

Universidade Federal da Paraíba
Mestrado Profissional em Saúde da Família

RENATA MORAIS DE SANTANA

**POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO NÚCLEO AMPLIADO DE ATENÇÃO À
SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NA GESTÃO DO CUIDADO À
CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA**

João Pessoa
2020

RENATA MORAIS DE SANTANA

**POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO NÚCLEO AMPLIADO DE ATENÇÃO À
SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NA GESTÃO DO CUIDADO À
CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Prof^a Dr^a Neusa Collet.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

João Pessoa
2020

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S232p Santana, Renata Morais de.

POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO NÚCLEO AMPLIADO DE ATENÇÃO
À SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NA GESTÃO DO
CUIDADO À CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA / Renata Morais de
Santana. - João Pessoa, 2020.
62f.

Orientação: Neusa Collet.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da
Família. 3. Saúde da Criança. 4. Doença Crônica. 5.
Família. I. Collet, Neusa. II. Título.

UFPB/BC

**POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO NÚCLEO AMPLIADO DE ATENÇÃO À
SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NA GESTÃO DO CUIDADO À
CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba.

Banca Examinadora:



Profª Drª Neusa Collet (Presidente/ Orientadora)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Profª Drª Altamira Pereira da Silva Reichert (Membro Titular)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Profª Drª Elenice Maira Cecchetti Vaz (Membro Titular)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Aprovado em 20 de Março de 2020

João Pessoa

Dedico este trabalho aos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, mais especificamente aqueles que buscam, por meio do seu trabalho, contribuir para que o SUS seja referência de uma assistência resolutiva e humanizada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por tornar possível esta conquista;

Ao meu esposo, João Maurício, pelo amor e apoio durante toda caminhada;

Às minhas filhas, Maria Luiza e Maria Letícia, por me motivarem a lutar por dias melhores;

À minha mãe Suely pelo carinho, pela alegria e por ser a minha fortaleza;

À minha orientadora, Neusa Collet, pelos ensinamentos e orientações;

Aos Membros da Banca Examinadora, pelas valiosas contribuições;

Aos companheiros da minha turma de Mestrado em Saúde da Família (2019), pela convivência agradável e partilhas.

RESUMO

Introdução: Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica se consolidam na Atenção Primária no Brasil com o intuito de garantir a longitudinalidade do cuidado por meio de ações que impactem diretamente nas condições de saúde das pessoas. **Objetivo:** Compreender as ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na gestão do cuidado a crianças com doença crônica na Atenção Primária à Saúde . **Metodologia:** Pesquisa de abordagem qualitativa de cunho exploratório-descritiva. O estudo foi realizado com profissionais que atuam em equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica de um município de grande porte de Pernambuco. A coleta de dados foi realizada através da técnica de grupo focal, nos meses de fevereiro e abril de 2019. O material empírico foi interpretado por meio de análise temática. **Resultados:** O apoio matricial embasa a atuação das equipes, as atividades contemplam o cuidado tanto individual quanto coletivo, ressaltando as seis dimensões da gestão do cuidado, mesmo que parcialmente. As dimensões organizacional e profissional tiveram destaque positivo no que se refere à organização de fluxos formais de cuidado e construção/fortalecimento de vínculos com base no trabalho integrado entre as equipes envolvidas. Porém, nas dimensões sistêmica e societária fragilidades foram encontradas quando se identificou a realização de encaminhamentos informais da atenção primária para a rede especializada, comprometendo o processo de referência e contrarreferência, e a ausência de vagas suficientes pelo sistema de regulação do município estudado. **Conclusão:** O trabalho multiprofissional das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica junto às Equipes de Saúde da Família de referência, aumenta a possibilidade de um cuidado longitudinal na atenção primária, promovendo novos formatos organizativos de fazer saúde que favorecem a gestão do cuidado às crianças com doenças crônicas.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde da Criança. Doença Crônica. Família.

ABSTRACT

Introduction: The Family Health and Primary Care Extended Centers are consolidated in Primary Care in Brazil in order to guarantee the longitudinality of care through actions that directly impact people's health conditions. **Objective:** To understand the actions of The Family Health and Primary Care in the management of care for children with chronic illness in Primary Health Care. **Methodology:** Research with a qualitative approach of an exploratory-descriptive nature. The study was carried out with health professionals who work in teams of the Family Health and Primary Care in a large municipality in Pernambuco. Data collection was performed using the focus group technique, in the months of February and April of 2019. The empirical material was interpreted through thematic analysis. **Results:** The matrix support bases the performance of the teams, such activities include both individual and collective care, with care management highlighted in all its dimensions, even if partially. The organizational and professional dimensions were positively highlighted with regard to the organization of formal flows of care and construction/strengthening of bonds based on integrated work between the teams involved. However, weaknesses in the systemic and societal dimensions were found when informal referrals from primary care to the specialized network were identified, compromising the referral and counter-referral process, and the absence of sufficient vacancies by the regulatory system of the studied municipality. **Conclusion:** The work of the Family Health and Primary Care Extended Centers with the Family Health Teams increases the possibility of expanded care in primary care, promoting new organizational formats of health care that favor the management of care for children with chronic health conditions.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Child Health. Chronic disease. Family.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVO	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Gestão do cuidado na assistência à criança com doença crônica	16
3.2	Nasf-AB como dispositivo no cuidado à criança com doença crônica	18
4	METODOLOGIA	24
4.1	Tipo de estudo	24
4.2	Cenário do estudo	24
4.3	Participantes do estudo	27
4.4	Coleta de dados	27
4.5	Análise dos dados	29
4.6	Considerações éticas da pesquisa	30
5	RESULTADOS	32
	ARTIGO ORIGINAL: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: gestão do cuidado à criança com doença crônica	
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	57
	ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas crescem em todo o mundo. O Brasil acompanha este cenário mundial, demandando um olhar cuidadoso da população, dos gestores e profissionais de saúde. Assim, evidencia-se a necessidade de uma rede de saúde preparada para atender às demandas oriundas das doenças crônicas, além de profissionais de saúde com competências específicas para prestar assistência contínua e integral a este público (NÓBREGA *et al.*, 2017).

O problema das doenças crônicas no mundo é de grande relevância, tendo em vista que corresponde a 72% das causas mortas. Ao considerar-se a faixa etária de zero a dezenove anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), no Brasil, aproximadamente 29,8% das crianças e adolescentes possuem pelo menos uma doença crônica.

As doenças crônicas fazem parte de um conjunto de condições crônicas, que têm como características apresentar quadros de duração longa ou indefinida, seu prognóstico, por vezes, apresenta-se incerto e com períodos de remissão e exacerbação sintomatológica no decorrer do tempo, requerendo atenção e um processo de cuidado contínuo sem que o resultado seja necessariamente a cura (BRASIL, 2013). As condições crônicas não incluem apenas as doenças crônicas, mas também as situações que interferem diretamente nas condições de saúde, como, por exemplo, as doenças infecciosas de desenvolvimento prolongado, como tuberculose, hanseníase e HIV/Aids (MENDES, 2011).

O Ministério da Saúde define como doenças crônicas aquelas que se relacionam com mais de uma causa, tem seu início gradual, com história clínica que muda ao longo do tempo, tendo possíveis momentos de agudização, podendo gerar incapacidades físicas e cognitivas (BRASIL, 2013).

Como a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada porta de entrada prioritária dos usuários às ações e serviços de saúde ofertados, nela deveria estar a resolução da maioria das necessidades de saúde destes (STARFIELD, 2002), incluindo o seguimento de crianças com doenças crônicas. Sendo assim, a APS é definida como o primeiro contato do usuário com a rede de saúde assistencial e caracteriza-se, principalmente, pela atenção centrada na família, integralidade da atenção e cuidado continuado, além da coordenação da assistência dentro do

sistema. Uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) ordenada por este nível de atenção tende a ser mais resolutiva e equitativa (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011).

Com a intenção de ampliar a abrangência e resolutividade das ações da Atenção Primária à Saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado em 2008, pela publicação da Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro, republicada em 4 de março de 2008, como dispositivo para dar suporte às Equipes de Saúde da Família (eSF). Contudo, com a publicação da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os Nasf passam a ser denominados de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). A partir disso, reforça-se que os Nasf-AB devem ser compostos por equipes que integram a APS no Brasil, com o intuito de garantir a longitudinalidade do cuidado e com atividades que impactem diretamente nas condições de saúde da população. Portanto, destaca-se a atuação dos profissionais que compõem estas equipes baseada no compartilhamento de saberes, práticas e gestão do cuidado, de forma que venha a potencializar a interdisciplinaridade na condução de casos e situações nos territórios (BRASIL, 2017).

Fortemente embasada nos conceitos de clínica ampliada e apoio matricial, os contornos dessa recente estratégia exigem dos profissionais ações e práticas diferenciadas das que foram historicamente construídas por todos da saúde, desenvolvendo um processo de trabalho de forma contra hegemônica (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

Segundo Bedrikow e Campos (2017), a clínica ampliada é fundamentada na produção de um cuidado considerando o imprevisível e a singularidade de cada sujeito e/ou coletividade. Para tanto, os usuários são convidados a cuidarem de si numa perspectiva de empoderamento e autonomia, com a participação nas decisões que envolvem sua saúde, não se restringindo ao olhar biomédico focado na doença. Então, a ampliação da clínica é uma diretriz que se propõe a qualificar o fazer em saúde de uma forma muito mais potente e próxima dos usuários do sistema de saúde.

O Nasf-AB tem como pressuposto trabalhar de forma a compartilhar a responsabilização sobre a população do território com suas equipes de referência. Com isso, contribui com a integralidade por meio de sua participação e problematização das formas assistenciais desenvolvidas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF), provocando o fortalecimento da ampliação

clínica. A regulação do acesso ao atendimento, individual e/ou coletivo, do Nasf-AB deve ser feita de forma compartilhada entre equipe de saúde da família e equipe Nasf-AB, não se constituindo em porta de entrada dos usuários. A equipe multiprofissional precisa realizar um trabalho baseado no compartilhamento de saberes e empoderamento dos sujeitos envolvidos (profissionais e usuários) na perspectiva do apoio matricial como eixo estruturante (BRASIL, 2012a; GONÇALVES *et al.*, 2015).

O apoio matricial tem como objetivo garantir um suporte especializado a equipes e profissionais responsáveis pela atenção à saúde. Este dispositivo está didaticamente dividido em duas dimensões, a retaguarda clínico-assistencial e a dimensão técnico-pedagógica, sendo a primeira mais diretamente relacionada à assistência prestada ao usuário, enquanto a segunda trata das relações de trocas de saberes destinadas às equipes de referência, tão importantes na condução do cuidado da população assistida (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Silva *et al.* (2017) discutem que o processo de trabalho das equipes Nasf-AB está diretamente relacionado ao modelo assistencial ao qual está inserido. Este, por seu caráter dinâmico, deve estar em constante construção, num processo de mudança influenciado pelo fazer saúde daquelas equipes ao qual prestam apoio. Destacam ainda, a relevância do planejamento do trabalho que será realizado com e para as eSF apoiadas, acrescentando a necessidade deste processo de planejamento ser dinâmico e sistemático, de tal forma que mantenha as pactuações vivas e úteis às demandas cotidianas do processo de trabalho entre as equipes.

A atuação dessa equipe multiprofissional na perspectiva de um trabalho em conjunto e de forma contínua é um dos desafios para a assistência nos territórios, incluindo as crianças com doenças crônicas, indo além da importância da participação de uma determinada categoria profissional no processo de cuidado. Assim, fica explícito o reconhecimento da complementaridade dos diferentes saberes e a contribuição que pode ser disponibilizada para o cuidado dessas crianças (DUARTE *et al.*, 2015).

O atendimento à criança com doença crônica após o acesso ao serviço ocorre, na maioria das vezes, por meio do acolhimento e, posterior, encaminhamento para o atendimento que procura, em geral, alguma especialidade. Alguns cuidados são realizados a essa criança durante a consulta, dentre eles

citam-se os cuidados no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (RODRIGUES, 2017).

