em três meses, então o que a gente pode fazer é quando o caso não é tão grave é dar continuidade com a participação deles no grupo. (P8).

O trabalho com grupos possibilita ao profissional estimular os participantes a desenvolver estratégias de enfrentamento dos problemas vividos pelo indivíduo/comunidade, pois facilita a construção coletiva de conhecimentos, tanto quanto, a reflexão acerca do contexto de vida dos seus membros, a expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que impactam no processo saúde-doença deles (SOUZA et al., 2005).

Os grupos e atividades coletivas (específicas e compartilhadas) fazem parte dos elementos constituintes da agenda dessas equipes. A atividade coletiva compartilhada caracteriza-se pelo apoio ao planejamento, programação ou execução conjunta de grupos de educação em saúde e ações de sensibilização desenvolvidas na UBS ou em outros espaços comunitários. E a atividade coletiva específica, caracteriza-se pela atividade em grupo sob coordenação do profissional do Nasf-AB, sendo este grupo voltado para questões específicas de seu núcleo de saber (BRASIL, 2014).

Na prática do Nasf-AB também foi possível identificar a realização do Projeto Terapêutico Singular, ferramenta/tecnologia de saúde que potencializa a gestão do cuidado, embora tenha sido apontado como uma prática ainda incipiente e que foi iniciada nestas equipes a partir dos residentes multiprofissionais em saúde da família da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE, os quais realizaram uma oficina sobre PTS com os profissionais do Nasf-AB e EqSF e, a partir desta oficina, foi construído um instrumento para sistematização do PTS, igualmente, foi iniciada a implementação dele por algumas equipes, conforme apresentam as falas a seguir:

[...] Houve uma oficina sobre PTS [...] Eu acredito assim que uma das potencialidades dele é de ser algo tangível [...] o PTS se tornou algo palpável, está ali visível, e eu acredito [...] as EqSF que tem participado das reuniões eu vejo que está avançando. (P6).

[...] Em relação ao PTS que a gente está implantando, a gente escolheu dois profissionais do NASF para cada EqSF pra referenciar esse PTS e a gente procura que uma vez por mês esse profissional esteja presente na reunião da EqSF e uma outra reunião vai algum profissional aleatório para participar. Não são todas as EqSF que estão fazendo isso ainda, a gente ainda está sensibilizando pra que isso aconteça, mas a gente está conseguindo avanços. (P3).

As falas acima, além de abordarem a implantação do PTS, apontam fragilidades e potencialidades na sua execução, por exemplo, foi identificado que para participação das reuniões mensais de discussão e realização do PTS os profissionais do Nasf-AB são divididos por EqSF, e que essa divisão não ocorre de acordo com a necessidade de cada caso, mas pela disponibilidade de profissionais, o que compromete seus resultados. Já em se tratando de potencialidade, pode-se observar que os profissionais dispõem de um tempo fixo mensal para discussão/realização do PTS e que a sua implementação é algo totalmente possível e dentro da governabilidade das equipes.

Vale notar que o PTS é resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar com apoio matricial sempre que necessário, a qual, a partir das contribuições e reflexões dos participantes, propõem um conjunto de condutas terapêuticas para um indivíduo ou coletividade, embasando-se na singularidade, na diferença, nos aspectos que o circundam e que são determinantes no seu processo saúde-doença. O PTS, geralmente, é realizado para casos mais complexos, pois não parece necessário e nem possível que ele seja dirigido a todos os usuários (OLIVEIRA, 2010).

Todas as ações realizadas pelos profissionais do Nasf-AB são previamente definidas em suas agendas, as quais são construídas de forma individual e coletiva, como evidenciado a seguir:

[...] Cada profissional faz a sua agenda semanal ou até mesmo quinzenal
[...] a questão dos grupos, todo mês, é feito uma agenda para participação dos grupos, tem o rodízio dos profissionais [...] (P3).

Percebem-se através das falas, que cada profissional constrói a sua agenda para atendimentos individuais, visitas etc, e que a agenda somente é construída coletivamente nos casos de grupos de educação em saúde e sala de espera, pois é realizado rodízio dos profissionais nessas atividades.

Diante do exposto, nessa subdimensão, é importante frisar que as ações citadas não se esgotam aqui e devem ser pensadas como um “cardápio de ofertas” cuja decisão de utilização é situacional, não devendo ser ofertas rígidas e fechadas das UBS, mas, serem disponibilizadas e acrescidas de outras a partir das demandas e necessidades identificadas na dinâmica do território.