Prestar atenção integral à saúde da criança com doença crônica solicita um intenso trabalho na construção de uma prática profissional mais ampla com estímulo ao empoderamento e autonomia dessas famílias, embasada na força política do controle social, a fim de que sejam implementadas mudanças importantes nos modos de ofertar o cuidado a essas crianças. Dessa maneira, se discutirmos com lentes voltadas à APS, as equipes de saúde da família podem necessitar de apoio para prestar a assistência, respeitando os princípios da equidade e integralidade, sendo a equipe Nasf-AB uma parceria potente na condução desses casos, auxiliando na sensibilização dos profissionais, além de garantir uma retaguarda de suporte especializado com forte atuação na articulação da RAS.

Uma das grandes preocupações descritas por Costa *et al.* (2018) é o descumprimento dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), como por exemplo, a integralidade. O excesso da burocracia nos serviços pode provocar uma inconsistência na consolidação de um cuidado prestado com qualidade que ultrapasse uma clínica médico centrada, tirando o foco da doença.

A integralidade é indispensável na assistência à saúde da criança, por envolver o cuidado relacionado com os profissionais de saúde, os familiares e a comunidade. Tal atributo requer uma variedade de serviços disponíveis na rede para atender às crianças e familiar/cuidador, mas vale salientar que sua aplicabilidade de forma resolutiva ainda é considerada como desafio (FINKLER *et al.*, 2016). Quando não ocorre reconhecimento das necessidades e dos serviços ofertados constata-se que a integralidade não se faz presente enquanto diretriz das ações de cuidado. Para assegurar essa integralidade no que diz respeito à atenção à criança com doença crônica, Rodrigues (2017) refere que é preciso repensar com a equipe de saúde e trabalhar, a fim de ofertar serviços e programas que atendam às questões de saúde dessas crianças.

Nessa direção, salienta-se a necessidade de mobilização de competências da gestão do cuidado por parte dos envolvidos na assistência às crianças com doença crônica, a partir das suas múltiplas dimensões.

Na tentativa de dar conta da articulação entre profissionais e serviços e saúde na atenção às pessoas com doenças crônicas, no Brasil, foi publicada a Portaria nº 483/14 do Ministério da Saúde (MS) que regulamenta a Rede de Atenção à Saúde

das Pessoas com Doenças Crônicas. A intenção desta Portaria foi responder a um contínuo processo de assistência prestada a essas pessoas, preconizando a integralidade da atenção em toda a rede, com a oferta de atividades que envolvem desde as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, e, também, a manutenção da saúde (BRASIL, 2014). Isso corrobora o entendimento de Nóbrega *et al.* (2017) quando relatam em seu estudo que a atenção à saúde da criança com doença crônica deve possibilitar a integralidade do cuidado, com o acesso assegurado aos serviços da RAS a fim de atendê-las de forma contínua em suas necessidades individuais.

Os profissionais que compõem a equipe Nasf-AB, tem como importante desafio organizar seu processo de trabalho a partir de métodos de funcionamento que desviem a prática profissional do foco da doença para uma visão mais ampliada da saúde. Para tanto, faz-se necessário ter a interdisciplinaridade em destaque para a realização de um cuidado integral, ao invés de realizar encaminhamentos irracionais e fragmentados dos usuários à atenção especializada (SILVA, *et al.*, 2019).

Considerando que as atividades dos profissionais do Nasf-AB devem ser transversais, de forma que todos os ciclos de vida sejam contemplados, o Ministério da Saúde apresenta, no Caderno de Atenção Básica 27, diversas formas de prestar apoio às eSF. No que se refere ao componente vinculado ao Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, cita como exemplo o apoio na abordagem dos problemas relacionados às crianças com "...doenças crônicas, malformações congênitas, doenças metabólicas, transtornos mentais, ...", além de apoiar na identificação, definição de condutas e acompanhamento de crianças com problemas crônicos e persistentes, contando com atividades educativas sistemáticas para as famílias e formação de grupos terapêuticos (BRASIL, 2009 p. 112).

Diante do exposto, questionou-se: como os profissionais do Nasf-AB estão desenvolvendo a gestão do cuidado da criança com doença crônica? Vale destacar que além de contribuições para a melhoria na qualidade do cuidado à criança com doença crônica, esta pesquisa será relevante para que a gestão da secretaria municipal de saúde onde o estudo será realizado tenha os resultados como base para tomada de decisão com relação a essa problemática, assim como investimentos voltados para um cuidado ampliado na APS, buscando a integralidade. Nessa direção, urge a necessidade de se repensar como tem sido a

gestão do cuidado à criança com doença crônica pelos profissionais do Nasf-AB, que têm como pressuposto o trabalho embasado na clínica ampliada e apoio matricial.

2 OBJETIVO

- Compreender as ações do Núcleo Ampliado de Atenção à Saúde da Família e Atenção Básica na gestão do cuidado à criança com doença crônica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Gestão do cuidado na assistência à criança com doença crônica

Refletir sobre a gestão do cuidado sugere reconhecer novos modos de entender as práticas do cuidado em saúde, já que os profissionais precisam assumir o compromisso de adequar suas atividades de cuidado, a fim de prestar assistência mais qualificada com impacto na satisfação dos usuários. Entende-se que esse conceito envolve questões de cunho individual e coletivo e, que necessita ser continuamente repensado. Portanto, é preciso que se produza conhecimentos que sejam compartilhados no que se refere à gestão do cuidado na APS (LEITE *et al.*, 2016).

Por outro lado, também permeiam essa temática a articulação e integração entre as ações cuidativas e gerenciais, mediante o exercício de liderança, relações interativas, comunicativas e cooperativas assumidas pelos profissionais envolvidos e os usuários (MORORÓ *et al.*, 2017).

A gestão do cuidado em saúde é definida por Cecílio (2011, p 589) “como 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”.

Assim, para discutir a atuação dos profissionais do Nasf-AB em relação à gestão do cuidado de crianças com doença crônica tomar-se-á suas múltiplas dimensões (CECÍLIO, 2011), a saber:

- **dimensão individual:** está o “cuidado de si”, no sentido de que as pessoas têm potência de produzir um modo singular de “anda a vida”, fazendo escolhas que, também são atravessadas pelas determinações sociais;
- **dimensão familiar:** se dá no mundo da vida, nas relações com as pessoas da família, dos amigos e vizinhos, com suas dificuldades e contradições;
- **dimensão profissional:** diz respeito às relações de encontro entre usuário e profissional, em momentos protegidos, distante de qualquer julgamento externo que deseje manter um controle, três elementos destacam-se nessa dimensão: ética profissional, capacidade de construção de vínculos e a competência técnica;

- **dimensão organizacional:** corresponde às atividades práticas que envolvem uma função gerencial, com coordenação e definição de fluxos e regras do processo de trabalho da equipe a fim de operacionalizar o cuidado;
- **dimensão sistêmica** envolve as anteriores e está relacionada à construção das linhas e redes de cuidado, com normas e fluxos formais de comunicação entre os serviços, na perspectiva da garantia da integralidade da assistência;
- **dimensão societária** da gestão do cuidado em saúde indica como, em cada sociedade, se produzem as políticas públicas, incluindo a de saúde, e como é pensado o papel do Estado na implementação de estratégias para a garantia das políticas sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) têm elencado estratégias diferentes e políticas voltadas à formação e à qualificação dos profissionais da saúde, objetivando suscitar mudanças efetivas na gestão do cuidado. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é apontada pelo MS como estratégia que promove a melhoria da gestão (COSTA *et al.*, 2018).

A EPS tem sido pautada na possibilidade de transformar as práticas profissionais e em adquirir novos conhecimentos, por meio dos problemas enfrentados na realidade e embasada nas experiências e conhecimentos de cada indivíduo (TREVISAN *et al.*, 2013). Além disso, desempenha um papel importante no sentido de garantir que o profissional mantenha e desenvolva novas habilidades e aprendizagens (COSTA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a EPS constitui uma ferramenta transformadora capaz de auxiliar na qualificação do cuidado, principalmente quando apoiada em referenciais que favoreçam sua condução, reforçada por parcerias efetivas de trabalho entre os profissionais envolvidos e ambientes que permitam ampliar sua aprendizagem (DRAPER; CLARK; ROGERS, 2016).

A integralidade do cuidado deve ser favorecida pela organização da atenção à saúde da criança com doença crônica, trazendo garantia de acesso à rede de serviços de modo que seja possível acompanhá-las de acordo com suas necessidades e aquelas inerentes à doença crônica (NÓBREGA *et al.*, 2017). Nessa perspectiva, as Redes de Atenção à Saúde tiveram a sua criação para viabilizar a reorganização do sistema de saúde no que diz respeito às necessidades da população (BRASIL, 2013), de modo a garantir essa atenção.

As ações na APS, direcionadas ao cuidado às crianças com condições crônicas não apresentam distinção daquelas previstas pelo MS voltadas para as demais crianças atendidas (DUARTE *et al.*, 2015). Os profissionais de saúde não planejam sua prática baseada nas singularidades dessas crianças, deixando a critério da gestão que defina, a partir de cobranças, a implementação de atividades destinadas a esse grupo de crianças com doença crônica (NÓBREGA *et al.*, 2017).

Assim, tendo em vista as especificidades dessa população, a inexistência de uma rede integrada de atenção pode ser considerada um grande obstáculo para que as crianças com doença crônica tenham acesso aos diferentes serviços da rede. Com isso, a família inicia, por conta própria, um processo de cuidado, mas que exige cuidados ampliados que incluem atenção em instituições de nível primário, secundário e terciário, para que seja possível garantir os insumos ou recursos dos quais precisam (SANTOS; MARQUES; SOUZA, 2017).

Fazer a gestão do cuidado de crianças com doenças crônicas na APS extrapola qualquer encaminhamento que se faça a especialistas. Diz respeito à coordenação do cuidado, que pode ser garantida pelo vínculo e corresponsabilização junto aos profissionais da APS, de auxiliar no acesso aos serviços com a articulação da RAS, de superar uma assistência com foco na doença, com capacidade de escuta qualificada e resolutividade, dentre tantos outros aspectos.

3.2 Nasf-AB como dispositivo no cuidado à criança com doença crônica

As crianças tiveram suas primeiras políticas de saúde relacionadas com as políticas sociais, as quais têm a ver, de um modo geral, com a produção de conhecimento acerca do processo saúde/doença dessa população. No entanto, as primeiras políticas tiveram como características o cuidado individualizado e curativo. Posteriormente, as políticas que foram sendo implantadas trabalharam para superar os conceitos que até então eram centralizados no atendimento individualista, por meio de medidas e ações que garantissem a sobrevivência e qualidade de vida infantil, além de incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança (ARAÚJO *et al.*, 2014).

No contexto da assistência à saúde da criança com doença crônica tem-se uma lógica de orientação, em que é feita oferta de serviços que reduzam os índices de mortalidade. Porém, o cuidado a essas crianças requer uma resposta

complexa e de longo prazo, uma vez que a maioria possui múltiplas condições crônicas e necessita de cuidados diferenciados em relação ao seu desenvolvimento. As características de cronicidade não apresentam regressão nos seus quadros, sendo mais indicada desacelerar sua progressão e buscar mais qualidade de vida. A atenção primária surge nesse cenário, como o espaço mais apropriado para implementação do cuidado a essa população (MENDES, 2015).

Os Nasf-AB se constituem de equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as Equipes de Atenção Básica (EqAB), Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas e o Programa Academia da Saúde. A atuação desses núcleos pressupõe uma estratégia de organização do trabalho em saúde, junto às equipes de saúde que apoiam, e que estão envolvidas na atenção aos problemas ou situações comuns de determinado território, com profissionais de núcleos de conhecimento diferentes das equipes de referência (BRASIL, 2011).

Tem-se como exemplos das ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos Nasf-AB: construção conjunta de projetos terapêuticos, discussão de casos e do processo de trabalho das equipes, educação permanente, atendimento conjunto ou não, ações intersetoriais e de prevenção e promoção da saúde, interconsulta, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, entre outros (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2017).

Estudo identificou que, por meio de suas atividades, o Nasf-AB permitiu a ampliação do olhar para produção do cuidado, com aumento de ações oferecidas pelas EqAB, incluindo novos grupos terapêuticos, gerando maior impacto sobre as doenças crônicas e na melhoria da qualidade de vida das pessoas assistidas (VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015). Ampliando a discussão acerca dos modelos de atenção voltados às doenças crônicas, estudo constatou que, diante do aumento da sua ocorrência, os serviços de saúde devem transpassar as propostas de organização até então orientadas para o tratamento de problemas agudos (DUARTE *et al.*, 2015).

Duarte *et al.* (2015) explicitam que, apesar das dificuldades encontradas, conseguiram obter estratégias para articular o trabalho dos diferentes profissionais no acompanhamento às crianças com doença crônica assistidas pelas equipes de saúde da família. Os dados extraídos revelaram que essa maneira de trabalhar é promovida por meio da realização de discussões entre os integrantes da EqAB, os

da equipe do Nasf-AB, bem como os diversos serviços de atenção à saúde da criança.

Além disso, nas reuniões do Nasf-AB em conjunto com profissionais da EqAB, que ocorrem mensalmente, são discutidos o atendimento de cada profissional e a evolução das crianças em relação à assistência prestada, e, também, são inseridos casos novos que demandam atendimento. Nessas reuniões, enfermeiros, técnicos de enfermagem, pediatras e generalistas fazem uso do matriciamento para o acompanhamento (DUARTE *et al.*, 2015). Nessa dinâmica de trabalho, há um espaço de discussão que acontece em conjunto com o Nasf-AB, possibilitando o acesso às informações e aprimoramento da equipe para a continuidade do cuidado.

A Equipe Nasf-AB (EqNasf) e EqAB devem interagir a fim de alcançar os objetivos a que se propõem num trabalho em conjunto, pois a troca de saberes entre os profissionais destas equipes pode assegurar uma assistência integral, com vistas à resolutividade das necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde (FREITAS, 2015). Para tanto, o processo de trabalho na APS precisa ser revisitado, mantendo o usuário como foco, para que a integralidade do cuidado seja o objetivo das ações e serviços ofertados à população. Considerando a criança com doença crônica, um aspecto importante no ato de cuidar é a presença de diferentes núcleos de saberes, uma vez que é preciso haver a integração de conhecimentos diversos para que deem conta dos múltiplos fatores sociais, culturais, biológicos e econômicos que interferem no processo de saúde/doença desse público (SILVA *et al.*, 2017).

Para além da integração entre equipes (Nasf-AB e EqAB), a participação de todos os profissionais do Nasf-AB na gestão do cuidado pode contribuir para atingir a integralidade no cuidado às crianças que sofrem com alguma doença crônica (FREITAS, 2015), além de garantir a longitudinalidade e continuidade do cuidado a fim de manter o controle da doença e proporcionar melhor qualidade de vida a essa população.

Não obstante, a busca por cuidados nos serviços de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas é desafiador para as famílias que convivem com crianças nessa condição. A ausência, muitas vezes, de redes e fluxos formais de cuidado força a criação de caminhos alternativos pelas famílias em busca de uma assistência que dê respostas às complexas necessidades de saúde

vivenciadas, sem que a APS esteja no centro da coordenação do cuidado. As lacunas deixadas pela APS, muitas vezes, faz com que as famílias precisem recorrer a outros setores sociais, como o atendimento jurídico, a fim de garantir o que seriam direitos em saúde no Brasil.

Tal busca se dá pela tentativa em obter aquilo que é negligenciado para suprir as necessidades de crianças com doença crônica (SANTOS; MARQUES; SOUZA, 2017). Nesse contexto, é relevante fazer uma análise da organização do processo de trabalho das EqAB com apoio do Nasf-AB, para suscitar questões que reflitam uma prática baseada em fatores que possam potencializar a integralidade do cuidado, bem como auxiliar no direcionamento das possíveis fragilidades do processo que reverberam em deficiências no apoio matricial ofertado (SILVA *et al.*, 2017).

Muitas são as fragilidades que envolvem o processo de cuidado das EqAB e Nasf-AB, vale destacar nesse contexto que, embora a chegada do Nasf-AB caracterize a entrada de novos núcleos profissionais à APS ampliando os serviços e aumentando a resolutividade das necessidades de saúde dos usuários, a manutenção de um processo de trabalho segmentado e desarticulado com as equipes apoiadas, pode comprometer os resultados mais expressivos para a população assistida (RIBEIRO *et al.*, 2014). Busca-se que o processo de trabalho entre profissionais Nasf-AB e as equipes de referência do cuidado se dê a partir da criação de espaços de discussões voltados à gestão do cuidado e à materialização de uma rede de cuidados sob a coordenação da APS, evitando a medicalização da assistência, encaminhamentos e intervenções desnecessárias (ANJOS *et al.*, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2014).

A carência de apoio matricial, que poderia ser realizado pelo Nasf-AB, além da rede de apoio diagnóstico e de reabilitação, é potencializada pela sobrecarga, frustração e baixa resolutividade na prática dos profissionais da ESF, no que se refere a prestar assistência integral às crianças com doença crônica, por estas demandarem atividades com maior complexidade no cuidado realizado (LOPES, 2015).

A fragilidade do cuidado nos diferentes pontos da atenção vem sendo trabalhada paulatinamente. Para a garantia de uma atenção humanizada, longitudinal e integral as equipes que estão na APS – eSF e EqNasf, precisam assumir a coordenação do cuidado em todas as situações que se depararem.

Além disso, é importante que incentivem e apoiem a participação familiar e individual no autocuidado, a fim de potencializar as condutas dos profissionais envolvidos, destacando a importância da autonomia dos usuários para a obtenção do êxito no processo de cuidar (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014). Percebe-se que o diagnóstico na APS é uma das grandes fragilidades, já que a detecção precoce auxilia no tratamento, evitando situações mais complexas que demandem, por exemplo, a internação destas crianças. Assim, o cuidado tem ficado focado na atenção especializada, mesmo considerando ações que poderiam ser desenvolvidas por profissionais da APS – eSF e Nasf-AB (PEREIRA, 2016).

Considerando os limites existentes na atuação do Nasf-AB, estudo, na perspectiva das equipes apoiadas, evidenciou distorções quanto à atuação desses profissionais. Dentre os problemas identificados Pereira (2016) cita que as demandas são muito maiores do que eles têm capacidade de atender, considerando suas cargas horárias e o número de equipes que precisam disponibilizar o apoio, mesmo que atendam aos critérios propostos pelo MS, comprometendo a potencialidade desses profissionais na APS.

Embora a proposta do Nasf-AB seja de superar a lógica fragmentada da assistência à saúde por meio da articulação das redes existentes, contribuindo para uma linha de cuidado integral que funcione sob as diretrizes de ação interdisciplinar e intersetorial (ANJOS *et al.*, 2013), os profissionais encontram limites nessa atuação. Apesar disto, é curioso perceber a escassez de referências que relatem a prática do Nasf-AB como figura potente na gestão do cuidado com articulação da rede de saúde em parceria com as EqAB. Em pesquisa recente sobre a percepção dos familiares acerca dos cuidados da criança com doença crônica na ESF, apesar da área de estudo ter em sua composição EqNasf, esta não foi citada como possibilidade para potencializar o cuidado a partir da APS (LACERDA, 2016).

Ainda que seja desafiador um processo de trabalho integrado entre EqNasf e EqAB, a necessidade de consolidação de uma prática colaborativa e reconhecida entre gestores e profissionais da APS se faz necessária a fim de consolidar um modelo de atenção pautado em princípios que favoreçam a gestão do cuidado neste ponto de atenção, como a integralidade do cuidado e a interdisciplinaridade (SOUZA, 2017).

Então, o trabalho desenvolvido pelas EqNasf pode potencializar o processo de cuidado já oferecido na APS à criança com doença crônica, tendo como foco a gestão do cuidado em todas as suas dimensões. De forma efetiva, favorece que a APS assuma a coordenação do cuidado, com atenção voltada à integralidade e longitudinalidade da assistência. A atuação conjunta entre os profissionais Nasf-AB e EqAB promove a ampliação da clínica a partir de problematizações acerca do cuidado a esta população, tendo o matriciamento como ponto chave na construção de novas possibilidades de atuação profissional, o que possibilita a melhoria da qualidade de vida das crianças com doença crônica (VOLPONI *et al.*, 2015).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de cunho exploratório-descritiva. A opção de escolha pelo método qualitativo atribui-se ao fato de ser possível verificar uma situação que não pode ser quantificada, tornando viável entender as relações, crenças, percepções, opiniões e atitudes dos sujeitos entrevistados (MINAYO, 2016). Destaca-se que a pesquisa exploratória tem o intuito de proporcionar uma visão mais geral acerca do fato a ser abordado, buscando levantar informações sobre um determinado objeto, mapeando as questões relacionadas ao objeto. Por sua vez, a pesquisa descritiva busca descrever as características da população do estudo ou do fenômeno em questão, ou ainda, atribuir uma relação entre diversas variáveis, visando suscitar conceitos, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2019).

4.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Nasf-AB do município de Recife, capital do estado de Pernambuco. Com um território bastante diverso a cidade está dividida em 94 bairros, estes subdivididos em 06 Regiões Político-Administrativas (RPA). Recife possui uma população estimada de 1.608.488 habitantes e seu território possui aproximadamente 218 km² (RECIFE, 2014).

Para o setor saúde a divisão do território corresponde a 8 Distritos Sanitários (DS), assim denominados: DS I (Centro: 11 Bairros); DS II (Norte: 18 Bairros); DS III (Noroeste: 16 Bairros); DS IV (Oeste: 12 Bairros); DS V (Sudoeste: 16 Bairros); DS VI (Sul: 05 Bairros) DS VII (noroeste: 13 bairros); DS VIII (Sul: 03 bairros).

Segundo informações contidas no Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (RECIFE, 2014), a APS da cidade do Recife tem um total de 268 Equipes de Saúde da Família, destas, 167 (62%) são cobertas por Nasf-AB. À época da coleta de dados, o número de equipes Nasf-AB é de 20 (vinte), tendo o total de 133 profissionais em sua composição distribuídos nos oitos DS. Cada DS possui uma coordenação Nasf-AB distrital que, dentre suas atribuições, está a de promover integração do Nasf-AB junto às eSF de acordo com a lógica de apoio matricial, além de realizar monitoramento e avaliação das ações por equipe e profissional que compõe o Nasf-AB.

Quadro 1. Distribuição das Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica no município de Recife, 2020.

DS	Local	Bairros	Nasf-AB	Profissionais das EqNasf por categoria
DS I	Centro	11	02	1.1 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (1), Serviço Social (1) e Farmácia (1)
				1.2 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (2), Serviço Social (1) e Fisioterapia (1)
DS II	Norte	18	03	2.1 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (2) e Serviço Social (1)
				2.2 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (1), Serviço Social (1) e Fisioterapia (2)
				2.3 Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (2), Serviço Social (1), Farmácia (1) e Fisioterapia (1)
DS III	Noroeste	16	01	3.1 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Serviço Social (1), Terapia Ocupacional (1) e Fisioterapia (2)
DS IV	Oeste	12	03	4.1 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (1) e Serviço Social (2)
				4.2 Psicologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (2), Serviço Social (1), Fisioterapia (1) e Farmácia (1)
				4.3 Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (2), Serviço Social (2) e Fisioterapia (1)
DS V	Sudoeste	16	03	5.1 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Serviço Social(1), Fisioterapia (1) e Farmácia (1)
				5.2 Psicologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (1), Serviço Social (1), Fisioterapia (2) e Farmácia (1)

				5.3 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (1), Serviço Social (2) e Fisioterapia (1)
DS VI	Sul	05	02	6.1 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (1), Serviço Social(1), Fisioterapia (1) e Farmácia (1)
				6.2 Psicologia (2), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (2), Serviço Social (1) e Fisioterapia (1)
DS VII	Noroeste	13	03	7.1 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (1), Serviço Social (1), Fisioterapia (1) e Farmácia (1)
				7.2 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Serviço Social (1), Fisioterapia (1) e Farmácia (1)
				7.3 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Terapia Ocupacional (1), Serviço Social (2), Fisioterapia (1) e Farmácia (1)
DS VIII	Sul	05	03	8.1 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (1), Serviço Social (2) e Fisioterapia (2)
				8.3 Psicologia (1), Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Serviço Social (1) e Fisioterapia (1)
				8.5 Fonoaudiologia (1), Nutrição (1), Terapia Ocupacional (1), Serviço Social (2) e Fisioterapia (1)

Fonte: construído pela pesquisadora

4.3 Participantes do Estudo

Participaram da pesquisa 10 profissionais dos Nasf-AB do município de Recife-PE. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: atuar no Nasf-AB com exercício mínimo de um ano na mesma equipe e ter experiência no atendimento à criança com doença crônica. Foram excluídos os profissionais que estavam de licença ou férias no período da coleta de dados; e aqueles que eram do Distrito Sanitário VI, por terem relação hierárquica de chefia imediata com a pesquisadora responsável, a fim de minimizar as possíveis interferências, quer sejam benéficas ou não, na coleta de dados (BARBOUR, 2009). Portanto, foram incluídos nesta pesquisa sete DS (I; II; III; IV; V; VII; e VIII).