Subdimensão: fluxo de atendimento

Nesta subdimensão, os dados analisados abordaram o acesso dos usuários ao Nasf-AB, a referência e a contrarreferência na RAS e os arranjos e/ou dispositivos utilizados, como: acolhimento, fila de espera e a referência e contrarreferência.

No que concerne ao acesso, embora o Nasf-AB não se constitua porta de entrada do sistema e deva atender os usuários identificados em conjunto com as EqAB e/ou EqSF, ou encaminhados por elas. Nas falas a seguir pode-se observar que neste locus o acesso do usuário ao Nasf-AB não ocorre exclusivamente por intermédio das EqAB e/ou EqSF:

[...] O acesso ao NASF a gente tenta que seja pela EqSF, mas para o veterinário ainda não é assim, até porque as pessoas procuram e veem que tem o veterinário, então eu oriento, eu tento trabalhar mais na parte da educação em saúde[...] (P3)

[...] Bom, para o farmacêutico é meio diferenciado, os pacientes mesmo me procuram para orientação e não pela equipe me referenciando, não que não aconteça, acontece às vezes [...] (P1)

[...] A demanda externa, que é dos hospitais, eles já vêm com a demanda para a fisio e eles não vão para as EqSF, eles passam direto para a fila de espera para a fisio, e eles tinham que passar pela EqSF [...] e aí fisioterapia fica nisso, a gente faz o atendimento, tem uma fila de espera, quanto mais atendimento a gente fizer mais vai ter fila de espera (P11)

É possível identificar um desafio no acesso e/ou regulação dos pacientes para atendimento por profissionais do Nasf-AB, pois se demonstra que a demanda espontânea é bem presente no cotidiano desta equipe e que o acesso ao Nasf-AB também ocorre via encaminhamentos da rede secundária e terciária, que nem de outros dispositivos da rede, o que diverge do que é preconizado nas diretrizes do Nasf-AB, as quais regem que o processo de trabalho do Nasf-AB deverá ser pautado pela lógica do apoio matricial às EqSF/EqAB não se constituindo como ambulatório específico ou porta de entrada.

De maneira geral, a demanda espontânea no Nasf-AB, tal como foi exposto, escapa à lógica de organização do serviço por demanda programática, encaminhada pela equipe de referência. Assim, colabora para aumento da fila de espera por atendimentos com os distintos profissionais. Por conseguinte, a regulação do acesso, tal como a fila de espera, constitui-se dimensão importante a

ser equacionada no processo de gestão do cuidado, com vista a assegurar o acesso e o atendimento às necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, é importante refletir sobre duas questões: a primeira é que, embora o acesso não esteja em conformidade com o proposto para trabalho do Nasf-AB, estes profissionais acolhem os pacientes e dão respostas às suas demandas, o que condiz com a ética profissional; e a segunda, que o Nasf-AB precisa fortalecer o seu papel de apoio às EqAB e EqSF, readequando seu processo de trabalho, em específico ao fluxo e à regulação dos atendimentos para atuação em conformidade com as diretrizes específicas do Nasf e com o seu referencial metodológico, objetivando sempre a colaboração com a integralidade do cuidado ao usuário.

Os profissionais do Nasf-AB, responsáveis por uma população específica, com necessidades singulares, devem promover práticas de cuidado abrangentes e resolutivas, atuando a partir das demandas do território, identificadas no trabalho conjunto com as EqAB e/ou EqSF vinculadas, de forma integrada, à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de outras redes, como: redes sociais e comunitárias, além de desempenhar papel regulador ao qualificar os encaminhamentos relativos à sua área de atuação, assim como àqueles recebidos das equipes apoiadas, ou realizados por outros pontos ou serviços da RAS (BARROS et al., 2015).

Com relação ao fluxo para outros níveis do sistema e/ou outros dispositivos da RAS no manejo dos casos mais complexos, em que não é possível garantir a resolubilidade apenas na EqSF/Nasf-AB, os profissionais do Nasf-AB relatam uso do dispositivo de referência e contrarreferência, que embora faça parte da rotina de trabalho destas equipes, apresentam fragilidades relacionadas ao não recebimento de contrarreferência, principalmente dos níveis secundário e terciário, o que dificulta a continuidade do cuidado, como demonstram as falas a seguir:

[...] A questão do acompanhamento e resolução dos casos voltados ao setor terciário é mais complicado, a gente às vezes encaminha e não tem o retorno, não se tem uma contrarreferência. Na parte de saúde mental se consegue ter uma contrarreferência, porque está se estreitando os laços [...] (P2).