4.4 Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro e abril de 2019 por meio da técnica de grupo focal (GF). A escolha dessa técnica se deu pelo fato de permitir a construção coletiva de conhecimentos a partir da exploração da temática escolhida (MINAYO, 2014). O GF é considerado um recurso metodológico adequado para estudos que se disponibilizam a compreender as experiências de determinados grupos a partir da discussão da realidade vivida (KINALSKI *et al.*, 2017).

Segundo Minayo (2014), o Grupo Focal se constitui em entrevista coletiva. A técnica de GF necessita de rigor metodológico, que requer planejamento, com a finalidade de obter informações de qualidade e aprofundá-las, para que se chegue a consensos e/ou divergências entre os participantes. Para tanto, deve ser realizada a partir de um roteiro, que contenha questões mais gerais e outras que possam especificar a temática escolhida, sob a coordenação de um moderador com habilidade em trazer sempre os participantes ao foco da pesquisa, promover a participação de todos e aprofundar a discussão.

Kinalski *et al.* (2017) destacam a importância do planejamento de forma criteriosa para o pleno desenvolvimento das sessões grupais. Para tanto, foi realizado um encontro prévio com a equipe de coordenação Nasf-AB para decidir a melhor forma de distribuição dos convites aos profissionais, assim como definir dias e horários mais oportunos considerando suas cargas horárias e atividades.

Os encontros para realização do GF aconteceram na Policlínica Lessa de Andrade, que é um serviço municipal de média complexidade que oferece serviços

especializados, como o Núcleo de Desenvolvimento Infantil, o centro de testagem e aconselhamento, entre outros. O local escolhido possui estrutura física adequada para o desenvolvimento da técnica, é de fácil acesso e caracteriza-se como um ambiente neutro. Sua sala de reunião está em um espaço reservado da unidade, em que apenas pessoas autorizadas circulam, garantindo privacidade suficiente para a realização dos encontros, além de não apresentar custo adicional à pesquisa (BARBOUR, 2009).

Dois encontros para realização do GF foram efetivados, e contaram com a participação de dez e cinco profissionais, respectivamente. A composição do primeiro grupo se deu a partir do convite a dois profissionais de distintas categorias profissionais por DS, de modo que o GF tivesse a representatividade das sete profissões que compõem as equipes Nasf-AB do município em estudo (fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional e farmacêutica) e dos sete DS que compuseram o cenário do estudo, totalizando em 14 cartas-convite. Em relação ao número de participantes, a literatura apresenta diferentes possibilidades podendo variar de seis a 12 (MINAYO, 2014), ou de seis a 15, sendo considerado como ideal quando é composto de oito a dez participantes (DALL'AGNOL *et al.*, 2012). Neste estudo, foram seguidas as recomendações de Minayo (2014) para a composição do GF, contudo, prevendo possíveis perdas devido a fatores de qualquer natureza e, ao mesmo tempo, buscar explorar a temática em profundidade.

Para o segundo GF foram convidados os profissionais que já haviam participado do primeiro encontro, a fim de retomar aspectos importantes que apareceram no grupo anterior, e que não foi possível aprofundá-los devido ao esgotamento do tempo máximo de duração, previamente acordado entre os participantes do GF.

Para a condução do primeiro GF, foi construído um roteiro dividido em duas partes: a primeira contendo um “*texto episódico*” (MINAYO, 2014) (Apêndice A), que foi distribuído a todos os participantes e lido em voz alta para acompanhamento dos presentes, com foco na temática de interesse, que desencadeou uma discussão entre os participantes; e a segunda parte que englobava perguntas para nortear as falas com os seguintes tópicos:

1. Como tem sido a atuação à criança com doença crônica pelo Nasf-AB?
2. Qual a sua contribuição na atenção à criança com doença crônica?

Após autorização dos participantes, o material empírico foi gravado em áudio, com a utilização de dois gravadores estrategicamente posicionados para captar as falas dos participantes com maior qualidade.

Para a realização dos encontros, a equipe coordenadora dos GF foi composta pela pesquisadora que assumiu o papel de moderadora, assim como dois outros membros que auxiliaram na condução dos grupos como observadores. Estes realizaram registro de informações que não puderam ser captadas pelos gravadores, como expressões faciais dos participantes, além de controlar o tempo e monitorar o equipamento utilizado para gravação (MINAYO, 2014).

A técnica de grupo focal possibilitou compreender como tem ocorrido o cuidado na APS à criança com doença crônica, a partir da percepção dos profissionais Nasf-AB. Foram destacadas as ações realizadas pelos participantes do estudo, além de promover uma discussão propositiva, baseada na vivência dos mesmos a fim de buscar evidenciar aspectos resolutivos das dificuldades pontuadas.

O critério de encerramento da coleta foi o de suficiência, ou seja, assim que o material produzido se mostrou satisfatório para responder ao objetivo proposto, imprescindível para a compreensão e contextualização do objeto de pesquisa com a fundamentação teórica necessária para a construção do conhecimento (MINAYO, 2014).

4.5 Análise dos Dados

Para análise dos dados, os áudios do GF foram transcritos na íntegra e interpretados por meio da técnica de análise temática (MINAYO, 2014), que tem como proposta a categorização dos relatos dos participantes a partir de seu conteúdo.

Para operacionalizar a análise dos dados utilizando-se desta técnica, foram respeitadas as três etapas descritas. A pré-análise, que consiste na seleção do material já coletado, e na análise, com vistas a revisitar as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, a partir de um contato intenso com o material de campo, o que permitiu uma aproximação do pesquisador com seu conteúdo. Nesta etapa, após a transcrição do material gravado, foi realizada leitura de forma exaustiva e organização dos dados, com vistas a uma primeira classificação das informações tomando-se como base os objetivos que orientam a pesquisa. A segunda etapa, exploração do material, ocorreu a identificação dos temas centrais que foram

suscitados durante a realização dos GF com o intuito de agrupar os dados, dividindo-os em categorias que apresentem o mesmo núcleo de significado; e, por fim, a etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014) tomando como base o conceito de gestão do cuidado e da literatura pertinente.

No final da análise, surgiram duas categorias temáticas: Atividades de apoio técnico pedagógico para a gestão do cuidado à criança com doença crônica; e Prática clínica do Nasf-AB na gestão do cuidado de criança com doença crônica, que resultou na construção do artigo original intitulado: “Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: gestão do cuidado à criança com doença crônica”.

4.6 Considerações éticas da pesquisa

A pesquisa cumpriu com os preceitos Éticos Brasileiros, seguindo a Resolução CNS Nº 466/12, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. A Secretaria de Saúde municipal de Recife-PE emitiu carta de anuência para a liberação da realização da pesquisa (ANEXO A). O projeto foi submetido à avaliação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e teve aprovação com Número do Parecer: 3.064.196 e CAAE: 02664018.2.0000.5188 (ANEXO B), somente após aprovação, a coleta de dados foi iniciada.

Para os participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), no qual constava o objetivo do estudo e seu desenvolvimento por etapas, podendo confirmar ou negar participação a qualquer momento da pesquisa, e uma via foi entregue a cada participante. O anonimato e sigilo de informações que respeitem a confidencialidade dos dados pessoais foi garantido utilizando apenas a referência do grupo focal para o relato das respostas sem a identificação de qual equipe o participante compõe, assim como sua categoria profissional.

No que diz respeito aos riscos, destaca-se que esta pesquisa ofereceu possível desconforto durante a participação no grupo focal já que nesta metodologia é preciso que o participante se coloque a discutir diante dos demais voluntários. Para minimizar os riscos foi realizado um acordo prévio que estabeleceu regras entre os participantes para a condução do grupo focal. Caso o participante voluntário tivesse interesse em desistir, ou desejar se ausentar ao longo do andamento da coleta, seria respeitada a sua necessidade. Os benefícios foram o de contribuir para

a reflexão acerca da assistência às crianças com doenças crônicas na APS, a partir das experiências relatadas pelos profissionais que participaram da pesquisa, além da publicação dos resultados obtidos em trabalhos científicos que podem cooperar com a maior aproximação científica com a temática abordada.

5 RESULTADOS

Esse estudo foi realizado com a participação de dez profissionais de diferentes categorias (psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, farmácia e serviço social) que compõem equipes Nasf-AB do município em estudo. Todos os participantes foram do sexo feminino e apresentavam tempo de atuação na mesma equipe que variou de três a sete anos. Com exceção de um sujeito, todas as profissionais tinham pós-graduação, e sua maioria sendo na área de saúde coletiva e saúde da família.

Neste capítulo será apresentado o artigo original que foi construído como produto desta pesquisa, e atende ao objetivo do estudo, cujo o título é “Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: gestão do cuidado à criança com doença crônica”.

ARTIGO ORIGINAL:

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: gestão do cuidado à criança com doença crônica

Nasf-AB: gestão do cuidado à criança com doença crônica

Resumo

Objetivou-se compreender as ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na gestão do cuidado à criança com doença crônica. Pesquisa qualitativa, realizada de fevereiro e abril de 2019 com trabalhadores de equipes Nasf-AB de um município de grande porte do nordeste brasileiro por meio de grupo focal. Os dados foram interpretados pela análise temática. Evidenciou-se que as ações realizadas giram em torno do cuidado individual e coletivo, tendo o apoio matricial como referência para a reestruturação e execução do trabalho, ofertando suporte especializado às equipes de saúde da família. Foram contempladas as dimensões individual/familiar, profissional, organizacional societária e sistêmica da gestão do cuidado. A atuação do núcleo na Atenção Primária fomenta novas organizações de cuidado que amplia as possibilidades de prestar assistência integral, favorecendo a gestão do cuidado pelas equipes deste ponto da rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Equipe de Assistência ao Paciente. Cuidado da Criança. Doença Crônica.

Introdução

As doenças crônicas aumentam em todo o mundo demandando uma atenção especial dos profissionais e gestores da saúde. Nessa perspectiva, exige-se novas competências para qualificar a assistência ¹, especialmente quando se trata de crianças com doença crônica.

Para garantir a integralidade da assistência a essa população, destaca-se a necessidade de reavaliar o processo do cuidado em equipe, com foco na oferta de serviços e programas que atendam às suas demandas singulares de atenção à saúde ².

A fim de ampliar a abrangência e resolutividade das ações da Atenção Primária à Saúde (APS), em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família ³, que em 2017, com a publicação da nova versão da Política Nacional de Atenção Básica, passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), constituindo equipes que integram a APS ⁴. Tem por orientação realizar o trabalho para garantir a longitudinalidade do cuidado, além de desenvolver atividades que impactem nas condições de saúde da população.

Portanto, o Nasf-AB tem como desafio constituir seu processo de trabalho embasado em métodos que superem o modelo de assistência biomédico e trabalhem na perspectiva da integralidade e humanização do cuidado ⁵.

Nessa direção, salienta-se a necessidade de mobilização de competências da gestão do cuidado à essa população a partir das suas múltiplas dimensões. A gestão do cuidado em saúde é definida como a oferta de tecnologias de saúde, a partir de demandas singulares de cada indivíduo, em momentos distintos de sua história, “visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz”^{6:589}. Contempla seis dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária que demandam articulação de suas competências para resolver problemas de saúde dos usuários⁶.

Tendo em vista que o processo de trabalho das equipes Nasf-AB está diretamente relacionado ao modelo assistencial ao qual está inserido⁵ e que sua atuação deve ser de apoio na APS, há que se reconhecer a complementaridade dos diferentes saberes para a produção mais rica do cuidado às crianças com doenças crônicas⁷. A atuação da equipe Nasf-AB (EqNasf) envolve todos os ciclos de vida e grupo populacional⁸, incluindo as crianças com doenças crônicas.