Foram identificadas fragilidades existentes no processo de contrarreferência por parte dos serviços especializados e/ou outros dispositivos da RAS, o que enfraquece o cuidado prestado na AB, considerando que ela necessita dar seguimento ao acompanhamento do usuário, visto que, mesmo sendo encaminhado para outro ponto da RAS, este permanece sendo acompanhado pela AB que é a coordenadora do cuidado.

Costa et al. (2014) revelam em seus estudos que em muitos casos, ao invés de processos de referência e contrarreferência, o que ocorre na prática são encaminhamentos puramente burocráticos para serviços especializados, nos quais não são observados o acompanhamento longitudinal do paciente pelas EqSF e EqAB, dificultando a integralidade do cuidado.

Esses achados corroboram com a necessidade do fortalecimento de um dos atributos da APS citado por Starfield (2002), que propõe o caráter coordenador ou integrador da APS, sendo esta coordenação correspondente à continuidade da assistência, em articulação com outros níveis do sistema de saúde, articulação entre profissional e equipe, entre outras equipes, favorecendo o compartilhamento de informações sobre o paciente (referência e contrarreferência) para uma melhor gestão deste cuidado e, conseqüentemente, contribuindo para resolução das suas demandas.

Subdimensão: Planejamento/Avaliação do serviço

Nesta subdimensão analisa-se o processo de planejamento e avaliação do trabalho do Nasf-AB, sendo que, na operacionalização destes processos foram identificados alguns dispositivos, como: reuniões para planejamento, agendas, fichas de avaliação e prontuário de evolução.

No que concerne ao planejamento das ações, foi possível perceber que este é incipiente, principalmente no que se refere ao planejamento conjunto com a EqSF, e que este está muito relacionado à construção de agendas. Infere-se, ainda, que embora todos os profissionais participem da reunião de equipe na qual, também, ocorre planejamento, a maioria constrói suas agendas de forma individual, sem discutir e considerar as demandas do território, o que impacta diretamente na resolubilidade do cuidado prestado à comunidade. As falas, a seguir, representam este cenário:

[...] Em relação à agenda, a gente, geralmente, pergunta se tem alguma visita específica ou atendimento individual, o que tem naquele dia que o serviço social pode estar junto, se inserir na puericultura, no atendimento [...] (P9).

[...] Eu sei que se eu me voluntariasse para ir para uma visita com a EqSF apareceria essa demanda para a fisioterapia, mas não é para ser assim, é para vir da equipe de saúde da família para a gente [...] (P11).

As falas apontam para fragilidades no planejamento conjunto das ações, ao demonstrarem que as demandas da EqSF nem sempre são debatidas com o Nasf-AB e que por falhas na comunicação, tal qual a falta de planejamento ou de compartilhamento de casos/problemas/demandas, muitas ações deixam de ser realizadas em conjunto, o que impacta negativamente o processo de gestão do cuidado e a garantia da integralidade do cuidado prestado, pois, para que o cuidado seja efetivo, faz-se necessário a realização de planejamento adequado, envolvendo o maior número de atores possíveis, neste caso, que Nasf-AB e EqSF juntos realizem o diagnóstico dos territórios e, a partir disso, construam o plano de ação específico para cada comunidade, potencializando, assim, o trabalho multiprofissional e a capacidade de resolubilidade da Atenção Básica - AB.

Nesse contexto, estudos realizados por Cecílio (2009) retratam que na dimensão organizacional do cuidado há novos e variados atores, novas questões, novos desafios e novos problemas, diante das necessidades relativas ao registro e ao uso da informação, à criação de espaços de conversação e troca, à pactuação de fluxos de pacientes, à organização de processos de trabalho, ao compartilhamento de responsabilidades, entre outros aspectos, que vão configurar uma nova lógica em que a responsabilidade gerencial e a conformação da dinâmica de relacionamento da equipe vão ser determinantes no planejamento e cuidado em saúde.

Com relação ao monitoramento/avaliação da resolubilidade do serviço, os profissionais relatam desenvolver essas práticas por meio de dois instrumentos, uma ficha de avaliação individual e o prontuário do paciente, no qual todo profissional faz sua evolução e a cada atendimento é possível avaliar os resultados já alcançados, os entraves e assim dar continuidade ao cuidado. Nas falas a seguir pode-se observar esse contexto:

A gente construiu um instrumento para estar avaliando os casos. A gente também faz a evolução do prontuário, uma coisa muito positiva é que toda equipe Nasf e EqSF usa o prontuário, então a gente tem o acesso a todo histórico daquele paciente [...] Outra coisa também, nós estamos construindo genograma e ecomapa. (P10).

[...] Na fisioterapia a gente tem como saber na ficha de avaliação né, porém os atendidos na físeo eles não saem por alta, eles saem por finalização de sessões, porque como a gente tem um número muito grande o paciente vem faz 10 sessões e vai embora [...] (P11)

Foram apontadas fragilidades no processo de monitoramento das ações, ao ser demonstrado por alguns participantes que não é realizada avaliação conjunta das ações, nem discussão e/ou monitoramento de indicadores das ações executadas pela equipe, mas, percebe-se que esse monitoramento ocorre de maneira individual por meio dos instrumentos utilizados no atendimento ao usuário, que também é importante neste processo, porém, faz-se necessário acrescentar estratégias que complementem e fortaleçam esse monitoramento, contribuindo, então, com o planejamento das ações.

Elia e Nascimento (2011) apontam em seus estudos que as ações de monitoramento e avaliação permitem verificar se o processo de trabalho está adequado para o cumprimento das metas, se os resultados estão sendo alcançados e se o planejamento necessita ou não de ajustes.

Diante do exposto nesta categoria, foi possível perceber como se dá o processo de gestão do cuidado do Nasf-AB na sua dimensão organizacional, tal como os arranjos e dispositivos utilizados em suas práticas e principais desafios operacionais percebidos nesse processo de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permite uma maior compreensão sobre os processos de gestão do cuidado operados no Nasf-AB, ao analisar as concepções dos profissionais sobre gestão do cuidado, a operacionalização da gestão do cuidado no Nasf-AB, tal quais os arranjos e dispositivos de gestão do cuidado implementados no Nasf-AB e identificar as principais dificuldades encontradas neste processo.

No que concerne às concepções dos profissionais do Nasf-AB sobre gestão do cuidado, percebe-se que os profissionais associam a gestão do cuidado ao trabalho em equipe para atendimento às necessidades de saúde dos usuários; à busca pela integralidade do cuidado e trabalho em rede; ao ato de coordenar o cuidado; à organização da oferta de cuidado (ações e serviços) pela equipe e à capacidade de contribuir para a corresponsabilização e construção da autonomia do sujeito frente ao seu processo saúde-doença-cuidado.

Inferir-se, entretanto, que embora os participantes demonstrem compreensão sobre o que é gestão do cuidado, as concepções apreendidas não são amparadas em referenciais teóricos, pois sua construção foi ancorada no cotidiano de suas práticas.

Com relação à prática dos profissionais do Nasf-AB e aos processos de gestão do cuidado operados por eles, foi identificado que eles atuam, em grande parte, com base nas diretrizes propostas na PNAB e no caderno de diretrizes do Nasf-AB, embora ainda haja discrepância entre algumas práticas e o que é preconizado em suas diretrizes. Por exemplo, o fato de o Nasf-AB receber demandas advindas do próprio usuário e/ou dos níveis secundário e terciário, confronta com o fluxo de acesso determinado em suas diretrizes, as quais determinam que a demanda deve advir das EqSF e/ou EqAB ou ainda do diagnóstico conjunto entre estas equipes, pois, o Nasf-AB é uma equipe de apoio e não porta de entrada do sistema.

Na prática destes profissionais, foi possível identificar e descrever os principais arranjos e dispositivos adotados para gestão do cuidado, os quais estão consoantes com a política de trabalho do Nasf-AB, são eles: reuniões de equipe, reuniões da RAS e rede de apoio, atendimento compartilhado, discussão e estudo de caso, apoio matricial, roda de gestão, agendas, grupos de educação em saúde, visita domiciliar, PTS, referência e contrarreferência, fila de espera, dentre outros, os

quais, embora sejam operados na perspectiva de implementação das diretrizes propostas pelo MS, não são operacionalizados numa perspectiva intencional de fazer gestão do cuidado.