Desde 2009, os documentos do Ministério da Saúde (MS) brasileiro indicam a atuação das EqNasf na assistência a essa população para apoiar na identificação, definição de condutas e acompanhamento de crianças com problemas crônicos e persistentes de saúde, tendo atividades educativas sistemáticas para as famílias e formação de grupos terapêuticos⁹. Dentre os exemplos de atividades da EqNasf narrados pelo MS constam a atuação como retaguarda especializada para o acompanhamento de crianças do território que se encontram em adoecimento crônico (asma moderada e grave, etc); doenças congênitas e/ou crônicas; que apresentam risco de comprometimento que limite sua saúde (recém-nascidos pré termos ou com Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida, desnutrição grave ou moderada e desenvolvimento neuropsicomotor alterado, etc), dentre outros⁹.

Contudo, quando uma criança com diagnóstico de alguma doença crônica chega à APS, é encaminhada para atendimento com especialista de maneira ambulatorial, muitas vezes não retornando para sua eSF de referência², fragmentando o seguimento na RAS e inviabilizando a coordenação do cuidado e o ordenamento do fluxo pela APS.

O apoio matricial acerca do cuidado ao público é uma estratégia que contribui para a articulação do trabalho entre os profissionais e a continuidade do cuidado em diferentes pontos da RAS⁷, minimizando essa fragmentação. Considera-se como essencial na condução de dificuldades que a eSF possa apresentar diante de situações especiais. Para tanto, tais equipes constroem possibilidades a partir de um planejamento, em que são valorizadas as trocas de saberes entre os profissionais da APS e dos diferentes serviços envolvidos no cuidado ao usuário¹⁰.

Portanto, contar com o Nasf-AB pode ser uma parceria imprescindível na sensibilização dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), além de assegurar uma retaguarda especializada com relevante atuação na articulação da RAS ¹¹. Assim, os fluxos e contrafluxos de crianças com doença crônica podem ser racionais e cada vez mais qualificados, potencializando a resolutividade na APS.

Nesse sentido, questiona-se: Como os profissionais do Nasf-AB estão desenvolvendo o cuidado à criança com doença crônica? Para tanto, objetivou-se compreender as ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na gestão do cuidado à criança com doença crônica.

Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa, exploratório-descritiva. O cenário da pesquisa foi o Nasf-AB de um município de grande porte do estado de Pernambuco, cuja RAS possui oito Distritos Sanitários (DS) e 268 equipes de Saúde da Família. Destas, 167 (62%) são cobertas por Nasf-AB que, por sua vez, tem um total de 20 equipes compostas por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, farmacêutico e assistente social ¹².

Os participantes do estudo foram profissionais dos Nasf-AB que atenderam aos critérios de inclusão: ter, no mínimo, um ano de atuação na mesma equipe e experiência no atendimento à criança com doença crônica. Foram excluídos aqueles que hierarquicamente tinham relação de subordinado com a pesquisadora responsável, para que as interferências no momento da coleta de dados fossem minimizadas ¹³, e os que estavam afastados por licenças ou férias.

A coleta de dados foi realizada em fevereiro e abril de 2019 por meio de grupo focal (GF). Foram realizados dois GF, com a participação de dez e cinco profissionais, respectivamente. O recrutamento de participantes para o primeiro, ocorreu mediante entrega de cartas-convite, distribuídas a dois profissionais de distintas categorias por DS (fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional e farmacêutica). O segundo GF foi programado com os profissionais que participaram do primeiro encontro, para aprofundar aspectos relevantes não discutidos anteriormente devido ao esgotamento do tempo. Mediante autorização dos participantes, o material empírico foi gravado e transcrito na íntegra para análise. Os GF foram conduzidos pela pesquisadora principal e dois colaboradores, realizados no auditório de um serviço de saúde local, e duraram em média 60 minutos. O encerramento da coleta se deu por suficiência ¹⁴.

Os dados foram interpretados por meio da análise temática desenvolvida em três etapas: pré-análise - após a transcrição, foram realizadas leituras repetidas e exaustivas do material empírico, iniciando uma organização dos dados; exploração do material - que foi codificado fazendo-se a identificação dos temas centrais, agrupamentos para a construção das categorias temáticas; e, por fim, o tratamento e interpretação do material ¹⁵ à luz do conceito de gestão do cuidado e da literatura pertinente.

A dimensão individual permite que o indivíduo desenvolva novos modos de viver para o enfrentamento das implicações que a doença desencadeia; a dimensão familiar considera a família, amigos e vizinhos como coparticipantes do cuidado; a dimensão profissional identifica a competência técnica, a postura ética e a capacidade de constituir vínculos como aspectos importantes no ato do cuidado; a dimensão organizacional, é marcada pela organização do processo de trabalho; a dimensão sistêmica, visa constituir “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da integralidade; e a societária, é a mais ampla das dimensões e engloba as políticas públicas e como o Estado e a sociedade civil desempenham seu papel em meio a essas políticas ⁶.

Para garantir o sigilo dos participantes, os relatos foram identificados por grupo focal (GF1, GF2) e as instituições mencionadas pelos participantes foram denominadas com letras do alfabeto aleatoriamente (Serviço A, Serviço B, ...).

O projeto foi aprovado pelo Parecer nº 3.064.196/2018 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Participaram do estudo dez profissionais do Nasf-AB, do sexo feminino, com idades entre 29 e 45 anos, das seguintes categorias: Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Farmácia e Serviço Social. O tempo de atuação na mesma equipe Nasf-AB, variou de três a sete anos; com exceção de uma, as demais possuíam especialização, destacando-se Saúde da Família e Saúde Coletiva.

A partir da análise do material empírico foram construídas duas categorias temáticas: Atividades de apoio técnico pedagógico para a gestão do cuidado à crianças com doença crônica; e Prática clínica do Nasf-AB na gestão do cuidado de criança com doença crônica.

Atividades de apoio técnico pedagógico para a gestão do cuidado à criança com doença crônica

O apoio matricial norteia as atividades desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, sendo a base para a aproximação dos profissionais e usuários ¹⁰. Para as EqNasf o apoio matricial é considerado referencial teórico e, dessa maneira, deve embasar a organização de processos de trabalho das eSF e equipes de Atenção Básica (eAB) ¹⁶. As ações que respondem à dimensão técnico pedagógica do apoio matricial dizem respeito a prestar apoio com e para as equipes cobertas, na perspectiva de um suporte especializado ⁸, por meio de atividades de cunho educativo, com troca de saberes entre os profissionais envolvidos, visando melhorar a qualidade do serviço ofertado na APS ¹⁶.

As reuniões entre EqNasf e eSF fazem parte da rotina de trabalho dos participantes e apresentam um planejamento que contempla a discussão de casos de crianças com doenças crônicas a partir de um relatório construído pelo Nasf-AB. Tal documento tem a finalidade de acompanhar e monitorar as ações desenvolvidas, permitindo que as equipes estejam sempre alertas aos casos em questão.

As reuniões são baseadas no relatório de casos (GF2).

As equipes de Saúde da Família já sabem dessa rotina com reunião. Acontece em data fixa já acordada com eles. [...] Tem antes a discussão de toda a equipe Nasf, e leva a fichinha (relatório) que tem as informações dos casos acompanhados naquele último mês (GF2).

Os casos de crianças com doença crônica, eles ficam lá (no relatório), mesmo que (os casos sejam acompanhados) na referência (serviço especializado), ficam no nosso relatório para monitoramento (realizado pelo Nasf-AB junto a eSF) (GF2).

As reuniões são espaços reconhecidos como disparadores de atividades pactuadas a partir das demandas das eSF, proporcionando o planejamento e priorização das ações e dos casos solicitados, com base em um trabalho integrado entre os profissionais, visando a ampliação da resolutividade do problema ¹⁶.

Este achado corrobora com estudo desenvolvido no município de São Paulo em que os participantes destacam o momento da reunião como importante para que haja a ampliação das possibilidades de cuidado vislumbradas pelos profissionais, assim como o compartilhamento de responsabilidades, acreditando que, dessa maneira, os planejamentos e as ações desenvolvidas são mais facilmente executadas ¹⁷. Esses espaços de encontro entre os profissionais fortalecem a assistência na perspectiva da gestão do cuidado em sua dimensão organizacional, pois depende da cooperação de todos os envolvidos para uma organização mais efetiva dos processos de trabalho.

A relação de cada ator envolvido no cenário de discussão bem como o acompanhamento de cada caso é importante e requer competência técnica. Diante disso, destaca-se a gestão do cuidado na dimensão profissional, compreendendo sua relevância na construção e fortalecimento de vínculos ⁶ dos profissionais que acompanham diretamente a criança com doença crônica e sua família, baseado na ética, para que se torne o profissional de referência para o cuidado na APS, e assim consiga favorecer o cuidado a partir desse ponto da RAS.

Além de um planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas, as EqNasf compreendem a singularidade dessas crianças e suas famílias, sabe-se da variedade de serviços que estas, muitas vezes, necessitam frequentar. Especialmente quando a APS não realiza a função de coordenadora do cuidado dessa população, favorece o caminhar pela RAS de forma indiscriminada, com longos percursos, sem que os vínculos com sua eSF de referência sejam estabelecidos ¹⁸. Tal preocupação perpassa pela fragmentação do cuidado e, como consequência, a descontinuidade da atenção ¹⁰. Nessa direção, é imprescindível que as eSF e EqNasf estejam atentas às necessidades dos usuários a fim de facilitar o caminho destas percorrido na RAS.

[...] quando a gente combinava (de visitar) o agente de saúde dizia que nunca encontrava essa mãe (da criança com doença crônica) em casa. Porque a semana toda ela fazia terapia no seu filho em dois, três locais diferentes. (GF1)

Percebe-se que a falta de coordenação do cuidado pelas equipes da APS pode favorecer um percurso desordenado pela RAS e, com isso, fragiliza a dimensão sistêmica da gestão do cuidado. Nesse aspecto, observa-se que as dimensões individual e familiar estão fortalecidas, já que estas estão relacionadas às relações de cuidado do sujeito com ele mesmo e com seus responsáveis, no caso das crianças em questão. Para tanto, faz-se necessário que os serviços tenham profissionais de diferentes categorias, preocupados com o movimento dos usuários na RAS, e que integrem o cuidado à criança com doença crônica de forma dialógica considerando os familiares neste processo ¹⁹.

Neste estudo, à medida que os participantes valorizam a assistência prestada à criança com doença crônica, mostra uma preocupação dos mesmos em acompanhá-la a fim de tornar o cuidado resolutivo, destacando a relação com outros profissionais da rede, de forma dialogada e pactuada, em busca de um objetivo comum, a qualidade da assistência a essa criança e sua família.

E essa questão de estar fazendo parcerias com os locais de referência (serviço ambulatorial), com o acompanhamento, porque a gente acaba acompanhando, assim, através de discussão. Dá um resultado bom (GF1).

[...] para a gente não perder esses casos, a gente andou fazendo uns acordos: [...], a gente tem uma reunião fixa por mês no serviço C e com o serviço D, que são a referência (serviço ambulatorial) da gente mais próxima. [...] a gente acaba sabendo (nas reuniões) como essas crianças estão sendo acompanhadas (GF 1).

A dimensão sistêmica pode ser evidenciada pelos profissionais ao relatarem que realizam a comunicação formal nas reuniões entre os diferentes serviços de saúde na perspectiva de garantir o cuidado integral às crianças com doença crônica. Sendo assim, salienta-se a importância da organização e comunicação entre os envolvidos dos diferentes serviços para promover o acesso à rede e ao atendimento das necessidades de cada indivíduo, na perspectiva da clínica ampliada ^{1;6;20}.

A organização do processo de trabalho entre profissionais de diferentes serviços, com compartilhamento do cuidado entre os envolvidos e a definição de fluxos de discussão e acompanhamento de casos, são características que possibilitam a gestão do cuidado em sua dimensão organizacional ⁶. A relação estreitada entre todos os profissionais que prestam assistência favorece a integralidade do cuidado, com construções de vínculos entre os profissionais que irão proporcionar fluxos comunicacionais mais efetivos em prol da saúde dos sujeitos ¹⁶.

Uma comunicação efetiva entre os profissionais de diferentes serviços, facilita o vínculo e a busca de informações que possam embasar uma atuação mais direcionada. Tal fato sugere a construção de um cuidado regulamentado entre os serviços, a fim de compor redes ou linhas de cuidado, no que se refere à integralidade da assistência, o que auxilia num fluxo que possa permitir a execução da gestão do cuidado em sua dimensão sistêmica ⁶. O Nasf-AB assume a função de ser articulador entre os serviços junto à eSF e se torna uma referência de cuidado contínuo e qualificado ¹⁶.

A gente (Nasf-AB) tem a experiência de a referência (serviço A, B ou C) ligar e dizer: a gente está percebendo que essa criança não está muito bem, não evolui, está faltando (no acompanhamento). Aí a gente dá o retorno: está acontecendo isso, isso e isso com a família, fala das dificuldades que os pais estão passando, a gente consegue mostrar as coisas porque a gente está no território, [...] a gente vai na casa deles. Quem está na referência, muitas vezes, não consegue perceber isso e a gente dá um retorno do que realmente está acontecendo (GF 2).

Apesar de ressaltar a importância do vínculo entre os profissionais para a efetivação da gestão do cuidado, e de os participantes demonstrarem esforço no fortalecimento de uma comunicação que auxilie na construção de relações resolutivas, estudo ²¹ ressalta a fragilidade do mesmo entre os membros das equipes da APS, podendo trazer prejuízos à gestão do cuidado.

As demandas de crianças com doença crônica não têm sido atendidas integralmente pela APS, pois encontram-se barreiras no acesso de primeiro contato, além da ausência de contrarreferência ²². Os autores ainda ressaltam que a assistência está pautada na prática biomédica e individual e não há diálogo entre profissionais e usuários. Portanto, o modelo de atenção à saúde não atende às diretrizes da APS de integralidade com ênfase na promoção da saúde e prevenção da doença ²².

A estratégia dos profissionais Nasf-AB para manter o contato direto com os serviços da RAS facilita a condução do itinerário terapêutico de crianças com doença crônica no município pesquisado. Estudo ²³ salienta que a APS precisa se firmar como porta de entrada para o cuidado, além de possibilitar a continuidade da assistência após o atendimento em outros níveis da rede, sendo eficiente no sistema de referência e contrarreferência a partir da ESF.

Eu acho que nos casos de saúde mental, no caso de autismo, a gente está suspeitando, a gente vai acompanhar e encaminhar para o serviço C, por exemplo, que é a nossa referência infantil, a gente procura manter contato (GF1).

[...] a vida delas vai mudando ao longo dos anos, exatamente por essa condição de a doença ser crônica. Agora mesmo as crianças (com Zika), a maioria está entrando em escola, então, a gente vê que já tem outras necessidades [...] eu vejo a importância de a gente estar presente junto da equipe (eSF), e de a gente estar desenvolvendo essa parceria com a referência (ambulatório), muitas vezes entrando em contato. Não foi uma nem duas vezes, são várias vezes que a gente discute caso em conjunto (APS e ambulatório) avalia outra possibilidade de encaminhar para outro canto (serviço). Como é necessário estar junto (GF 1).

O Nasf-AB tem um importante papel na articulação entre a APS e os demais serviços da RAS e outros setores que se façam necessários para a integralidade do cuidado, como a assistência social e a educação ¹¹. É importante destacar que os profissionais envolvidos apresentavam experiência de mais de três anos no mesmo território o que pode sugerir uma facilidade de acesso aos profissionais dos serviços ambulatoriais a partir do estabelecimento de vínculos. Nessa perspectiva, a gestão do cuidado consegue realce com a efetiva

comunicação, evidenciando a organização do trabalho em equipe na definição de fluxos e contrafluxos da assistência, pois dependem da ação cooperativa dos diversos atores ⁶.

Vale salientar que a RAS do município estudado apresenta diferentes serviços destinados ao atendimento de crianças com doença crônica, principalmente no que se refere às terapias de reabilitação. Dentre estes serviços, destacam-se Organizações Não Governamentais (ONG), ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) e hospitais pediátricos, reconhecidos como importante para o processo do cuidado dessa população.

A gente sabe que nossas referências de criança são boas. [...] tem o serviço A, o serviço B. A gente confia mais (GF 2).

É verdade que temos algumas opções aqui, mas as vagas não dão para quem precisa, opções boas mesmo e que são referência nacional para crianças, como o serviço B, vem gente de todo canto para ser atendida lá (GF 2).

A rede SUS amigo (encaminhamento informal) é mais eficaz. Bem mais para criança, até para o serviço E eu consigo encaminhar essas crianças. Para a rede credenciada a fila de espera é muito grande (GF2).

Nesse caso, observa-se a fragilidade na dimensão sistêmica da gestão do cuidado, pois os encaminhamentos não seguem os fluxos formais e comprometem o processo de referência e contrarreferência e, conseqüentemente, quebra a lógica do cuidado em rede. A regulação de procedimentos e atendimentos especializados é uma forma de descentralizar o acesso dos usuários a tais serviços, porém há dificuldade em viabilizar acesso em tempo oportuno, constituindo-se, assim, em uma barreira importante para o desenvolvimento do cuidado integral e efetivo ²⁴.

Do mesmo modo, um serviço de regulação só consegue desempenhar o seu papel de maneira eficaz, com base na equidade, caso existam vagas disponibilizadas que atendam a todas as demandas em tempo oportuno. As longas esperas de acesso a atendimentos acabam evidenciando um modelo de triagem pelo caso de maior risco, gerando prejuízos à saúde de usuários com atendimentos considerados “preventivos” ²⁴. Assim, ressalta-se que a dimensão societária está fragilizada, visto que o sistema de regulação, estratégia construídas pelo Estado de garantir o acesso dos usuários aos serviços, não atende a necessidade de toda demanda que está cadastrada ⁶.

De maneira não menos importante, os participantes deste estudo destacaram as atividades de educação permanente entre as equipes da APS. Os matriciamentos realizados pelo Nasf-AB ocorrem por meio de pactuação prévia, auxiliando no processo de trabalho das equipes, a partir de demandas oriundas das equipes apoiadas, com foco na promoção do desenvolvimento saudável.

A gente já fez matriciamento puxado pelo médico, até uns sete, oito anos. Teve a parte de Fonoaudiologia, de Fisioterapia, de Nutrição, vários pontos para abordar (GFI).

E a gente também realiza (matriciamento) essa questão de desenvolvimento para que uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) possa identificar, ou outro profissional da área possa identificar essa questão do desenvolvimento (GFI).

O matriciamento amplia as possibilidades de cuidado, evitando percursos provocados por encaminhamentos desordenados e compondo as chamadas ações em rede. Ao utilizá-lo como uma ferramenta, tenta-se reorganizar o trabalho em saúde a partir do vínculo terapêutico entre as equipes da APS e usuários, considerando a interdisciplinaridade das práticas e dos saberes ²⁵, ficando evidente a potência dessa ferramenta na gestão do cuidado em sua dimensão profissional e organizacional.

Prática clínica do Nasf-AB na gestão do cuidado de crianças com doença crônica

A proposta de trabalho do Nasf-AB busca superar a lógica da assistência biomédica e individual, em direção à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado ²⁶. Estudo realizado com dez famílias de criança com doença crônica revelou que apenas uma destas recebeu assistência da APS, demonstrando fragilidade em relação à assistência voltada às necessidades dessa população. Contudo, é importante ressaltar que essas famílias necessitam de uma equipe multiprofissional, envolvida no processo de cuidado, a fim de responder às suas demandas e as da criança, para que tenham segurança em dar continuidade aos cuidados e estímulos no domicílio ²⁷.

Na busca de uma assistência ampliada e contínua à criança com doença crônica, faz-se necessário aproximação com a sua realidade. Assim, visitas domiciliares são ferramentas de trabalho que favorecem o cuidado. Os participantes desta pesquisa reconhecem o ACS como o ator que interliga comunidade e profissionais da APS, possibilitando o reconhecimento *in loco* das singularidades de cada caso.

[...] fui para um caso (compartilhado pelo ACS) que ele (criança) recebeu as órteses do serviço A, e a avó não estava usando porque disse que ele não gosta. Então fui lá (na casa) conversar, explicar a importância, mostrar como faz [...]. Ter um profissional que chegue junto, na sua realidade para reforçar a importância [...] é sempre muito bom. [...] no serviço (ambulatorial) eles ensinam com bola, com rolinho e a gente (Nasf-AB) ensina com o próprio material que tem dentro de casa, também é uma potencialidade do Nasf (GF 2).

Quando o ACS é comprometido com o território é show, funciona lindamente junto com a gente (Nasf-AB), porque, muitas vezes, a enfermeira não chega como ele (ACS) tão rapidamente nos casos (GF 2).

Vale ressaltar a importância da gestão do cuidado em sua dimensão familiar, nesse caso, percebe-se uma fragilidade já que o cuidado não está sendo assumido pelos cuidadores da criança. Em sua dimensão profissional a gestão do cuidado é favorecida através da construção de vínculos, na relação direta entre profissionais e usuários, que os mesmos e suas famílias conseguem aderir a tratamentos propostos, potencializando o cuidado ⁶.

O sucesso de toda prática no âmbito da ESF ocorre principalmente pelo envolvimento e conhecimento do território a partir do ACS, considerado como fundamental nas eSF, devido à sua importante inserção comunitária. No entanto, a realização da visita domiciliar pelo ACS e outros membros da equipe é reconhecida como prática incipiente, com isso a família de crianças com doença crônica pode não perceber o compromisso e cuidado da equipe, dificultando a identificação das necessidades desse público ²⁸.

Os atores envolvidos na pesquisa reconhecem e destacam que a consulta compartilhada da puericultura, é um momento potente para os profissionais, além da identificação de possíveis alterações e afecções nas crianças com doença crônica. É nesse espaço compartilhado que se oportuniza a troca de saberes e aprendizado mútuos, aproveitando a disponibilidade e interesse de profissionais comprometidos com uma assistência pautada no cuidado integral.

Eu acho que o matriciamento para a eSF é fundamental porque a gente não consegue chegar em todos os usuários, [...] a gente consegue a partir da consulta compartilhada. Alguns profissionais (eSF) são bem abertos para fazer consulta, outros nem tanto (GF 2).

Tem também os matriciamentos para a equipe, para que tenham esse olhar sensível de perceber quando tem algum atraso, tanto na puericultura quanto nos matriciamentos durante as reuniões, ou algum tipo de curso (GF 2).

O apoio matricial opera no caminho da construção compartilhada do cuidado e objetiva promover a cogestão e democratização das relações nos serviços, com aumento da resolutividade das eSF, o que as prepara para a atenção ampliada à saúde ²⁹. Na assistência compartilhada busca-se ampliar a clínica e proporcionar a integração entre as diferentes profissões da saúde qualificando o cuidado, fortalecendo, dessa maneira, a dimensão profissional e organizacional da gestão do cuidado.

O Nasf-AB trabalha com foco nas eSF apoiadas e nos usuários, de acordo com suas demandas singulares. Dessa forma, o acesso deve ser organizado a partir de ações que perpassam desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até os atendimentos clínico-assistencial ³⁰.

Ações como grupos terapêuticos utilizando a abordagem da educação em saúde com foco na promoção e prevenção vêm sendo amplamente realizado nas unidades de saúde da família ²⁶.

[...] a história do grupo de estimulação surgiu quando a gente (Nasf-AB e eSF) triou as crianças de 2 e 3 anos para avaliar o desenvolvimento. A gente pensou nesse público porque já saíram da puericultura e ainda não estão na escola. Então, acompanhar essas crianças de 2 e 3 anos, a partir da triagem e selecionar as que vão para um grupo de estimulação (quando necessário) (GFI).

As atividades coletivas fazem parte do escopo das possibilidades de uma EqNasf, tanto em relação à promoção da saúde quanto as de cunho terapêutico. No entanto, estudo ³¹ aponta divergência entre as eSF, pois alguns profissionais ainda compreendem que as ações do Nasf-AB são separadas da equipe básica, de maneira individual e tornando o cuidado restrito aos aspectos clínicos de encaminhamentos e consultas, enquanto outros reconhecem a importância do trabalho do Nasf-AB de forma integrada, que atenda às demandas individuais e coletivas a partir da necessidade apresentada de forma compartilhada com as eSF ³¹.

Portanto, compreende-se que para que a coordenação do cuidado na rede de saúde seja implementada pela APS é fundamental que o trabalho em equipe seja realizado de maneira coletiva, no qual todos estejam dispostos a alcançar um objetivo em comum, aqui, a integralidade no cuidado da criança com doença crônica. Dessa maneira, os profissionais estarão imersos na dimensão organizacional, que é direcionada para o processo de trabalho e sua gestão ⁶.