Nesse processo, também se constatou potencialidades e fragilidades. As potencialidades percebidas foram no sentido de que os profissionais buscam potencializar o trabalho em equipe e fomentam a atuação com base nas necessidades dos usuários, objetivando sempre aumentar a resolubilidade das equipes frente às demandas em saúde do território, porém, embora haja uma intenção do profissional de que o cuidado seja de acordo com a necessidade dos sujeitos, em vários casos, o cuidado ofertado não é o desejado ou é interrompido antes do tempo, dada uma pressão da demanda para que outras pessoas entrem no rol de atividades.

Ainda com relação às fragilidades, identificou-se a qualificação escassa voltada para a metodologia de trabalho do Nasf-AB, para a gestão do cuidado, suas dimensões, dispositivos e ferramentas de materialização nas práticas dos serviços, assim como se percebeu, também, a necessidade do estabelecimento de critérios e fluxos de acesso entre as EqSF e/ou EqAB e Nasf-AB, déficit no planejamento, avaliação e monitoramento conjunto das ações, rotatividade dos profissionais, dentre outras demandas apreendidas no decorrer deste estudo.

Nesse sentido, a partir dos resultados obtidos neste estudo, sugere-se que sejam ofertadas oficinas de aprimoramento para os profissionais do Nasf-AB, EqSF e/ou EqAB, RAS e rede de apoio, sobre atenção primária à saúde, metodologia de trabalho do Nasf-AB, gestão do cuidado e os arranjos e dispositivos utilizados neste processo, trabalho em equipe, trabalho em rede, ferramentas de avaliação e monitoramento das ações e serviços, construção compartilhada de agendas, cogestão do trabalho em saúde, dentre outros temas, os quais podem ser abordados individualmente ou agrupados a temas correlacionados com periodicidade mensal ou a critério da gestão, sendo importante, inclusive, a garantia de espaço para discussão e compartilhamento de experiências durante as oficinas, do mesmo modo que, a realização de atividade prática no território ao final de cada oficina, como requisito para recebimento do certificado de participação, sendo este um incentivo para adesão dos profissionais.

Recomenda-se, ainda, que seja garantido no serviço, o tempo para planejamento conjunto, monitoramento das ações e construção compartilhada das agendas entre EqSF e/ou EqAB e Nasf-AB, com periodicidade mínima mensal, e que para a realização destas ações, sejam elaboradas fichas específicas que possam ser utilizadas por todos os profissionais, para nortear e documentar estas atividades.

Faz-se necessário, também, que os gestores e profissionais da RAS e redes de apoio do município reúnam-se para elaboração do fluxo de acesso aos serviços de saúde e à rede de apoio, para uma construção compartilhada e que, em seguida, garanta divulgação ampla para toda comunidade, no sentido de facilitar o percurso do usuário na rede, além disso, a articulação e os fluxos corretos entre todos os níveis do sistema, o que pode contribuir para a redução da demanda para o Nasf-AB, visto que possibilitará o fluxo como é preconizado.

No que se refere à rotatividade profissional, relatada como fragilidade para os processos de gestão do cuidado no Nasf-AB, devido à quebra de vínculos e descontinuidade nos processos de trabalho, as equipes podem realizar espaços de conversação com a gestão, no intuito de promover reflexões sobre os impactos causados nos serviços pela rotatividade profissional.

Infer-se, portanto, que para uma atuação intencional e efetiva voltada para a gestão do cuidado, é preciso que os profissionais compreendam o que é, e como se dá este processo, tal como se apropriem das ferramentas e dos dispositivos para sua operacionalização, estabelecendo fluxos efetivos e institucionalizados compartilhados com as EqSF e/ou EqAB, instituindo ferramentas de acompanhamento dos usuários e de monitoramento das ações para maior efetivação do processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.12232014>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2019.

BRASIL. Departamento da atenção básica - DAB. **Sala de apoio à gestão estratégica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/sala_apoio_gestao_estrategica.php>. Acesso em: 25 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. 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 de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 2 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de Maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 24 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2436 de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família:** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>>. Acesso em: 22 fev. 2019.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>>. Acesso em: 2 jun. 2019.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**, 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 186-187.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>>. Acesso em: 8 jun. 2019.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica:** saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

CAMPOS, G. W.S. **Saúde Paideia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CASANOVA, I. A; BATISTA, N. A, RUIZ-MORENO, L. Trabalho em equipe na residência multiprofissional. **ABCS Health Sci.**, v. 40, n. 3, p. 229-233, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7322/abcs.hs.v40i3.800>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Comunicação Saúde Educação**, v. 13, supl. 1, p. 545-55, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>>. Acesso em: 9 nov. 2018.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde: formação em educação permanente em saúde. **EPS em movimento**. 2009. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/integralidade-e-equidade-na-atencao-a-saude-prof-dr-luiz-cecilio/view>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

CONILL, E. M. Ensaio teórico-conceitual sobre APS: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-27, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>>. Acesso em: 4 set. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14261>>. Acesso em: 2 fev. 2019.