Para as famílias de crianças com doença crônica que encontram dificuldades de acesso na RAS ou na adesão aos tratamentos propostos pelos serviços ambulatoriais, o Nasf-AB

fornece apoio contínuo, acompanhando-os com mais regularidade nos atendimentos clínico-assistenciais.

[...] a gente só fica mais próximo das famílias que tem dificuldade de fazer acompanhamento (ambulatorial) [...]”(GF1).

Os que ainda não conseguiram atendimento na referência (ambulatório) têm uma frequência maior de atendimento com o Nasf, quer seja semanal, quinzenal ou mensal. Depende do caso (GF 2).

Embora as diretrizes políticas do Nasf-AB contemplem atendimento direto ao usuário, de forma compartilhada ou individual ⁸, evidencia-se que o foco está na resolução das barreiras de acesso aos serviços de referência e não na longitudinalidade e continuidade do cuidado à população infantil com adoecimento crônico. Além disso, estudo ³⁰ destacou que há uma expectativa por parte de eSF para que o trabalho do Nasf-AB esteja pautado na assistência individual, com foco na reabilitação e cura dos usuários, em uma perspectiva biologicista.

Dessa maneira, o retrato das ações desenvolvidas para crianças com doença crônica, com foco na prática clínica, perpassa por atendimentos individuais, compartilhados e ou coletivos, contemplando a dimensão profissional da gestão do cuidado. Três elementos podem interferir diretamente na possibilidade de desenvolver o cuidado nesta dimensão: a capacidade técnica do profissional, a ética na condução das situações apresentadas, e a construção de vínculos ⁶.

Nesta direção, também a dimensão familiar precisa ser ressaltada como essencial para o cuidado, já que a população em questão não pode e não consegue optar sozinha por aspectos relacionados a sua saúde.

[...] de repente não é só o suporte à criança, mas àquela família. Muitos casais se separam com a chegada da criança (com doença crônica), então precisa dar esse suporte terapêutico também à família [...] vai organizar de acordo com as principais demandas e dificuldades que a família está trazendo. (Porém) as demandas e o tipo de dificuldade da família vão mudando, e aí é aquele caso que a gente sabe que vai voltar. Passa um tempo, acontece alguma coisa, uma nova demanda, a gente volta, faz nova intervenção, uma nova organização (GF 1).

Acompanhar a criança com doença crônica exige a corresponsabilização dos atores envolvidos nesse processo, incluindo a família que, muitas vezes precisa ser acolhida e ser o foco da assistência, necessitando de visitas com mais frequência. Este fato corrobora com

estudo ³² que afirma que a gestão do cuidado de crianças com necessidades especiais é complexa e demanda acompanhamento no seu retorno à comunidade.

Nessa direção, vale destacar a sobrecarga dos familiares/cuidadores que se envolvem no processo de cuidado e que, muitas vezes, se sentem perdidos diante de inúmeros serviços que necessitam frequentar. Portanto, os pais da criança com doença crônica precisam de apoio das pessoas que estão mais próximas como seus parceiros, familiares, amigos, colegas, vizinhos, bem como dos profissionais de saúde para ajudá-los a cuidar do filho, atingindo a dimensão familiar ^{6;33}.

Diante disso, estudo aponta que é imprescindível o empoderamento dos pais pelos profissionais da APS a fim de garantir a continuidade do cuidado no domicílio mediado pela comunicação efetiva com a família, além da responsabilização pela coordenação do cuidado na rede de saúde ³². Assim, ter uma APS que coordene o cuidado de forma efetiva, com a presença de equipe multiprofissional, pode facilitar o processo do cuidar pensando na integralidade e longitudinalidade do cuidado dessas crianças ³⁴.

As políticas públicas que visam aumentar o envolvimento de profissionais de diferentes áreas na saúde na coordenação de assistência podem auxiliar a APS a atender às demandas de crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias ¹⁹. Para tanto, a assistência prestada com o envolvimento direto de uma equipe multiprofissional na responsabilização do cuidado da criança com doença crônica potencializa o cuidado ³⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar em gestão do cuidado desafia o fazer profissional isolado, sobretudo quando a resolutividade dos problemas de saúde sugere integração e conexão entre profissionais e serviços, com maior organização das ações e um agir articulado e em rede.

O estudo identificou que as ações desenvolvidas pela EqNasf às crianças com doença crônica favorecem principalmente a gestão do cuidado nas dimensões organizacional e profissional. Portanto, salienta-se a importância de uma equipe multiprofissional, para além da eSF, potencializando vínculos e organizando processos de trabalho com fluxos e contrafluxos que proporcionem a integralidade do cuidado. Como a regulação do acesso aos serviços ainda se dá de maneira informal, evidencia-se impacto negativo importante na gestão do cuidado em sua dimensão sistêmica, uma vez que não se evidencia uma rede de cuidado à criança com doença crônica efetiva, na perspectiva da integralidade.

Tais ações são embasadas no referencial do apoio matricial que potencializa a ampliação da clínica pelas eSF promovendo a troca de saberes que favoreçam o cuidado

integral e sua coordenação pela APS, que podem ser viabilizadas por meio de ações interdisciplinares.

Cuidar de crianças com doença crônica implica em uma articulação efetiva entre os diferentes pontos da RAS e demais setores a fim de proporcionar uma maior resolutividade de seus problemas de saúde.

Dentre as limitações do presente estudo, pode-se apontar a dificuldade dos participantes em relatar sua prática com ações direcionadas a uma população com doença instalada, trazendo fortemente ações de cunho preventivo e de promoção da saúde. Considerando que esta pesquisa aconteceu em um determinado cenário, apenas com trabalhadores do Nasf-AB, faz-se necessário a realização de estudos na perspectiva de gestores da APS e de trabalhadores da ESF acerca da atuação do Nasf-AB na gestão do cuidado à criança com doença crônica.

Agradecimento: Ao CNPq pela bolsa produtividade em pesquisa, Processo Nº 305926/2016-0

Referências

1. Nóbrega VM, Silva MEA, Fernandes LTB, Viera CS, Reichert APS, Collet N. Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03226.
2. Rodrigues DC, Neves ET, Jantsch LB, Silveira A. Access of children in chronic condition to primary care: a descriptive exploratory study. *Online Braz J Nurs*. 2016;15(suppl.):549-52.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. *Diário Oficial da União* 2008; 04 mar.
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 ago.
5. Silva ICB, Silva LAB, Araújo RS, Rodrigues JA, Valença AMG, Sampaio J. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2017;12(39):1-10.
6. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*. 2011;201(15):589-99.
7. Duarte ED, Silva KL, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Silva PM, Sena RR. Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. *Texto & Contexto Enferm*. 2015;24(4):1009-17.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014. Dispõe sobre a redefinição da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União* 2014; 02 abr.
9. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

10. Leite MT, Nardino J, Hildebrandt LM, Santos AM, Martins RV. Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: revisão narrativa. *Rev. Aten. Saúde.* 2016;14(48):106-15.
11. Marques FMAB, Oliveira VB, Gusmão UMAS, Amorim EM, Cordeiro JC. O Nasf como estratégia de avanço para a integralidade do cuidado na conformação das redes de atenção à saúde. In: Quirino TRL, Marques FMAB, Oliveira VB, Silva ES, editores. *O Nasf e o trabalho na atenção básica à saúde: apontamentos práticos e experimentações.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. p. 33-53.
12. Recife. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. *Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017.* 1 ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014. 84 p.
13. Barbour R. *Grupos focais.* Porto Alegre: Artmed; 2009.
14. Minayo, MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qualit.* 2017;5(7):1-12.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Silva ES, Jucá AL, Amado CF, Rocha LP, Vasconcelos TF, Quirino TRL. Processos de trabalho e ferramentas tecnológicas de atuação no Nasf. In: Quirino TRL, Marques FMAB, Oliveira VB, Silva ES, editores. *O Nasf e o trabalho na atenção básica à saúde: apontamentos práticos e experimentações.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. p. 55-84.
17. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2015;40(131):59-74.
18. Lacerda KS. *Atenção à saúde da criança com doença crônica na estratégia de saúde da família: percepção da família [dissertação].* Universidade Federal da Paraíba; 2016.
19. Zanello E, Calugi S, Sanders LM, Lenzi J, Faldella G, Rucci P, et al. Care coordination for children with special health care needs: a cohort study. *Riv. ital. pediatr.* 2017;43(1):18.
20. Santos AMD, Giovanella L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Saúde Debate.* 2016;40(108):48-63.
21. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. *Saúde Debate.* 2018;42(2):145-58.
22. Silva SA, Fraccolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):47-53.
23. Luz RO, Pieszak GM, Arrué AM, Gomes GC, Neves ET, Rodrigues AP. Itinerário terapêutico de famílias de crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev Rene.* 2019;20(1):e33937.
24. Albieri FAO, Cecílio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde Debate.* 2015; 39(specialissue):184-95.
25. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Dispõe sobre a aprovação da 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). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.
26. Araujo LB, Novakoski KRM, Bastos MSC, Mélo TR, Israel VL. Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até três anos: o modelo da CIF no contexto do NASF. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2018;26(3):538-57.

27. Fernandes ETP, Souza MNDL, Rodrigues SM. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019;29:e290115.
28. Soares DG, Pinheiro MCX, Queiroz DM, Soares DG. Implantação da puericultura e desafios do cuidado na estratégia saúde da família em um município do Estado do Ceará. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(1):132-8.
29. Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Cien. Saude Colet*. 2015;20(1):229-38.
30. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trab. Educ. Saúde*. 2018 Ago;16(2):683-702.
31. Melo A, Barbosa TM. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o entendimento de profissionais da estratégia de saúde da família de um município catarinense. *Tempus Actas de Saúde Colet*. 2018;11(2):25-39.
32. Zanello E, Calugi S, Rucci P, Pieri G, Vandini S, Faldella G, et al. Continuity of care in children with special healthcare needs: a qualitative study of family's perspectives. *Riv. ital. pediatr*. 2015;41(1):7.
33. Geense WW, Van Gaal BGI, Knoll J L, Cornelissen EAM, Van Achterberg T. The support needs of parents having a child with a chronic kidney disease: a focus group study. *Child: care, health and development* 2017; 43(6):831-8.
34. McDonald K, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sudaram V, et al. Care coordination measures atlas. Updated June 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão do cuidado provoca os profissionais a assumir posturas e condutas mais colaborativas e integradas, sobretudo quando a resolutividade das questões envolvidas demanda ações em rede, com uma relação afinada entre profissionais e serviços de saúde, de maneira organizada e coordenada e ordenada pela APS.

As ações do Nasf-AB na gestão do cuidado à criança com doença crônica perpassam por todas as suas dimensões, aparecendo, neste estudo, uma relação maior com as dimensões organizacional e profissional. Fato este que pode evidenciar a tentativa de organização de um processo de trabalho com definições de fluxos entre os serviços e da articulação da RAS em prol do cuidado integral às crianças com doença crônica, e, não menos importante, a construção e o fortalecimento de vínculos entre usuários e profissionais.

Evidencia-se a importância da equipe multiprofissional, responsável por estabelecer essa articulação e organização do processo de referências e contrarreferências em busca de alcançar a integralidade do cuidado.

Ao abordar a temática de doença crônica na infância, inevitavelmente atenta-se para os cuidados que envolvem cuidadores e familiares, destacando a dimensão familiar da gestão do cuidado. Esta, por sua vez, aparece de maneira frágil e necessita ser fortalecida mediante relação de corresponsabilização do cuidado entre profissionais da APS e familiares/cuidadores.

No entanto, os resultados direcionam uma atuação do Nasf-AB que fomenta novas organizações de cuidado e amplia as possibilidades de prestar assistência integral focado na resolutividade dos problemas de saúde, favorecendo a gestão do cuidado pelas equipes deste ponto da rede de atenção à saúde. As equipes da APS Nasf e eSF, precisam ter objetivos em comum no que condiz respeito ao cuidado da criança com doença crônica e sua família, procurando realizar o acompanhamento para identificar as necessidades de saúde da população, avaliar a continuidade dos cuidados orientados na atenção especializada e se as condutas estabelecidas na APS estão sendo realizadas.

No que se refere às dimensões sistêmica e societária da gestão do cuidado, percebeu-se que apesar de haver uma tentativa, por parte dos profissionais, de realizar a comunicação entre os serviços de maneira que viabilize a construção de fluxos e linhas de cuidado, a regulação do acesso aos serviços pelos usuários acontece, muitas vezes, informalmente, evidenciando um impacto importante que

fragiliza a gestão do cuidado à criança com doença crônica, que pode comprometer o sistema de referência e contrarreferência e, inevitavelmente, romper com a lógica do cuidado em rede.