ELIA, P. C.; NASCIMENTO, M. C. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. **Physis**, p. 745-765, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200021>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1437-1450, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1421-1428, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800015>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea**, p. 183-196, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2019.

FRANCO, T. B.; JUNIOR, H. M. M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-532, out/dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (Orgs.). **Qualificação dos gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 153-190. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

JORGE, M. S. B. et al. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre sua prática no programa de saúde da família. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 128-136, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/05concepcao.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade** v. 15, n. 2, p. 88-95, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>>. Acesso em: 10 out. 2018.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/867-874/pt>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

LINASSI, J. et al. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 425-434, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1561>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

MACEDO, M. A. V. M. et al. Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. **Rev. Gerenc. Polít. Salud.**, v. 15, n. 30, p. 194-211, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.aptn>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

MARACANAÚ. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Maracanaú: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

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. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604>>. Acesso em: 19 set. 2018.

_____. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 369-384. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Raz%C3%B5es-P%C3%BAblicas-para-a-Integralidade-em-Sa%C3%BAde-o-cuidado-como-valor.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 627-640, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500014>>. Acesso em: 4 fev. 2019.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface Comunicação Saúde Educação**, 18, supl. 1, p. 957-70, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220130333.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

NASCIMENTO, D. G. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, p. 92-96, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2019.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico singular e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Roths-child, 2010. 204 p.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00229.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

OLIVEIRA, P. W. S. Construção de identidades profissionais: da formação profissional à vivência da inserção no mercado de trabalho. **Revista LABOR**, v. 1, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/labor/article/view/9306>>. Acesso em: 9 jun. 2019.

PEREIRA, A. P. S. et al. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n. 3, p. 407-416, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300012>>. Acesso em: 3 out. 2018.

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

SANT'ANA, R. B. Autonomia do sujeito: as contribuições teóricas de G. H. Mead. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 4, p. 467-477, out./dez. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ptp/v25n4/a02v25n4.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2019.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, jul./set. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711402>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, V. O.; PINTO, I. C. M. Identidade do sanitário no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em saúde pública/coletiva, **Comunicação Saúde Educação**, v. 22, n. 65, p. 539-50, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000200539&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 9 jun. 2019.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde como grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-53, 2005. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/A_educacao_em_saude_com_grupos_na_comunidade.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2019.

STARFIELD B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. p. 726.

TEIXEIRA, C. F. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURRINI, R. N. T. et al. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

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. **Comunicação Saúde Educação**, v. 19, n. 55, p. 1089-1097, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832015000601089&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 10 jun. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – 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 aos 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 corresponsabilização do cuidado de forma integral?
9. Como você vê a Educação Permanente?
10. Existe algum processo de Educação Permanente para os profissionais do NASF no município?

APÊNDICE B – 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”. 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 o pesquisador 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.

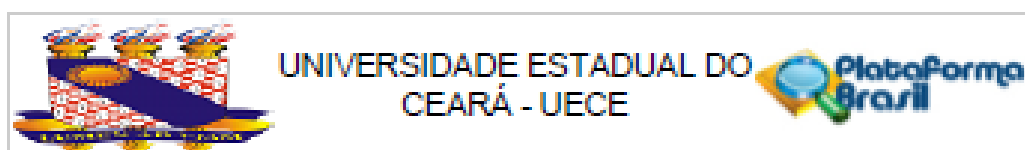
Maracanaú, _____, _____, 2016.

Participante

Pesquisador

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DO CUIDADO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: dimensões, arranjos e dispositivos organizacionais para integralidade e humanização na produção do cuidado

Pesquisador: JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62337316.3.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.876.254

Apresentação do Projeto:

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF se constitui estratégia para ampliação da abrangência e escopo das ações da Estratégia Saúde da Família, consoante o estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica. Neste sentido, as equipes do NASF deve operar arranjos e dispositivos de gestão do cuidado em articulação com a ESF, mediante a organização do processo de trabalho, com vistas a assegurar a produção do cuidado

na perspectiva da integralidade, humanização e resolubilidade na atenção à saúde. Neste sentido, tem-se por objetivo compreender os processos de gestão do cuidado no NASF em sua articulação com ESF, considerando a integralidade e a humanização da atenção à saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa multidimensional, com abordagem predominantemente qualitativa, a ser desenvolvida junto aos gestores, trabalhadores e usuários do NASF, no município de Maracanaú-CE. Os dados serão coletados por meio de entrevistas, grupos focais e observação direta do campo empírico. Os dados serão analisados com base na Hermenêutica Interpretativa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Avaliar a gestão do cuidado aos usuários do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em sua articulação com a Estratégia Saúde da Família,

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

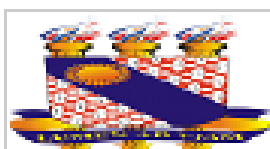
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-8880

Fax: (85)3101-8906

E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.878.254

considerando a interlocução com as redes de atenção à saúde.

Objetivo específico:

- Analisar o processo de trabalho das equipes do NASF em sua articulação com ESF em sua interlocução com as dimensões da gestão do cuidado.

- Identificar as tecnologias de gestão do cuidado operadas no NASF considerando a integralidade e humanização da atenção à saúde.

Descrever os processos de gestão do cuidado no NASF em sua articulação com as redes de atenção à saúde, considerando o acesso, os fluxos assistenciais e a resolubilidade.

- Caracterizar as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários nas práticas de produção do cuidado, considerando as dimensões da gestão do cuidado.

- Compreender a produção do cuidado no NASF, considerando o planejamento, execução e avaliação das práticas cuidadoras com interlocução com as dimensões da gestão do cuidado individual e coletivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

apresenta como Riscos:

Considerando as condições físicas, psíquica, moral, social e cultural dos participantes da pesquisa destaca-se que os riscos previstos dizem respeito ao constrangimento pela presença do pesquisador nos espaços de construção do planejamento da APS e possíveis relações de poder que se estabelecem na situação de entrevista. No entanto, todos os riscos e transtornos advindos da observação, entrevista ou do grupo focal serão minimizados pelo pesquisador que realiza o trabalho, pois ele está capacitada para condução de tais atividades.

Benefícios:

Como benefício direto para os representantes de governo (gestores e gerentes da CEAPS) e os representantes da sociedade civil (estância

colegada / conselho de saúde / trabalhadores de saúde e usuários) compromete-se em fazer a devolutiva dos achados à gestão dos serviços de

Atenção Primária à Saúde e comunidade em geral. Dessa forma contribuindo para implementação de melhorias no serviço, a partir de discussões e participação dos participantes nas tomadas de decisões.

Endereço: Av. Siqueira Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9990

Fax: (85)3101-9908

E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.878.254

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando-se as atribuições da EBF, bem como a complexidade do processo saúde-doença, levando em conta o aumento da demanda por cuidado em saúde, decorrente da mudança de perfil demográfico e epidemiológico, amplia-se os desafios do sistema de saúde ante a capacidade de respostas às necessidades de saúde população, considerando a integralidade da atenção à saúde, o que demanda articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação. Por conseguinte-se, faz-se necessário compreender como os processos de trabalho, assim como de demandas advindas das necessidades de saúde dos territórios, se apresentam para sujeitos e coletivos no seu território.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresenta todos os termos obrigatórios

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_825198.pdf	24/11/2016 11:15:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PesqGestNASF.pdf	24/11/2016 11:11:57	JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGestaoNASF.pdf	24/11/2016 11:08:51	JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito
Folha de Rosto	FRGestaoCuidadoNASF.pdf	24/11/2016 11:06:47	JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito
Outros	AnuenciaSMB.pdf	16/11/2016 12:01:29	JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito
Outros	AnuenciaCoordAPS.pdf	16/11/2016 12:00:45	JOSÉ MARIA XIMENES	Aceito

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.076.254

Outros	AnuenciaCoordAPS.pdf	16/11/2016 12:00:45	GUIMARÃES	Acelto
--------	----------------------	------------------------	-----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 19 de Dezembro de 2016

Assinado por:
ISAAC NETO GOMES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Siqueira Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-900
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0000 Fax: (85)3101-0008 E-mail: cep@uece.br