As limitações do estudo estão relacionadas à participação apenas de um grupo de trabalhadores do Nasf-AB, sendo interessante novos estudos que abordem as ações da gestão e trabalhadores da eSF sobre a gestão do cuidado da criança com doença crônica. Outra limitação é de considerar que cada município tem configurações diferentes de Nasf-AB, demonstrando a necessidade de realizar pesquisas em outros municípios.

Além disso, salienta-se a dificuldade apresentada pelos participantes em discutir suas ações destinadas a uma população com doença instalada. Os relatos ficaram mais focados nas atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Considerando que as ações do Nasf-AB orientadas pelo MS devem ser fundamentadas no princípio da integralidade, qualidade e resolutividade, impactando, assim, de maneira significativa a saúde da população em todo território nacional, pesquisar a atuação do Nasf-AB na gestão do cuidado à criança com doença crônica a partir da APS fortalece e transforma práticas profissionais de assistência a essa população.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Karla Ferraz dos *et al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro-RJ, v. 37, p. 672-680, out./dez. 2013.

ARAÚJO, Juliane Pagliari *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, nov./dez. 2014.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A Clínica nos documentos para a Atenção Básica no Brasil. **Espaço para Saúde. Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina-PR, v. 18, n. 2, p. 25-35, dez. 2017.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2008, n. 43, p. 38-42, 04 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**; n. 27, Brasília-DF, 2009.

BRASIL. 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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011, n. 204, p. 55, 24 out. 2011.

BRASIL. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012, p. 223, 28 dez. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília-DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 483, de 01 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2014, p. 46-47, 01 abr. 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da

Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017, p. 68, 22 set. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr./jun. 2011.

COSTA, Maria Antônia Ramos *et al.* Educação permanente em saúde: a concepção freireana como subsidiária à gestão do cuidado. **Revista Pesquisa: Cuidado e fundamental online**, Rio de Janeiro-RJ, v. 10, n. 2, p. 558-564, abr./jun. 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6368/pdf_1. Acesso em: 05 de set. 2019.

DALL'AGNOL, Clarice Maria *et al.* A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre-RS, v. 33, n. 1, p. 186-190, mar. 2012.

DRAPER, Jan; CLARK, Liz; ROGERS, Jill. Managers' role in maximising investment in continuing professional education. **Nursing Management.**, v. 22, n. 9, p. 30-36, fev. 2016.

DUARTE, Elysângela Dittz *et al.* Desafios do trabalho da enfermagem no cuidado às crianças com condições crônicas na atenção primária. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro-RJ, v. 19, n. 4, p. 648-655, out./dez. 2015.

FINKLER, Anna Luisa *et al.* O processo de trabalho na atenção primária à saúde no cuidado da criança. **Cienc Cuid Saude**, Maringá-PR, v. 15, n. 1, p. 171-179, jan./mar. 2016.

FREITAS, Fernanda Pereira de Paula. **Acupuntura no contexto do atendimento aos usuários com dor crônica na atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro**. 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.*, organizadores. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 493-547.

HURTADO, Paulina Maria Milos; LARRAÍN, Ana I. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. **Aquichan**, Colômbia, v. 15, n. 1, p. 141-153, jan./mar. 2015.

GONÇALVES, Rita Maria de Abreu *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo-SP, v. 40, n. 131, p. 59-74, jan./jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf. Acesso em: 05 de set. 2019.

KINALSKI, Daniela Dal Forno *et al.* Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 70, n. 2, p. 443-448, mar./abr. 2017.

LACERDA, Kicyanna Silva. Atenção à saúde da criança com doença crônica na estratégia saúde da família: percepção da família. 2016. 59f. Trabalho de Conclusão (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Paraíba – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, João Pessoa-PB, 2016.

LEITE, Denise Fernandes; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 24, n. 2 p. 507-525, 2014.

LEITE, Marinês Tambara *et al.* Gestão do cuidado na estratégia saúde da família. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul-SP, v. 14, n. 48, p. 106-115, abr./jun. 2016.

LOPES, Gisele Vieira Dourado Oliveira. Implantação da atenção domiciliar: o processo de trabalho e o cuidado à pessoa com condição crônica na Atenção Primária à Saúde. 2015.171f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**. Teoria Método e Criatividade. 35 ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo -SP, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017.

MORORÓ, Deborah Dinorah de Sá *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 30, n. 3, p. 323-332, mai./jun. 2017.

NÓBREGA, Vanessa Medeiros da *et al.* Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo-SP, v. 51:e03226, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03226.pdf. Acesso em: 05 de set. 2019.

PEREIRA, Talita Isaura Almeida Ferraz Araújo. **A Estratégia de Saúde da Família na garantia do acesso da criança com deficiência à rede de atenção**. 2016. 134 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

RECIFE. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. 1. ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014.

RIBEIRO, Mara Dayane Alves *et al.* Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza-CE, v. 27, n. 2, p. 224-231, abr./jun. 2014.

RODRIGUES, Daisy Cristina. **Acesso de crianças com condição crônica na atenção primária em saúde: percepções de profissionais**. 2017. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria-RS, 2017.

SANTOS, Keite Helen dos; MARQUES, Dalvani; SOUZA, Ândrea Cardoso. Children and adolescents with cerebral palsy: analysis of care longtudinality. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis-SC, v. 26, n. 2, p. 1-9, jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/0104-0707-tce-26-02-e00530016.pdf>. Acesso em: 05 de set. 2019.

SILVA Evelyn Siqueira, JUCÁ Adriana Lobo, AMADO Cláudia Fell, ROCHA Luana Padilha, VASCONCELOS Thatiana Ferreira, QUIRINO Túlio Romério Lopes. **Processos de trabalho e ferramentas tecnológicas de atuação no Nasf**. In: Quirino Túlio Romério Lopes, Marques Fabiana Maria Aguiar Bello, Oliveira Vick Brito, Silva Evelyn Siqueira, editores. O Nasf e o trabalho na atenção básica à saúde: apontamentos práticos e experimentações. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. p. 55-84.

SILVA, Isabelle Cristina Borba da *et al.* Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro-RJ, v. 12, n. 39, p. 1-10, jan./dez. 2017.

SOUZA, Thaís Titon de. Avaliação de resultados de Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina. 2017. 262f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis-SC, 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2 ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TREVISAN, Danilo Donizetti *et al.* Education of nurses: detachment between undergraduation courses and professional practices. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá-PR, v. 12, n. 2, p. 331-337, abr./jun. 2013.

VOLPONI, Paula Roberta Rozada; GARANHANI, Mara Lúcia; CARVALHO, Brigida Gimenez. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro-RJ, v. 39, n. especial, p. 221-231, dez. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta – Roteiro do Grupo Focal

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF

Título do projeto: O CUIDADO À CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DOS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisadora principal: Renata Moraes de Santana

Orientadora: Profª Drª Neusa Collet

INFORMAÇÕES INDIVIDUAIS:

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Profissão: _____ Tempo de experiência na APS: _____
DS: _____ Tempo de trabalho na atual equipe: _____

ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL

Apresentação: Os participantes serão convidados a sentarem-se em círculo e a metodologia do grupo focal será apresentada, para que as dúvidas sejam dirimidas e que seja estabelecido um breve contrato de convivência. Em seguida serão assinados os TCLE, e se dará a leitura do texto disparador da discussão.

Local: _____ Data: _____
Início: _____ Término: _____
Número de participantes: _____

TEXTO DISPARADOR

Lúcia, enfermeira da eSF da comunidade de Vila Boa, compartilha sua preocupação na reunião de equipe em relação à uma criança que chegou no território há três meses e possui diagnóstico de Diabetes tipo 1. A família procurou a USF, através do acolhimento para continuidade do tratamento e monitoramento da glicemia. Lúcia tem conhecimento de outros casos de crianças com o mesmo diagnóstico, porém são acompanhadas apenas pela referência, sem o acompanhamento da APS. Diante do relato da Lúcia, a equipe atenta para a necessidade de repensar o cuidado à criança com doença crônica em sua unidade, considerando os atributos essenciais da APS: longitudinalidade, integralidade, primeiro contato e coordenação do cuidado.

GRUPO FOCAL

Questões norteadoras:

1. Como tem sido a atuação à criança com doença crônica pelo Nasf-AB?
2. Qual a sua contribuição na atenção à criança com doença crônica?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Gestão do Cuidado na Atenção Primária à Saúde, destinado à criança com doença crônica, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Renata Morais de Santana, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa Dra. Neusa Collet.

Cujo objetivo é compreender as ações do Nasf-AB na gestão do cuidado à criança com doença crônica na Atenção Primária à Saúde. A finalidade deste trabalho é contribuir para a reflexão acerca da assistência prestada às crianças com doenças crônicas na APS, a partir das experiências relatadas pelos profissionais que participarão da pesquisa, além da publicação dos resultados obtidos em trabalhos científicos que cooperarão com a da temática abordada.

Solicitamos a sua colaboração para participar de um encontro para a coleta de dados, que se dará no formato de grupo focal, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seus dados pessoais que possam por ventura identifica-lo (a) será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa oferece riscos mínimos, previsíveis, como possível desconforto em participar do grupo focal colocando-se a discutir diante dos demais voluntários, além do de se manter aproximadamente uma hora e trinta minutos disponível.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

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

Assinatura do Participante da Pesquisa

Atenciosamente,

Renata Morais de Santana - Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Renata Morais de Santana**, pesquisadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, a desenvolver pesquisa no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “**Cuidado na Atenção Primária à criança com doença crônica: possibilidades de atuação do NASF-AB**”, sendo orientada por Neusa Collet.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 05 de outubro de 2018.

Atenciosamente,

Tulio Romerio Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Tulio Romerio Lopes Quirino
Diretor de Divisão de Educação na Saúde
UFPE - SECRETARIA DE SAÚDE
Mat. 300.473-8

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO NASF-AB

Pesquisador: RENATA MORAIS DE SANTANA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02664018.2.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.064.198

Apresentação do Projeto:

Projeto do Programa de Pós graduação - Mestrado Profissional em Saúde da Família/CCS/UFPB. Pesquisa de abordagem qualitativa de cunho exploratório-descritiva. O cenário do estudo será o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção

Básica do município de Recife-PE e terá como participantes os profissionais de saúde que atuam nessas equipes; a coleta dos dados será realizada nos meses de janeiro a março de 2019, por meio da técnica de grupo focal; serão realizados grupos focais até atender ao critério de suficiência e os dados serão interpretados por meio da análise temática.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as ações e os desafios do NASF-AB na gestão do cuidado a crianças com doença crônica na APS; Estabelecer diretrizes para a realização da gestão do cuidado a crianças com doença crônica pelas equipes do NASF-AB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

No que diz respeito aos riscos, destaca-se que esta pesquisa pode oferecer possível desconforto durante a participação no grupo focal já que nesta metodologia é preciso que o participante se coloque a discutir diante dos demais voluntários, podendo ser estimulado a falar sempre que o pesquisador sentir necessidade. Além disso, o participante precisará ter disponibilidade de, em

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 3.064.196

média, uma hora e trinta minutos para a realização do GF.

Benefícios:

Os benefícios serão o de contribuir para a reflexão acerca da assistência às crianças com doenças crônicas na APS, a partir das experiências relatadas pelos profissionais que participarão da pesquisa, além da publicação dos resultados obtidos em trabalhos científicos que poderão cooperar com a maior aproximação científica com a temática abordada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em consonância com os objetivos, referencial teórico, metodologia e referências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação necessária.

Recomendações:

Divulgar resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1247901.pdf	09/11/2018 10:48:27		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	09/11/2018 10:43:24	RENATA MORAIS DE SANTANA	Aceito
Outros	anuencia.pdf	09/11/2018 10:09:31	RENATA MORAIS DE SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/11/2018 09:46:34	RENATA MORAIS DE SANTANA	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
 Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 3.064.196

Orçamento	ORCAMENTO.docx	09/11/2018 09:31:17	RENATA MORAIS DE SANTANA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	09/11/2018 09:23:27	RENATA MORAIS DE SANTANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEP.docx	09/11/2018 09:20:27	RENATA MORAIS DE SANTANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 07 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
 Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br